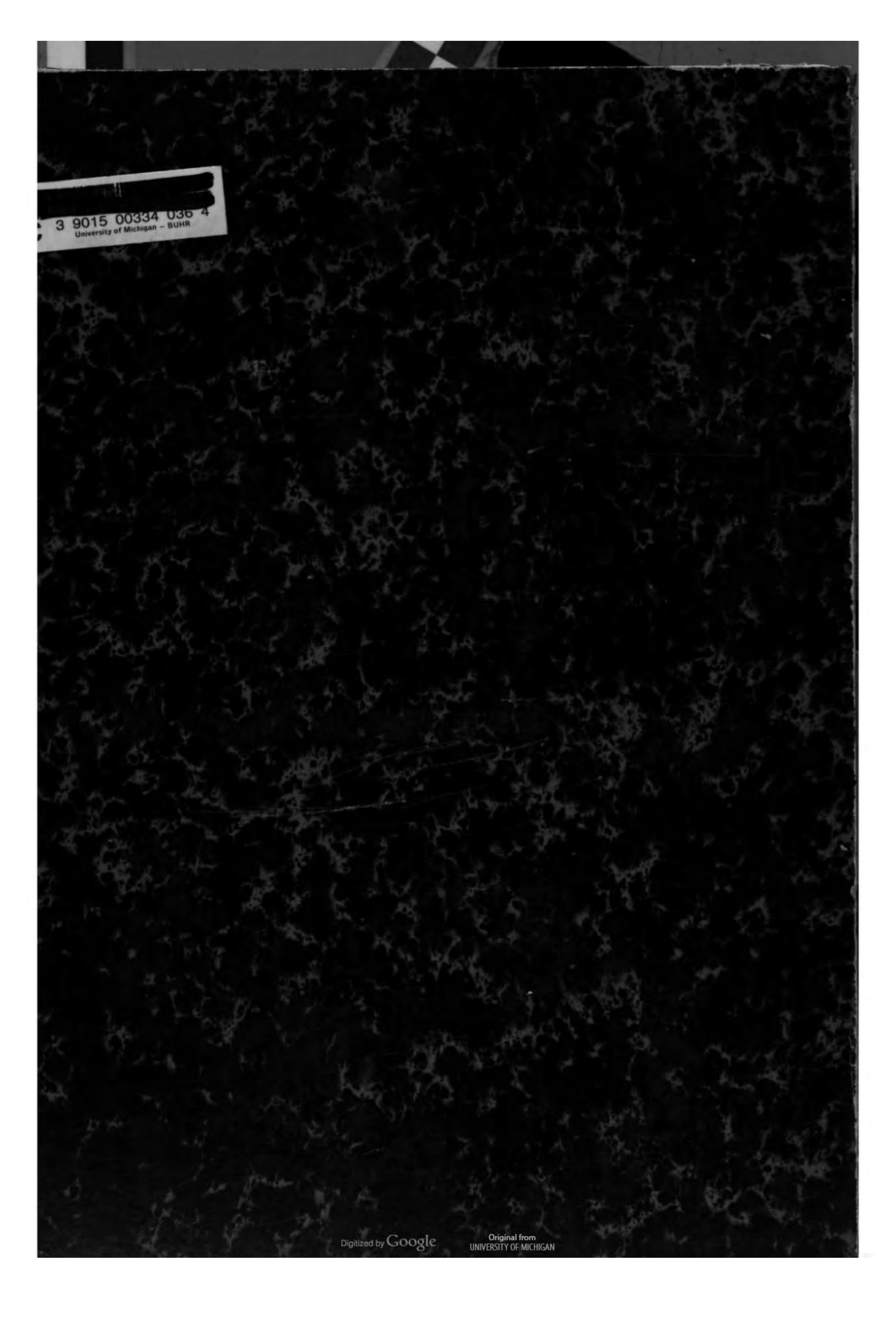



ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt

für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

VII. JAHRGANG 1893.

Wien 1893.

Druck und Verlag von M. Engel & Söhne, Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

Autoren-Verzeichniss.

Sach-Register.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine und med. Kongresse.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.



VII. Jahrgang. Wien, 1. Jänner 1893 Nr. 1.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 0—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., vierteljährl. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaction bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Zum Kapitel der Gelenksneurosen.

Von **Prof. E. Albert,** k. k. Hofrath in Wien.

Dass die Nervosität der Menschen in der letzten Zeit zunimmt, darin stimmen Aerzte und Laien überein. Wenn man von einer Zunahme spricht, so wird ein Messen vorausgesetzt, oder wenigstens ein Schätzen. Es ist nun der allgemeine Eindruck vorhanden, dass man heutzutage von nervösen Erkrankungen unvergleichlich häufiger spricht, als ehedem, und dieser Eindruck ist der eine Faktor jener Schätzung.

Es fällt mir nicht ein, die Thatsache bestreiten zu wollen, dass die Erkrankungen des Nervensystems häufiger werden. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass die häufigere Erwähnung der Nervenkrankheiten, auf die man ihm Verkehr heutzutage unfehlbar stösst, nichts weiter beweist, als dass von dem Gegenstande häufiger gesprochen wird.

Hat man in der grossen Praxis früher von den Gelenksneurosen häufiger gesprochen? Trotzdem, dass die ersten Arbeiten darüber einer schon vergangenen Generation angehören, war hier in Wien unter Dumreicher, Pitha, Schuh von Gelenksneurosen niemals die Rede. Heutzutage wird die Sache schon häufig erwähnt, und häufig imponirt sie als etwas Neues.

Existirten aber die Fälle nicht? Sie existirten gewiss. Ich erinnere mich einer kleinen Reihe von Fällen aus Dumreicher's Praxis, die heute jeder als Gelenksneurose bezeichnen würde, die aber damals einfach als hysterische Erscheinungen erklärt wurden.

Ich habe ferner im Verkehr mit älteren Aerzten häufig die Wahrnehmung gemacht, dass Fälle, die ich als Gelenksneurose auffasste, von den betreffenden Kollegen als rheumatische Erscheinungen gedeutet wurden. Was wurde früher nicht Alles als rheumatisch bezeichnet? Das Wort war früher eines der am meisten cursirenden. Heute ist es unvergleichlich seltener geworden. Im Volksglauben ist der «rheumatische Zahnschmerz» noch heute eine mächtige Vorstellung. Wann spricht ein moderner Zahnarzt davon? Aehnliches gilt von den Ausdrücken gastrisch, biliös, die sonst ja auf Schritt und Tritt gehört wurden. So vieles, was früher rheumatisch, gastrisch, biliös war, heisst heute nervös. Gewiss kommt dieser Umstand sehr stark in Betracht, wenn man sich auf die Schätzung einlässt, ob nervöse Erkrankungen heute sehr viel häufiger sind, als ehedem.

Solche Erwägungen müssen sich aufdrängen, wenn man an irgend ein Kapitel herantritt, welches dem grossen Buche der Nervositäten angehört.

Was insbesondere die Gelenksneurosen betrifft, so glaube ich, dass vor Allem eine Topik derselben wünschenswerth wäre. Es wird sich auf diesem Wege Manches finden, was zur Klärung beitragen kann.

Ich will ein Beispiel anführen. Eine Reihe von Fällen, wo die behandelnden Aerzte Neuralgien, Gelenksneurosen annahmen, zeigte, dass es sich um Plattfuss handelte. Man kann doch nicht einen Fall von Plattfuss, der mit neuralgischen Erscheinungen im Gebiete des Nervus tibialis posticus auftritt, als Gelenksneurose bezeichnen. Es gibt beginnende Leistenhernien, die mit verschiedenen schmerzhaften Empfindungen und nervösen Erscheinungen einhergehen und da wird doch Niemand von einer Leistenneurose sprechen.

In diesem Sinne möchte ich diesmal einige Bemerkungen über Neurosen im Gebiete des Schultergelenkes vorbringen.

Vor mehreren Jahren wurde ich zu einem Gelehrten gerufen, der schon Monate an Schmerzen in der Gegend des linken Schultergelenkes litt. Die Schmerzen waren zu Zeiten kontinuirlich, zu Zeiten traten sie nur in Anfällen auf und waren recht heftig. Die Bewegungen des Schultergelenkes waren während der Schmerzen entschieden behindert, aber in einem wechselnden Masse. Man fand bei dem Kranken auch nicht eine Spur von Anschwellung des Gelenkes, keine Spur von Reiben; das Schultergelenk selbst war nirgends empfindlich; das Schulterblatt ging nur bei gewissen Bewegungen mit, besonders bei der Vorwärtsbewegung, während der Schmerz gerade bei der Rückwärtsbewegung eintrat. Unterhalb des Gelenkes, am chirurgischen Halse des Oberarmes war vorne eine

ganz umschriebene Stelle sehr stark druckempfindlich. Der Mann war ein hochgradiger Neurastheniker und endete ein Jahr später durch Selbstmord. Luës war vorausgegangen, aber die Schmerzen waren nicht nächtlich, die eingeleitete Therapie mit Jod und Merkur hatte keinen Erfolg gehabt. Ich fasste die Sache als Neurose auf und der Kranke wurde von Wien weggeschickt. Die Schmerzen verschwanden.

Als Neurose fasste ich den Fall auch auf, aber ich fragte mich damals, mit welchem Rechte man den Fall als Gelenksneurose deuten sollte? Wenn man schon einen Namen haben muss, so hätte man von Ostealgie sprechen müssen; denn ein ganz ausserhalb des Gelenkes liegender Punkt des Oberarmknochens war schmerzhaft. Die Bewegungsstörung im Gelenke kann doch nicht entscheidend sein, denn auch, wenn ein Radiusbruch vorliegt, wird der Kranke das Handgelenk nicht bewegen und doch wird man nicht von einer Gelenkserkrankung sprechen. Der Fall illustrirt also deutlich, was ich von einer genaueren Topik der Gelenksneurosen erwarte. Ich glaube, dass sich eine bedeutende Anzahl von Fällen wird ausscheiden lassen und dass wir dafür eine grössere Menge von Ostealgien aufzuweisen haben werden.

Niemand würde, wenn es sich um einen schmerzhaften Punkt in der Mitte der Tibia handelt, und wenn der Schmerz nur auf Neurasthenie zurückgeführt werden kann, eine andere Diagnose stellen, als Ostealgie. Und wenn es sich um einen ganz analogen Fall handelt, wo aber der Schmerz nahe am Kniegelenke ist, hat man doch kein Recht, von einer Gelenksneurose zu sprechen, wenn auch die Bewegungen des Kniegelenkes etwas behindert sind.

Die strengere Scheidung der Ostealgien kann auch in praktischer Beziehung ab und zu Bedeutung haben, da man an dem schmerzhaften Punkte des Knochens anatomische Veränderungen antreffen kann, die zu einem lokalen Eingriffe Gelegenheit geben. Ich habe in zwei Fällen dieser Art durch Anbohrung des Knochens Heilung erzielt; im Knochen fand man einen chronisch-entzündlichen Herd. (Granulationen im Markraum) Ich will nicht verschweigen, dass in einem dritten Falle jegliche gröbere Veränderung fehlte. Genauere histologische und bakteriologische Untersuchung der gegebenen Falles angetroffenen Veränderungen werden uns da Manches aufklären.

Ich will nun einen zweiten Punkt hervorheben. Seit einer Reihe von Jahren verfolge ich Fälle mit dem folgenden Symptomenkomplexe. Es werden Schmerzen in der Schulter angegeben, die durch Bewegung gesteigert werden. Lässt man den Kranken den Oberarm herumbewegen, so sieht man die Bewegungen des Gelenkes eingeschränkt; insbesondere ist die Abduktion des Armes in der frontalen Ebene behindert und wenn der Kranke aufgefordert wird, diese Bewegung auszuführen, so bewegt er den Arm in einer Ebene, die diagonal zwischen der frontalen und sagittalen liegt. Auch die Rückwärtsbewegung ist etwas gehemmt. Untersucht man das Gelenk, so findet man weder Exsudation noch Reiben, noch auch Schmerzhaftigkeit auf Druck. Hingegen findet man den Plexus bei seinem Austritte aus dem Scalenusschlitze äusserst druckempfindlich, so dass der Kranke zusammenzuckt, und konstant ist auch der Stamm des N. radialis an der Stelle seines Auftauchens an der lateralen Seite des Oberarmes in demselben Masse druckempfindlich; der N. medianus und der N. ulnaris können auch das analoge Verhalten zeigen. Bei einzelnen Kranken dieser Gruppe war Harnsäure im Ueberschusse im Urin vorhanden, bei anderen waren anderweitige neurasthenische Erscheinungen minderen Grades vorhanden, bei anderen fehlte jegliche Kombination mit einem anderen Leiden. Ich könnte nun diese Fälle, dem Usus entsprechend, in das Kapitel der Gelenksneurosen einreihen. Müsste man aber nicht mit demselben Rechte auch jene Fälle, wo neurasthenische Ischialgie mit geringer Störung der Bewegungen des Hüftgelenkes vorhanden ist, als Gelenksneurose bezeichnen?

Mit welchem Rechte? Der Umstand, dass die Bewegungen des Gelenkes eingeschränkt sind, kann doch nicht entscheiden. Andere Formen von Erkrankungen, die man als Neurose des Schultergelenkes auffassen könnte, habe ich nicht gesehen und kann daher nur sagen, dass ich am Schultergelenke keine Neurosen gesehen habe. Wenn man Gelenk für Gelenk durchgeht und die Fälle sichtet, wird das Gebiet der Gelenksneurosen wahrscheinlich ganz wesentlich eingeschränkt werden.

Man könnte im Allgemeinen von Gelenksneurosen im strengen Sinne dann sprechen, wenn der Nervenapparat der Gelenke selbst eine Störung aufweisen würde, deren Charakter jenem entsprechen würde, die wir auch sonst als neurotisch bezeichnen. Aber obwohl wir die Gelenksnerven anatomisch ziemlich kennen, das Spiel des Apparates ist uns nicht bekannt.

Ueber den verderblichen Einfluss des Sonnenlichtes auf das Auge,

insbesondere über die Folgen des Sonnenstichs auf das Sehvermögen.

Von San.-Rath Dr. **Bol. Wicherkiewicz**.

Dirig. Arzt der Augen-Heilanstalt zu Posen.

Das Sonnenlicht, welches für die Entwickelung der organischen Wesen eine überaus wichtige Rolle spielt und zweifellos eine bethätigende, segensreiche und erwünschte Wirkung auf den thierischen Organismus ausübt, kann auch unter Umständen unserem Körper Verderben bringen. Was die schädliche Wirkung auf das Auge anbetrifft, so kommt dieselbe entweder direkt, d. h. durch unmittelbares Einwirken auf das Sehorgan, oder auch mittelbar durch die Schädeldecken hindurch zu Stande. Ehe wir zur Besprechung dieser Einwirkung der Sonne auf das Auge übergehen, müssen wir uns darüber klar werden, was in den Sonnenstrahlen eigentlich den für den Körper schädlichen Faktor bildet. Im Sonnenspectrum haben wir Strahlen, welche jenseits der rothen liegen, die sogenannten Wärmestrahlen, und die ultravioletten oder chemisch wirksamen Strahlen, welche z. B. eine Guajaktinktur zersetzen und in einer Chininlösung Fluorescenz hervorrufen. Die letzteren, also chemischen Strahlen, wirken sehr kräftig bei der Entstehung zahlreicher Hautstörungen mit.

Wirkt blendendes Sonnenlicht auf eine entblösste Haut, so entsteht bei empfindlichen Personen Erythem, wonach in leichteren Fällen die Haut abschilfert, in schwereren, d. h. bei einer längeren Einwirkung sich Blasen bilden und die Epidermis sich ablösst. Man meinte früher, diese Veränderung sei durch die Wärme bedingt. Es ist jedoch erwiesen worden, dass man dieserhalb nicht die Wärmestrahlen, sondern die chemisch wirksamen beschuldigen muss — und den besten Beweis dafür liefert der Umstand, dass das sogenannte erythema solare dort auftritt, wo die Wärme keine hervorragende Rolle spielt, wie z. B. in den Alpengletschern. Eben dort reflektirt der Schnee sehr stark die ultravioletten, das ist die chemischen Strahlen, welche auf diese Weise von allen Seiten den Körper der Touristen treffen.

Es ist bekannt, dass das elektrische Licht viel ultraviolette Strahlen enthält, und hierdurch lassen sich die erythematösen Ausschläge erklären, welche oft bei Arbeitern auftreten, die in Fabriken beschäftigt sind, in welchen mit Hilfe starker elektrischer Ströme Metalle geschmolzen werden.

Chininlösungen verlängern die Strahlenwellen, d. h. sie verwandeln die ultravioletten Strahlen in längere oder blaue, wodurch Fluorescenz entsteht. So schützt eine, namentlich saure, Chininlösung vor der schädlichen Sonnenlichtwirkung und verhindert die Entstehung des Hauterythems. Aehnlich sollen nach Unna Curcuma und Kali chromicum wirken. Die chemischen Strahlen verursachen eine Hautpigmentirung, welche sich bei Leuten vorfindet, die dem Sonnenlicht ausgesetzt sind, z. B. bei Landleuten, insbesondere in sehr hervorragender Weise bei Einwohnern der Aequatorialgegenden, während die Wärme dabei nichts ausmacht, da sich doch keine Hautpigmentirung z. B. bei Bäckern zeigt, welche bei grosser Hitze arbeiten, oder bei Arbeitern in Fabriken, in denen hohe Temperatur herrscht.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen wollen wir die Art und Weise der schädlichen Sonnenlichtwirkung auf das Auge in Erwägung ziehen. Fassen wir zunächst die unmittelbare Wirkung in's Auge. Nehmen wir an, es hätte sich jemand um die Mittagszeit, bei brennender Julisonne, auf einen unbeschatteten Rasen gelegt und sein Antlitz in tiefem Schlafe gegen die Sonne gewendet. Nach dem Erwachen wird er Thränenfliessen, Brennen und die Empfindung von Sand in den Augen haben, die Lider werden geschwollen und roth, nicht weniger wird auch die Conjunctiva geschwollen sein, und die Pupillen werden sich mehr oder weniger verengt, sowie die Augen etwas lichtscheu zeigen. Wir haben also hier lediglich mit einem Erythem der Lider und vielleicht des Gesichts zu thun, mit einer Verbrennung ersten Grades, welche auch die tieferen Theile, das ist die Bindehaut, betroffen hatte; durch die Wände des Augapfels wird wohl auch gelegentlich die Netzhaut eine Reizung, wenn auch nur schwächeren Grades erleiden. Diese Symptome werden nach einer mehrtägigen Schonung gewöhnlich von selbst ohne Spur verschwunden sein. Höchstens wird später die Haut ein wenig abschilfern.

Schlimmer würde sich in der Folge die Wirkung des Sonnenlichtes zeigen, wenn jemand seine offenen Augen, und zwar deren gegen Licht empfindlichsten Theil, das ist den gelben Fleck, starken Sonnenstrahlen aussetzen würde, wie dies bei Beobachtung einer theilweisen Sonnenfinsterniss vorkommt, wenn man dabei keine Schutzgläser gebraucht. Dasselbe geschieht auch bei Kindern, welche aus Muthwillen das Sonnenantlitz anschauen. Es kommt dann zu Sehstörungen, insbesondere zu centralen Gesichtsfelddefekten (Skotoma centrale) und zum Sehen von Complementärfarben. Ophthalmoskopiren wir eine solche Person flüchtig, so werden wir manchmal keine Veränderung vorfinden, bei genauer Einstellung jedoch, erblicken wir eine leichte Trübung in der Gegend der Macula lutea, welche uns in ihrem Aussehen an Netzhauthämorrhagien erinnert.

Czerny's und Deutschmann's Untersuchungen an Thieren haben erwiesen, dass wir es in solchen Fällen mit einer wirklichen Verbrennung von Netzhautschichten und mit Exsudation einer eiweissartigen Flüssigkeit zu thun haben. Warum in diesen Fällen die Augenmedien ohne Schaden bleiben, während die Retina theilweise solch eine wichtige Veränderung erfährt, ist unschwer zu verstehen, wenn wir erwägen, dass die Sonnenstrahlen in dem optischen Apparate des Auges bei einem auf die Majestät der Sonne gerichtetem Blicke eine solche Koncentration erfahren, dass sie eine so zarte Membran wie die Netzhaut zerstören können, da doch bekanntermassen solche, durch eine Glaslinse optisch gesammelte Strahlen, in deren Brennpunkte brennbare Gegenstände anzünden.

Zwischen dem Moment der starken Einwirkung des Sonnenlichtes auf das Auge und dem Auftreten der Augensymptome kann in ähnlichen Fällen eine kürzere oder längere Zeit dazwischen liegen. Gewöhnlich treten die Folgen unserer Unachtsamkeit früh auf, manchmal vergehen indessen Tage und Wochen bis zum Erscheinen der Symptome, welche sich erst nach Monaten oder sogar Jahren verlieren. Ohne Zweifel hängt dies ab von dem Grade der Verbrennung nervöser Elemente der Netzhaut. Der rothe Fleck, welcher in der Gegend der Macula lutea sich bildet, kann zuweilen ohne Spur verschwinden. —

Es ist nun zwar der verderbliche Einfluss des unmittelbar wirkenden Sonnenlichtes auf das Auge hinlänglich bekannt und oft genug beschrieben worden, aber dem gegenüber erscheinen unsere Kenntnisse, welche die Wirkung der Sonnenstrahlen durch den Schädel hindurch auf das Sehorgan betreffen, äusserst spärlich.

Es ist bekannt, dass Schnitter auf freiem Felde, Soldaten während des Marsches bei grosser Hitze, Einwohner von Aequatorialgegenden, Kinder, die mit blossem Kopfe in der Sonne spielen, starken Gehirnerscheinungen unterliegen, welche vom sogenannten Sonnenstich abhängen. Die Encephalopathie durch den Hitzschlag veranlasst, tritt in drei Formen und zwar als Apoplexie, als Gehirn- oder akute Hirnhautentzündung, oder schliesslich als chronische Gehirnentzündung (encephalitis chronica) auf.

Bei der Apoplexie erfolgt der Tod gewöhnlich durch Erguss von Blut in die Hirnkammern. Bei der zweiten Form kommt es zu Delirien mit Erscheinungen von Gehirnentzündung, wobei die Entfaltung grosser physischer Kraftleistung auffällt, sowie zur Röthung der Augen, Verengerung der Pupillen, Injektion der Gesichtsgefässe, Pulsiren der Carotiden. Es treten Störungen im Gebiete der Sinne und Fieber mit von ihm abhängigen Symptomen auf.

Die chronische Form, welche fast ausschliesslich in Aequatorialgegenden auftritt, beruht auf einer Art von Irrsinn (mania insolationis) oder Calcutura, wie es die Spanier nennen. Matrosen sehen plötzlich während der Fahrt in einer Aequatorialgegend auf voller See, Fluren, Wiesen, Wälder, und, um dieselben möglichst bald zu erreichen, springen sie von den Schiffen ins Meer hinein. Individuen, welche diesem Leiden unterliegen, zeichnen sich durch eine aussergewöhnliche Reizbarkeit aus, die zuweilen mit Gewalt ausbricht und die Umgebung gefährdet. (J. Mitchel in Edinb. med. and surg. Journ. Vol. XXIX 1828, pag. 96.)

Bei Kindern pflegen, in Anbetracht einer grösseren Empfindlichkeit des Organismus und der schwachen Schädelwände, die Folgen des Hitzschlages unter mehr drohenden Erscheinungen aufzutreten und enden leider letal.

Nicht selten kommt es nach dem Hitzschlage zu Krämpfen oder Erscheinungen eines Oedems des Gehirns und der Pia mater.

Es könnte a priori den Anschein haben, als wenn bei den Hirnerscheinungen, welche beim Sonnenstich aufzutreten pflegen, auch das Sehvermögen leiden müsste. Wenn man indessen in den Handbüchern und Lehrbüchern über Augenkrankheiten oder in den zahlreichen speziellen Abhandlungen über diesen Gegenstand nachschlägt, so kann man wenig sichere Andeutungen in dieser Hinsicht finden. Nur Schmidt-Rimpler*) erwähnt bei Besprechung der Aetiologie der descendirenden Sehnervenentzündung einen Fall Hotz's, welcher durch den Autor angeblich auf den Sonnenstich zurückgeführt wird. Wir müssen den Mangel diesbezüglicher Mittheilungen dem Umstande zuschreiben, dass bei uns der Sonnenstich nicht gerade zu den häufigen Ereignissen gehört, und mehr noch, dass derselbe, wenn er nicht letal endet, so doch schwere andere Hirnerscheinungen hervorruft, dass die Symptome von Seiten der Augen, welche vorübergehend und von kurzer Dauer sind, der Aufmerksamkeit des Kranken und somit auch des Arztes entgehen.

Ueber ein bisher nicht beschriebenes Symptom von hereditärer Syphilis.

Von **Dr. Antonino Carini**, Dozenten an der Universität in Palermo**)

Die frühzeitige Diagnose der kongenitalen Luës ist von der grössten Bedeutung. Und in der That, man begreift, wie das frühzeitige Erkennen einer Krankheit, die, wenn vernachlässigt, zu sehr schweren Folgen führen würde, ein mächtiges und fürsorgliches Mittel an die Hand gibt, um nicht nur das Loos des Säuglings zu sichern, sondern auch um die Gefahr der Ansteckung zu beseitigen, von welcher die Amme bedroht erscheint, wenn sie fortfährt, das Kind, welches ihr anvertraut wurde, an der Brust zu halten.

So wichtig auch diese Diagnose ist, sie ist doch nicht ebenso leicht zu stellen. Syphilidologen und Pädiater haben mit der grössten Genauigkeit die ersten Symptome, welche die Aufmerksamkeit des Praktikers auf sich lenken müssen, studirt und beschrieben; dieselben treten jedoch erst einige Wochen

*) Augenheilkunde und Ophthalm., Braunschweig 1886.

**) Nach dem der Redaktion zugesandten Manuskripte übersetzt.

nach der Geburt auf und dazu noch so flüchtig, dass es Einem nicht leicht gelingt, sie gleich bei ihrem Erscheinen oder während ihrer kurzen Dauer zu Gesicht zu bekommen; ein Beispiel hiefür liefert uns die syphilitische Roseola, deren Dauer bei Kindern mit kongenitaler Syphilis selten 36—48 Stunden übersteigt.

Die angeborene Syphilis zeigt sich in verschiedenen Epochen nach der Geburt, und die Kinder, bei denen sie später zu Tage treten soll, bieten, wenn sie zur Welt kommen, nicht die geringste Spur der Infektion dar, ja, man kann sagen, dass ihr Aeusseres, ausgenommen einen leichten Grad von Blässe, das Bild der besten Gesundheit darbietet. Wenn man jedoch den geringsten Verdacht auf die Präcedentien der Eltern hegt, so muss selbst die geringfügigste Störung im Befinden des Kindes in ernste Berücksichtigung gezogen werden, denn in der Folge werden noch andere Symptome hervortreten, die bezüglich der Schwere der Infektion keinen Zweifel obwalten lassen.

Die wirklich kongenitalen Anzeichen der Syphilis sind nicht sehr häufig. Es existiren zwar präsumptive oder Wahrscheinlichkeitszeichen: z. B. das Hydramnios, das, nach Bär, stets in Beziehung zur Syphilis der Mutter steht, und die vorzeitige Ausstossung der Frucht. Man wird jedoch häufig diesbezüglich getäuscht, wenn man sieht, dass das Kind, wiewohl es das normale Gewicht und die normale Grösse nicht besitzt, doch ein gesundes Aussehen hat.

In den meisten in der Literatur verzeichneten Fällen wurden die Infektionserscheinungen erst nach einigen Wochen oder einigen Monaten nach der Geburt konstatirt; oder die Syphilis trat während des intrauterinalen Lebens auf, und das Kind wurde dann vorzeitig und leblos ausgestossen.

Hugnier berichtet nur über zwei Fälle von angeborner syphilitischer Eruption, und hält sie für sehr selten. Ricord versichert, niemals Kinder gesehen zu haben, die mit den Symptomen der hereditären Syphilis geboren wurden. Cullerier theilt zwei Fälle von kongenitaler Roseola und plaques muqueuses mit. Cooper erklärt, Kinder gesehen zu haben, die bei ihrer Geburt an Handfläche und Fusssohle einen papulösen Ausschlag von unzweifelhaft syphilitischer Natur darboten. Rondelet, Guérard, Landman, Diday, Bouchut haben ebenfalls über Fälle von Kindern berichtet, die mit syphilitischen Pusteln auf die Welt kamen. Ich und mein hochgeehrter Freund Prof. Dr. Raffaele Sarra, entsinnen uns, im Jahre 1886 auf der Klinik Henoch's in Berlin zwei Fälle von angebornem syphilitischen Pemphigus an der Fusssohle gesehen zu haben. Der erfahrene und geistvolle Kinderarzt belehrte uns damals, dass der syphilitische Pemphigus nur äusserst selten in den ersten Stunden oder den ersten Tagen des extrauterinen Lebens auftritt. In meiner Privatpraxis vom Jahre 1887 bis zu dem heutigen Tage bekam ich ein einziges Mal einen Fall von kongenitalem syphilitischem Pemphigus zu sehen. Die Pemphigus-Bläschen konnten deutlich wahrgenommen und als solche unterschieden werden; sie befanden sich auf einem bläulichen Grunde, waren konfluirend, schlaff und enthielten eine trübe seröse Flüssigkeit.

Von Dublet, Mahon, Berlin, Trousseau, Hutchinson, Baerensprung, Langlebert, Fournier, Kassowitz, Casati, Oevre Fürth wurden die angebornen syphilitischen Manifestationen gleichfalls als eine seltene Erscheinung anerkannt.

Die berühmtesten unter diesen Autoren haben nachgewiesen, dass die hereditäre Syphilis in verschiedenen Epochen von der Geburt an, zumeist vom 5. Tage bis zur 6. Woche, selten bis zum 3. oder 4. Monate auftritt.

Es ist ferner durch die Erfahrung des Syphilidologen festgestellt, dass ein Kind anscheinend gesund geboren werden kann, wenn nur der Vater oder nur die Mutter an der tertiären Syphilis leidet, oder wenn die Mutter im vorgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft mit Syphilis infizirt wurde, oder wenn die syphilitischen Eltern während der Periode der sekundären Erscheinungen und in der Zeit der Konzeption einer spezifischen Behandlung unterzogen worden sind. Unter solchen Umständen tritt jener spezifische Symptomenkomplex, welcher nicht im intrauterinen Leben zur Entwicklung kommt und von der Syphilis der Eltern, die bereits vor der Zeugung ihrer Kinder syphilitisch sind, abhängt, nicht lange Zeit nach der Geburt auf.

Nur glaubt man allgemein, dass die Coryza eine der frühesten Manifestationen der hereditären Syphilis sei. Sie besteht in einer reichlichen Sekretion der Nase des betreffenden Kindes mit Rissen, Röthung und häufig mit Ulcerationen an den Rändern der Nasenöffnungen, und in der Folge mit Bildung von diese verschliessenden Borken. Auf die Rhinitis folgt für gewöhnlich ein leichter heiserer Husten; dann treten die übrigen Manifestationen auf (Roseola, plaques muqueuses).

Im Folgenden nun will ich die Aufmerksamkeit auf ein Symptom lenken, welches mir der Coryza vorauszugehen schien. Indem ich desselben Erwähnung thue, will ich nicht behaupten, dass es in allen Fällen sicher und konstant auftritt; da ich es bei meinen Fällen häufig beobachtet habe, so hoffe ich, dass zur weiteren Kenntniss desselben sowohl Syphilodologen als auch Kinderärzte beitragen werden.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber Keuchhusten und dessen Behandlung.

Von Dr. **S. Schwarz** in Konstantinopel.

Die ätiologische Frage: «Wodurch entsteht die Pertussis?» beschäftigte alle Autoritäten und Forscher auf dem Gebiete der Pädiatrik seit Jahrhunderten, hat aber bis zur Stunde, trotz des Aufblühens der Hilfswissenschaften, wie Mikroskopie und Bakteriologie, keinen endgiltigen Abschluss gefunden.

Es liegt ausserhalb des Rahmens dieser Mittheilung, die Ansichten und Meinungsverschiedenheiten aller Gelehrten der verschiedenen Epochen anzuführen; ich will nur die Behauptungen einiger hervorragender Forscher unseres Jahrhunderts bis auf die neueste Zeit erwähnen, und diese mögen genügen, das Chaos der Hypothesen zu klären, um zu etwas Positiverem zu gelangen.

Laenec, Stoll und Andere sind der Ansicht, dass eine rheumatische Ablagerung auf dem Zwerchfelle die Ursache des Keuchhustens sei. Autenrieth und Blond meinen, dass eine Ablagerung von salzsaurem Natron auf den Bronchien ihn erzeuge. Dagegen behauptet Harless, er werde durch eine Art Exanthem der Bronchien verursacht; dieser Auffassung pflichtet auch Cannstatt bei, der den Keuchhusten zu den kosmischen Krankheiten zählt. Für eine Neurose, welche durch einen Reflexkrampf die tussis canina hervorbringt, stimmen Hufeland, J. Franck, Schäffer, Schönlein und Andere.

Es finden sich noch in der neuesten Zeit Autoren, die der letzten Ansicht huldigen, aber die vorherrschende Meinung der heutigen Forscher geht dahin, dass ein gewisses Bacterium die Krankheit erzeuge.

So lehren uns die neuesten Untersuchungen von Poulet, Letzerich, Tschamer und Ritter, dass man gewisse Pilze im Sekrete der Schleimhaut der Respirationsorgane nur bei Denjenigen findet, welche mit Personen verkehren, die an Keuchhusten erkrankt sind. Tschamer beschreibt das Mycel des Keuchhustens folgendermassen: Im glasigen Schleime findet man ein netzförmig verzweigtes Fadengeflecht, in welchem und um welches sich kleine runde und ovale Ballen (Sporen) eingestreut finden. Er fand auch die Sporen ohne jede Verbindung mit dem Mycel, was meiner Ansicht nach für eine Auswanderung der Sporen spricht. Meine weiter unten zu schildernden therapeutischen Erfolge bestätigen diese Ansicht. Letzerich beschreibt die Keuchhustenpilze als kleine rundliche und eliptisch geformte rothbraune Pilzsporen. Selbst Vogel, der die oben beschriebenen Pilze als für den Keuchhusten specifisch wirkend negirt, ist doch von der Anwesenheit eines inficirenden Pilzes überzeugt. Ueber die Dauer der Ansteckungsfähigkeit der Keuchhustensputa gehen die Meinungen weit auseinander. Während die Einen behaupten, dass getrocknete Keuchhustensputa selbst

nach einem Jahre noch ansteckungsfähig sind, glauben die Anderen, dass die Pilze nur so lange sie sich im menschlichen Körper aufhalten, contagiös wirken.

Selbst die ältesten Gelehrten unseres Jahrhunderts (Franck, Blache, Hufeland, Rosen und Andere) haben sich für die contagiöse Natur des Keuchhustens ausgesprochen, und hielten das ihnen völlig unbekannte Contagium für ein Miasma, welches durch die Exhalation in die Respirationsorgane aufgenommen wird.

Cannstatt beweist uns die Contagiösität der Pertussis, indem er erzählt, dass er sein Söhnchen während zweier Epidemien vor dieser Krankheit bewahrte, indem er es von an derselben leidenden Kindern fern hielt, während bei einer dritten Epidemie, bei welcher es unmöglich war, den Verkehr mit anderen Kindern zu verhindern, auch das seinige erkrankte. Franck geht noch weiter und behauptet, dass die Aerzte selbst die Krankheit von Ort zu Ort verschleppen.

Nach meiner Erfahrung wirken die Keuchhustensputa vom Anfange der Erkrankung bis zum Ende derselben gleichmässig ansteckend, nur sind sie auf der Höhe der Erkrankung am gefährlichsten, weil zu dieser Zeit am meisten Pilze im Sputum suspendirt sind.

Den Herd der Krankheit suchen alle Autoren, bis in die neueste Zeit, in den Lungen oder in dem Larynx selbst, ohne jedoch die oberen Theile der Respirationsorgane zu berücksichtigen, was meiner Ueberzeugung nach vollkommen irrig ist. Der Herd bleibt vom Anfange bis zum Ende der Erkrankung die Nase und die Choanen. Den Beweis hiefür werde ich weiter unten erbringen.

Die Ansicht von Hersch und Steffens, dass die Lebens- und Entwicklungsfähigkeit der Pilze in sumpfigen Gegenden und zur Zeit der herrschenden Febris intermittens und remittens infantum am stärksten sei, findet auch im Oriente ihre Bestätigung. Hier in Konstantinopel, wo die Febris intermittens bis vor circa 6—8 Jahren äusserst selten war, kam auch die Pertussis selten vor, während Adrianopel, Dedeagadsch, Philippopel und viele Orte Ostrumeliens, sowie Ismidt und andere auf der asiatischen Seite gelegenen Ortschaften, welche sehr häufig von Wechselfieber heimgesucht werden, auch die meisten Keuchhusten-Epidemien aufzuweisen haben. Seit 6—8 Jahren kommen auch hier häufiger Wechselfieber vor, und wir sehen auch tussis convulsiva öfter. Im Laufe des letzten Jahres herrschte hier die Intermittens in einem bestimmten Quartiere ziemlich stark und war von einer Epidemie der Pertussis begleitet, welche sich allmählig auch auf andere Quartiere erstreckte. In Jerusalem herrscht die Intermittens endemisch und ebenso der Stickhusten.

Keuchhusten-Epidemien treten aber auch in vollkommen gesunden Gegenden, namentlich in Grossstädten, fast alljährlich und zu verschiedenen Jahreszeiten auf, entgegen der Ansicht von Ranke und Spiess, welche behaupten, dass Keuchhusten-Epidemien in gewissen Zeiträumen auftreten. Allerdings scheint die wärmere Jahreszeit infolge der Ausdünstung der Erde den Epidemien günstiger zu sein.

Nach Szabó's statistischen Arbeiten kommen $^2/_3$ der Erkrankungen auf das Halbjahr April-September und $^1/_3$ auf das Halbjahr Oktober-März.

Der Keuchhusten ist eine sehr verbreitete Krankheit; so kommen nach Uffelmann in Deutschland allein alljährlich 240.000 solcher Erkrankungen vor.

Der Keuchhusten ist zwar mehr eine Kinderkrankheit, verschont aber nach meiner Erfahrung kein Alter. Ich behandelte z. B. ein dreiwöchentliches Kind, welches seit vier Tagen an dieser Krankheit litt, ein anderes sechs Wochen altes Kind, welches nach Angabe der Mutter am vierten Tage nach der Geburt erkrankte, ein 22 Jahre altes Mädchen und eine 55jährige Frau, welche nach überstandenem Dengue-Fieber zwei Monate hindurch an Pertussis laborirte. Die meisten Fälle kommen aber zwischen dem ersten und sechsten Lebensjahre vor. Vollkommen gesunde Kinder werden vom Stickhusten ebenso häufig befallen, wie schwächliche, rhachistische und skrophulöse Kinder, welche Erkältungen ausgesetzt sind, und solche, welche im Sande oder Staube spielen, sind für den Keuchhusten leichter empfänglich, als solche, welche diesen Unannehmlichkeiten nicht exponirt sind.

Besprechen wir nun noch kurz die Symptomatologie der Pertussis. Das Inkubationsstadium lässt sich nur nach der Aussage der Mutter oder Pflegerinnen bestimmen und dauert dasselbe zwei bis acht Tage. Der Arzt wird gewöhnlich erst im zweiten oder katarrhalischem Stadium consultirt und kann nur einen heftigen Katarrh der oberen Partien der Respirationsorgane (Nase, Choanen und selten Rachen) und der Conjunktiva konstatiren. Die Auskultation und Perkussion der Lungen ergeben kein Symptom der Erkrankung derselben. In diesem Zustande ist die Diagnose, namentlich zu Zeiten, in welchen keine Pertussis-Epidemien herrschen, eine sehr schwierige. Der Husten nimmt nun täglich, namentlich in der Nacht, stetig zu und übergeht in das Stadium convulsivum oder spasmaticum, welches gewöhnlich sechs bis acht Wochen dauert. In diesem Stadium ist die Zahl der Anfälle verschieden und schwankt zwischen 5 und 80 und mehr Anfälle in 24 Stunden.

Die Hustenanfälle, die von längerer oder kürzerer Dauer sind, enden gewöhnlich nach mehrmaligen aufeinander folgenden Hustenstössen, welche von einem Glotiskrampf begleitet sind, mit Erbrechen eines glasigen Schleimes und von Speiseresten. Sehr oft tritt bei jedem Anfalle Nasen- und Mundbluten ein. Die Kinder verlieren den Appetit, sind traurig und mürrisch. Jede stärkere Gemüthsbewegung löst einen Anfall aus, höchstwahrscheinlich in Folge der stärkeren Inspiration. Die Kinder merken das Herannahen eines Anfalles schon einige Zeit vorher und suchen ihn zu verhindern. — Nach 6—8 Wochen wird der Husten schwächer und seltener, der Auswurf verliert sein charakteristisches, glasiges Aussehen, wird mehr flüssig und wird viel leichter herausgebracht, und in 8—12 Tagen tritt vollständige Heilung ein. — Aber nicht alle Fälle verlaufen so günstig. sehr häufig gesellen sich zur Pertussis capilläre Bronchitis, Pneumonie u. s. w. und führen zu einem letalen Ende. Dass schwächliche, rhachistiche skrophulöse und tuberkulöse Kinder dieser Gefahr mehr ausgesetzt sind, bedarf kaum der Erwähnung.

Bevor ich zur Therapie übergehe, möchte ich das bis jetzt Gesagte kurz zusammenfassen:

1. wird die ausgesprochene kontagiöse Natur der Pertussis von allen Forschern bestätigt;

2. beweisen die eigenthümlichen Vorgefühle des Kindes, bevor der Anfall ausgelöst wird, dass ein gewisses Etwas thätig ist, um diesen hervorzubringen, was auch durch die laryngoskopischen Untersuchungen von v. Herff bestätigt wird: v. Herff findet, dass ein Anfall nur durch Schleimklümpchen im Larynx hervorgerufen wird, und kann in der That der Anfall durch Schütteln und Entfernen des Schleimes verhindert werden. Die Ansicht von Letzerich, dass der Sitz des Pilzes sich im Larynx selbst befindet, ist irrig, denn wäre dies der Fall, so müsste ein ununterbrochener Krampf desselben bestehen, dem die Kinder erliegen würden;

3. Beweist uns das erste und zweite Stadium der Krankheit, dass der Anfang derselben in der Nase und den Choanen liegt, namentlich ist es die Conjunctivitis, welche dafür spricht, indem die Pilze durch den Thränengang in die Konjunktiva einwandern.

4. Die negativen Resultate der Auskultation und Perkussion der Lungen, selbst am Anfange des dritten Stadiums genügen, um darzuthun, dass der Sitz des Uebels nicht die Lunge ist. Fügen wir noch

5. die obenerwähnten mikroskopischen Befunde von Letzerich, Pulet u. s. w. hinzu und schliesslich

6. die pathologisch-anatomischen Befunde von Burmer wonach bei gewöhnlichem Keuchhusten der Katarrh nicht weit in die Bronchien hineinreicht, so kann Folgendes als erwiesen gelten: a) die Pertussis ist eine kontagiöse Erkrankung, welche durch einen bestimmten Pilz oder durch Mikroben erzeugt wird; b) der Sitz des pathogenen Stoffes ist die Nase und die Choanen.

Es ist hiernach leicht erklärlich, weshalb jede innere Medikation erfolglos bleibt. Selbst das von vielen Seiten gerühmte Chinin bewirkt nur in wenigen Fällen eine vorübergehende Erleichterung und führt nie, selbst wenn man es nach BACHEN's Vorschlag in die Nase einbläst, zu vollständiger Heilung

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

Sitzung vom 19. Dezember 1892.

Dr. M. Jolles: *Ueber den Werth der Centrifuge im Dienste der Harnanalyse, sowie über einige neuere Harnuntersuchungsmethoden.*

Es ist noch nicht lange her, seitdem die Centrifuge erfunden wurde und schon ist dieselbe in mannigfacher Weise modificirt worden und herrscht bereits eine stattliche Literatur über die Resultate der Harn-, Fäcal- und Sputumuntersuchung mittels derselben. Doch könne aus einzelnen Harnuntersuchungen kein sicheres Urtheil geschöpft werden, sondern es gehören dazu Hunderte von Kontrollversuchen. Bei der Eiweissbestimmung nach ESBACH wurden als konstant die Temperatur und 24 Stunden zur Absetzung des Sedimentes angegeben, doch müsse zur genauen Bestimmung noch ein konstanter Faktor angenommen werden und zwar die Schwerkraft, da bei zähflüssigem Harn die Absetzung des Sedimentes schwerer vor sich geht als sonst. Die Unbrauchbarkeit der ESBACH'schen Methode fällt daher mit der Zähflüssigkeit des Harns zusammen, welche unabhängig ist von dem spezifischen Gewichte und dem Zuckergehalte desselben. Die Centrifuge kann aber nicht diesen Uebelstand beseitigen; selbst wenn die Centrifugirung anhaltend gleichmässig wäre, würde man nur schwankende Werthe erhalten. Gleichmässig kann mit den bis jetzt bestehenden Apparaten die Umdrehungszahl nicht sein, ein Wassermotor ist zu schwach und ein Dampfmotor würde sich nicht rentiren.

Eine sehr empfindliche Eiweissreaktion ist die von SPIEGLER angegebene, welche die Ferrocyankaliumprobe bei weitem an Empfindlichkeit übertrifft. SPIEGLER konnte sich in vielen Fällen, wo die Ferrocyankaliumprobe ein negatives Resultat ergab, von dem Vorhandensein von Eiweiss nach der SPIEGLER'schen Methode überzeugen. Anhaltende oder periodisch vorkommende Spuren von Eiweiss im Harn bei einem und demselben Individuum betrachte er als anormalen Zustand. Selbst mit dem SPIEGLER'schen Reagens ist im normalen Harn keine Spur von Eiweiss nachzuweisen. SENATOR's Behauptung, dass auch bei Gesunden minimale Mengen von Eiweiss im Harn vorkommen, stosst auf den heftigsten Widerspruch anderer Autoren. In vielen Fällen, wo sich konstant kleine Spuren von Eiweiss zeigen, stellt sich mit der Zeit Morbus Brightii ein, so dass dieselben nie übersehen werden dürfen.

Auch die Zuckerbestimmung wurde mittels der Centrifuge vorgenommen. Für dieselbe wurde eine Reihe von Methoden vorgeschlagen, welche nur wenig Werth besitzen, da sie nur Reduktionsfaktoren liefern, indem nicht allein der Zucker, sondern noch andere im Harn vorhandene reducirbare Substanzen reducirend wirken, z. B. Kreatinin und manche Kohlehydrate, die kein Zucker sind. Bei der harnsauren Diathese und im Fieber fanden sich die reducirenden Substanzen besonders vermehrt. Auch die Polarimeterprobe ist fehlerhaft, da im Harne noch andere, meist nach links drehende Substanzen vorhanden sind. Auch die Gährungsmethode gestattet kein sicheres Urtheil, da im Harn auch ohne Hefe Kohlensäure entstehen kann und ausserdem die Hefe durch Selbstvergährung Kohlensäure entwickelt.

JAKSCH hat die Phenyl-Hydrazinzuckerprobe in die Praxis eingeführt, welche auch die absolut verlässlichste ist; doch sind erst nach achtstündigem Stehenlassen die Krystalle zu konstatiren. Die Versuche, die Krystalle mittelst der Centrifuge abzuspalten, ergab ein negatives Resultat. Die Menge des Zuckers soll stets angegeben werden, da bei manchen Personen, welche einen geringeren Zuckergehalt zeigen, starke Beschwerden und bei starkem Zuckergehalte oft gar keine Beschwerden auftreten.

Am besten eignet sich die Centrifuge zur Sedimentuntersuchung, in dieser Richtung erhält man stets gute Resultate, besonders beim Nachweise von Blut. In allen Fällen, wo sonst kein Blut im Harne nachgewiesen werden konnte, gelang dies mittels der Centrifuge. Es frägt sich nun, wie sich der Blutbefund für die Diagnose verwerthen lasse? Bei starken Blutungen ist eine spezielle Untersuchung auf Blut nicht nöthig, ebensowenig bei entzündlichen und gonorrhoischen Prozessen wenn Blut beigemengt ist, da sich dasselbe mit freiem Auge konstatiren lässt. Ob die durch die Centrifuge erhaltenen Blutspuren als pathognomisch oder als Resultat des Zerreissens eines Capilarröhrchens aufzufassen sind, darüber existire keine Erfahrung. Nützlich erweist sich die Centrifuge bei der Beantwortung der Frage: ob man es mit Hämaturie oder mit Hämatoglobinurie zu thun hat. Auch Oxalate können durch die Centrifuge bestimmt werden, doch ist diese Methode sehr schwierig, da der oxalsaureKalk sich in saurem Harn nur in geringer Menge, dagegen in schwachsaurem oder alkalischem Harn in grösserer Menge vorfindet.

Einen wichtigen Behelf bietet die Centrifuge, wenn es sich darum handelt, zu konstatiren, ob im Harn renale Elemente vorhanden sind oder nicht. So werden oft Cylinder, die manchmal trotz eifrigen Suchens nicht zu konstatiren sind, hier vorgefunden. Einzelne hyaline Cylinder sind nicht selten bei chronischer interstitieller Nephritis zu finden, sehr oft aber auch bei Icterischen und bei chronischen Darmaffektionen. JOLLES hat konstatirt, dass bei andauernder Ausscheidung von Harnsäurekrystallen hyaline Cylinder oft ausgeschieden werden, indem durch die vermehrte Harnsäureausscheidung ein Reiz auf die Niere gesetzt wird. Auch bei Individuen, welche nach Scarlatina oder Diphtherie Nephritis überstanden hatten, konnte JOLLES, selbst wenn sich dieselbe des besten Wohlbefinden erfreuten, hyaline Cylinder konstatiren. Bei Diabetikern mit 3—6 perzentiger Zuckerausscheidung konnte Vortragender unter Abnahme des Zuckergehaltes deutliche Eiweissspuren und hyaline Cylinder im Harn nachweisen, ohne dass eine Affektion der Niere vorhanden gewesen wäre. Ebenso beobachtete er im Harne anscheinend gesunder Individuen hyaline Cylinder, ohne dass klinisch irgend eine Affektion konstatirbar gewesen wäre. Auch dies hält JOLLES für keine normale Erscheinung bei Individuen, wo er dies konstatiren konnte, war er im Stande schon nach 1—$1^1/_2$ Jahren pathologische Elemente im Harn nachzuweisen, so dass die BRIGHT'sche Nierenkrankheit nicht von der Hand gewiesen werden konnte.

Was die Wirkung der Centrifuge auf Tuberkelbacillen anlangt, so konnte JOLLES keine so günstigen Ergebnisse bekommen, wie sie von einigen Forschern behauptet werden. Konnte er sie mittels der Centrifuge nachweisen, so war dies auch möglich mittels anderer Methoden, gaben Letztere kein positives Resultat, so war mittels der Centrifuge auch nichts zu erreichen. Am besten eignete sich hierzu die VAN KETEL'sche Methode, die JOLLES in der Weise anwendet, dass er zu 100 *kcm* Harn 6 Gramm Karbolsäure zugiesst und nach 24 Stunden die Flüssigkeit abgiesst.

Zur Abkürzung chemischer Prozesse, besonders wenn es sich um Quantitätsbestimmungen handelt, ist die Centrifuge nicht mit Vortheil zu benützen, wohl aber bei der Sedimentirung. Besser sei es aber, das sich auf gewöhnliche Weise absetzende Sediment zu benützen, weil man an der Spitze des Glasröhrchens einen stark zusammengeballten Klumpen erhält, den man erst zur Untersuchung brauchbar machen muss, während bei der gewöhnlichen Sedimentirung ein gleichmässiges Bild vorherrscht.

Dr. TELEKY bemerkt, dass er sehr oft bei ganz gesunden Personen konstante Spuren von Albumen und hyalinen Cylindern im Harn gefunden habe, so dass es in diesen Fällen nicht angehe, die betreffenden Individuen sogleich als krank zu erklären. Auch bei älteren Leuten habe er oft Jahre hindurch Albumen im Harn bei sonst normalem Wohlbefinden konstatiren können. Die Phenyl-Hydrazinprobe für Zucker sei wohl sehr empfindlich, doch für den praktischen Arzt nicht vortheilhaft, da sie zu viel Zeit in Anspruch nimmt. TELEKY empfiehlt die SEEGEN'sche Kohlenprobe, welche selbst $^1/_{100}$ perzentigen Zuckergehalt nachweisen lässt. Heute sei

die Frage noch nicht entschieden, ob der Zucker im Harne nicht zu den normalen Bestandtheilen gehört. Die SEEGEN'sche Probe könne innerhalb 3—5 Minuten ausgeführt werden und sei deshalb praktisch, weil die Kohle die reducirenden Substanzen zurückhält.

Dr. JOLLES entgegnet, dass die von TELEKY angeführten Fälle nicht beweisend seien, da bei anämischen Personen und bei älteren Leuten geringe Spuren von Albumen und hyaline Cylinder vorkommen können. Das schliesse aber einen einstweilen nicht diagnosticirbaren pathologischen Prozess nicht aus. Bei alten Leuten komme oft Nierencirrhose vor, die keine Beschwerden macht und erst am Secirtische erkannt wird. Was die Anwesenheit von Zucker im Harne anlangt, so seien die Proben deshalb nicht sicher, da nebst dem Zucker noch andere reducirende Substanzen im Harne vorkommen. Wie die Kohle diese Substanzen zurückhalten solle, könne er sich nicht erklären. *Dr. Em. Mandl.*

Medical society of London.

Hadden: *Ueber die Beziehung der Syphilis zu nervösen Krankheiten der Kinder.*

Sitzung vom 21. November 1892.

Die Rolle, welche die Syphilis in der Aetiologie nervöser Krankheiten des Kindesalters spielt, ist bisher noch wenig erforscht. Dieser Aufgabe hat sich HADDEN in seiner Eigenschaft als Arzt des Kinderhospitals zu London mit grosser Sorgfalt unterzogen. Insbesondere studirte er den Antheil, welchen die Syphilis in Fällen von Hemiplegie, Basalmeningitis und cerebraler Sklerose besitzt. Die klinischen Beobachtungen, welche bisher bekannt sind, sind nach Verfasser nur mit grosser Vorsicht zu verwerthen, und zwar nur, wenn sie durch Autopsie verificirt worden sind.

Die pathologische Anatomie der Veränderungen in den Gefässen bei Kindern, welche von einer Hemiplegie, Meningitis u. s. w. befallen worden, ist relativ wenig bekannt; meist tritt eine derartige Hemiplegie beim Kinde ganz unvermittelt und ohne scheinbare Ursache auf. So häufig, wie beim Erwachsenen die Arteriosklerose Folge syphilitischer Prozesse ist, so selten scheint sie es beim Kinde zu sein. Um so mehr scheint es hier geboten, bei derartigen, gelegentlich der Autopsie gefundenen Veränderungen auf andere Symptome von Syphilis zu fahnden. Das Material, aus welchem HADDEN seine Beobachtungen geschöpft hat, bezieht sich auf 40 Fälle nervöser Kinderkrankheiten. Dieselben können in 2 Gruppen geschieden werden, je nachdem die Krankheit post partum begann oder bereits auf das Intrauterin-Leben zurückgreift. Die zu dieser letzteren Gruppe gehörigen Fälle hängen wahrscheinlich von mechanischen Bedingungen ab, die zur Gehirnblutung schon während der Schwangerschaft oder doch zur Zeit der Entbindung führten. In einigen Fällen stellten sich die Symptome unmittelbar nach einer spezifischen Infektionskrankheit wie Scharlach oder Diphtherie ein, welche in der That auf den Ausbruch derartiger Leiden prädisponirend zu wirken scheinen. Häufiger bricht indessen die Krankheit ganz plötzlich, ohne nachweisbare Ursache, aus. Sie äussert sich dann in unvermuthet auftretenden Krämpfen bei Kindern, welche bis dahin scheinbar ganz gesund waren. Hier sind die Symptome Folge von Thrombose, Gehirnblutung u. s. w.

Von 25 Fällen mit plötzlichem Beginn fand man 9 Mal nicht die geringste Spur von Syphilis bei den Eltern, 11 Mal handelte es sich wahrscheinlich um Syphilis, in 2 Fällen war sie zweifellos vorhanden und in den übrig bleibenden 3 Fällen fehlten sichere Nachrichten. Verfasser betont im Anschluss hieran 1. die Wichtigkeit, welche der Nachweis der Häufigkeit arterieller Erkrankungen beim Kinde beansprucht, 2. die Rolle, welche die Syphilis in der Pathogenese dieser Krankheiten spielt, 3. die Rolle welche die Syphilis bei der Entwickelung der kongenitalen Idiotie beansprucht, 4. den Antheil, den sie bei der Pathogenese der Rindensklerose hat; endlich 5. die Bedeutung, welche das Quecksilber vom diagnostischen Standpunkt besitzt.

(Allgemeine medizinische Central-Zeitung Nr. 103, 1892.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Ansteckung, Ansteckungsfurcht und die bakteriologische Schule.

Von **Dr. med. Ottomar Rosenbach,**
Professor an der Universität Breslau.

Verlag von A. Zimmer. Stuttgart 1892.

ROSENBACH gehört zu den klinischen Autoren, welche nicht nur die Originalkraft eigener, von den ausgeschliffenen Bahnen des gewöhnlichen Denkens abweichender Anschauung besitzen, sondern auch den Mannesmuth haben, diese Meinung zu vertreten, selbst wenn dieselbe gegen die mächtig anschwellende Strömung ankämpft. Dies muss jeder Leser des vorliegenden, mit frischer, scharfer Feder geschriebenen Büchleins anerkennen, auch wenn er inhaltlich mit diesem nicht voll übereinstimmt. Von der historischen Erörterung des Begriffes der «Reinheit» in der Völkergeschichte ausgehend, legt Verf. mit warmen Worten dar, dass wir jetzt auf dem Wege sind, anstatt die gleiche Reinheit aller Menschen zu statuiren, die Erhaltung der Sauberkeit, also das rein äusserliche Merkmal, als das Ziel unseres Strebens hinzustellen und darüber die Verbesserung der sozialen Verhältnisse, auf die es allein ankömmt, zu vernachlässigen. Der egoistische Drang des Einzelnen, sich um jeden Preis rein, d. h. vor Ansteckung geschützt zu erhalten, führe zum viel grausameren Egoismus der Gesammtheit, die Unschädlichmachung aller Unreinen, also deren Isolirung oder Ausstossung zu erzwingen. Durch das Schlagwort, welches der Tagesgötze sei, werde das Streben der Volksseele nach Vervollkommnung in falsche Richtung gelenkt, und die Furcht benützt, um ein System der Bevormundung der Unwissenden abzuleiten. Während früher die Versuche der Bevormundung der Menschen an das Seelenheil anknüpften, so geschehe dies jetzt mit dem Wohle des Körpers.

Verfasser bekämpft nun die modernen Ansichten über Ansteckung, welche Furcht vor dem kranken Mitmenschen oder vor der umgebenden Natur erzeugen und willenlose Unterwerfung unter sogenannte Autorität veranlassen. Wäre, so deducirt ROSENBACH, die Gelegenheit zur Ansteckung auch nur annähernd so gross, als die Vertreter der heutigen Bakteriologie sie schildern, so würde sich kein Krankenpfleger und kein Arzt mehr der Gefahr aussetzen können und wollen. In der That aber sehe man, dass die Ansteckung der mit Krankenpflege Beschäftigten und ihrer Angehörigen durchaus nicht häufiger vorkommt, als in den Kreisen, die mit ansteckenden Kranken nichts zu thun haben. Der beste Schutz bleibe immer, den Kampf des Lebens muthig zu kämpfen und den eigenen Körper so zu stärken und abzuhärten, dass er widerstandsfähig wird und bleibt. Nicht der Zwang zur äusseren Sauberkeit bessere die Gesundheitsverhältnisse, sondern die Möglichkeit einer besseren Lebensführung mache den Menschen von selbst zum Kulturmenschen, der sich dann auch der Sauberkeit befleisse. Gegen den Feind, der unseren Körper bedroht, sei der beste Schutz, diesen vertheidigungsfähig zu machen. Die kleinsten Lebewesen seien ohnmächtig, so lange unser Organismus normal arbeite, wenn die schützenden Einrichtungen unseres Körpers in gutem Zustande seien. Die jetzt grassirende Ueberschätzung der Bedeutung der Mikroben als Krankheitsursachen bewirke eine weitere Schädigung unserer Erkenntniss dadurch, dass sie die vorurtheilsfreie Prüfung der Wege der Ansteckung verschliesse. Die Furcht vor den Bakterien sei auch in sozialer Beziehung beklagenswerth, denn unter ihrem Einflusse haben sich die wichtigsten Forderungen der Moral und Ethik verflüchtigt, Menschenliebe und Menschenfreundlichkeit seien durch die Bacillenfurcht in jüngster Zeit fremdartige Begriffe geworden. Verfasser beklagt es, dass durch die Bakterienfurcht, welche nur der Ausfluss falscher wissenschaftlicher Anschauungen sei, zu der schon bestehenden Trennung nach dem Besitzstande, noch die Scheidung von Gesunden und Kranken gefügt werde, und das Los der ansteckenden Kranken noch trauriger gestaltet werde, als es an und für sich sei.

Die wahre Hygiene sollte nicht überall in der Aussenwelt Feinde sehen, die «mit Salven von desinficirenden Mitteln zu vernichten seien», sondern sollte trachten, den Kämpfern im Kampfe des

Lebens die Hauptwaffen der Vertheidigung: Nahrung, Licht, Luft, Ruhe und Erholung zu verschaffen. Und mit lebendigen, gewiss aus wahrer, innerer Ueberzeugung stammenden, polemischen Ausführungen, zieht ROSENBACH gegen den «wissenschaftlichen Modegötzen», welcher Befriedigung der Anforderungen «der Laboratoriumswissenschaft, der Bakteriologie» fordere, los. Die Desinfektion verhalte sich zur Hygiene, wie sich die strenge Befolgung äusserer religiöser Vorschriften zur Erfüllung des Inhaltes der Moralgebote verhalte. Man scheine peinlich sauber, indem die Oberfläche der Dinge symbolisch gereiniget werde, aber man vernachlässige dabei die eigentliche innere Reinigung, d. h. die wahre Stärkung des Körpers. Statt des Verbotes der Nahrungs- und Genussmittel, solle man dafür sorgen, dass bestimmte Klassen der Bevölkerung überhaupt ordentlich zu essen bekommen, dass ihre Berufsarbeit nicht Körper und Geist erschlaffe, dass ihre Wohnung freundlich und luftig, der Schlaf genügend und auch Zeit zur Erholung vorhanden sei. Die Darlegung des Verfassers klingt in der Forderung aus, dass die Losung der Zukunftshygiene laute: «Nicht Bakterienfurcht und Desinfektionsmassregeln, sondern Verbesserung der Lebensbedingungen.» *Prof Kisch.*

Arznei-Verordnungslehre für Aerzte und Studirende der Medizin.

Von **Dr. Heinrich Paschkis,**

Dozent an der k. k. Universität in Wien.

Verlag von Alfred Hölder. Wien 1892.

Bekanntlich steht der junge Arzt trotz absolvirter Rigorosen meist im Anfange seiner Praxis der Rezeptirkunde recht rathlos gegenüber und erwirbt sich erst mit der Zeit eine gewisse Routine in diesem Zweige des ärztlichen Könnens. Diesem Uebelstande entgegenzuwirken bezweckt PASCHKIS' Buch. Zunächst findet man darin in wirklich sehr übersichtlicher Weise die pharmakeutischen Präparate und Operationen zusammengestellt, worauf die Arzneiformen — nach der Konsistenz geordnet — folgen. Zahlreiche Beispiele, die sich eingestreut finden, sind nicht nur gute Erläuterungen, sondern ersetzen auch bis zu einem gewissen Grade ein Rezepttaschenbuch. Das Werk, das einem praktischen Bedürfnisse Rechnung trägt, wird sich gewiss in der Praxis vortheilhaft bewähren, und wie des Verfassers «Kosmetik für Aerzte» rasche Verbreitung finden. Die Ausstattung ist eine sehr gute.

Umsturz der Harvey'schen Lehre vom Blutkreislauf

und Erklärung der natürlichen Blutbewegung.

Von **Dr. F. Ježek.**

Mit zahlreichen Abbildungen im Texte.

Verlag von Peter Hobbing. Leipzig 1892.

Verfasser läugnet die Richtigkeit der herrschenden Lehre von der Ursache und Mechanik des Blutkreislaufes und betrachtet die Schwankungen des Luftdruckes während der verschiedenen Phasen der Respiration als Grundbedingungen des Kreislaufes. Durch verschiedene Beobachtungen versucht er den Glauben an die bisher giltige Theorie zu erschüttern und die seine zu stützen. Es ist nicht zu verkennen, dass es dem Verfasser aufrichtig um die Sache zu thun ist und das er viel Arbeit und Mühe daran gewendet. Dass er dies ohne Erfolg gethan, dass er wohl niemand durch sein Buch von der Richtigkeit seiner Auffassung überzeugen wird, dessen sind wir gewiss. Die bisherige Lehre ist viel zu fest gegründet, um einem solchen Vorstoss zu weichen, sie wird auch weiterhin vollwerthig fortbestehen.

Zeitungsschau.

Büller: Beobachtungen über Natrium chloro-borosum als Antisepticum. (Münchener mediz. Abhandlungen, 2. Heft, 1892. — Zeitschrift für Therapie, Nr. 21, 1892.)

Der klinische Theil der Arbeit umfasst die zahlreichen klinischen Versuche, die Verfasser mit dem Präparate gemacht hat. Er verwandte es hier in folgenden Formen: als Liquor Natrii chloroborosi 15 Perzent, als Natrium chloro-borosi in folgender Zusammensetzung: Natrium chlorob. 10·0 Lanolin anhydric. 50·0 Paraffinliquid. 10·0 Aq. destill. 30·0 Ol. Rosar. gtt. 5—10. Endlich benutzte er mit Natrium chloro-borosum imprägnirte Verbandgaze und Watte aus der Verbandstoff-Fabrik von Paul Hartmann in Heidenheim. Bevor Verfasser letzteres Verbandsmaterial zur Verfügung stand, benutzte er sterilisirte Gaze, die in 1—3 Perzent aus dem Liquor hergestellte Lösungen des Präparates getaucht war. Die Wahl der Verbände traf Verfasser je nach der Art der Verletzung, entweder feucht oder trocken. Bei dem poliklinischen Material legte er die ersten Verbände fast stets feucht an, weil die Möglichkeit einer septischen Wunde doch immer vorhanden ist. Erst am zweiten Tage, wenn die Wunde rein und aseptisch schien, ging er dann [zum trocknen Dauerverband über, um die Wunde unter Luftabschluss und Verhinderung der Verdunstung zu einer trockenen Schorfbildung zu bringen. Bei schweren, unreinen Wunden jedoch, wo es ihm darauf ankam, dieselben lange offen zu halten, bediente er sich feuchter Verbände, indem er mit 1 Perzent aus dem Liquor hergestellter Lösung begann. Folgende Momente zog Verfasser bei seinen Versuchen besonders in Betracht: die Koncentrationen, innerhalb deren der Liquor anwendbar ist, Verhalten gegen die Wundsekrete bei Anwendung von Liquor, Pulver oder Salbe, die Erscheinungen in der Umgebung der Wunde; ferner den Verlauf und die Heilungsdauer der einzelnen Fälle; die Frage nach der spezifischen Wirkung des Antisepticums, Vergleich desselben mit andern Antisepticis, etwaige störende Nebenerscheinungen: Einwirkung auf die Instrumente, Einfluss auf die Hände des Operateurs, Bildung von Niederschlägen.

Verfasser erprobte das Natrium chloro-borosum an Schnittwunden, Bisswunden, Stichwunden, Quetschwunden, ferner an eitrigen Entzündungen: Abscessen (akute primäre Abscesse, eitrige Lymphdrüsenentzündung, Abscesse in Folge traumatischer Veranlassung); Panaritien, Phlegmonen; sodann an Verbrennungen. Von chronischen Fällen wandte er es an bei Hautkrankheiten (Herpes, Lupus, Erysipeloid, Ekzem), bei Geschwüren. Endlich benutzte er es auch bei kleineren Operationen. Im Ganzen waren es 58 Fälle, von denen 29 als geheilt entlassen wurden, während die übrigen 29 nicht bis zum endgiltigen Heilresultat verfolgt werden konnten, da 11 eine längere Behandlungszeit erforderten, 18 sich der Behandlung entzogen. Verfasser theilt in seiner Abhandlung die Krankengeschichten aller Fälle mit, bezüglich deren wir natürlich auf die Abhandlung selbst verweisen müssen. Er kommt dabei zu folgenden Resultaten:

Die frischen Verletzungen, Verwundungen, akuten Fälle von Entzündung mit Ausgang in Eiterung kamen fast durchweg reaktionslos zur Heilung. Eine Verkürzung im Heilverlauf konnte nicht beobachtet werden. Bei reinen Wunden genügte eine einperzentige Lösung aus dem Liquor zu einem vollkommen aseptischen Heilverlaufe. Bei eiternden Wunden verwandte er 3—5 perzentige Lösungen aus dem Liquor. Hierbei traten niemals irgendwelche Reizerscheinungen in der Wunde auf. Zähe Wundsekrete kommen bei Anwendung von feuchten Verbänden leichter zur Lösung, eine Erscheinung, die Verfasser auf die alkalische Beschaffenheit des Antisepticums zurückführt. — Auch das Pulver übte an Wunden keinen störenden Einflus aus. Das Pulver verklebte mit dem Sekrete stets zu einem festen trocknen Schorf. Auch bei Abscessen, Panaritien und Phlegmonen wurde in Verbindung mit operativen Eingriffen durch den 3—5 perzentigen Liquor ein aseptischer Heilverlauf erzielt. Nicht minder bei den kleineren Operationen verlief die Heilung reaktionslos. Was schon NUSSBAUM angab, dass mit Natrium chloro-borosum imprägnirte Stoffe zweckmässige Verbandmittel seien, konnte Verfasser bestätigen. — Bei Verbrennungen ersten Grades benutzte Verfasser den Liquor zu kühlenden Umschlägen, bei Verbrennungen

mit Blasenbildung und Sekretbildung wurde das Streupulver und die Salbe mit Erfolg angewandt. Bei chronischen Ekzemen und Fussgeschwüren erwies sich das Präparat in den verschiedenen Formen als nicht besonders wirksam; auch Eiterungen zu beseitigen erwies es sich nicht im Stande.

Verfasser hat endlich das Natrium chloro-borosum bei Ohren- und Nasenkrankheiten versucht, und zwar, was seine Resultate besonders beweisend erscheinen lässt, an klinischem Material; er fasst seine Ergebnisse in folgenden Satz zusammen: Das Natrium chloroborosum pulverisatum ist in der Ohren- und Nasenheilkunde nicht zu verwerthen, es verballt im Ohr zu einem festen Klumpen und kann durch Retention von Eiter sogar gefährlich werden.

Am Schlusse seiner Arbeit formulirt Verfasser seine Resultate betreffend den antiseptischen und therapeutischen Werth des Natrium chloro-borosum folgendermassen:

1. Das Natrium chloro-borosum ist als Liquor (3—5 Perzent) ein mildes, wirksames Antisepticum
2. Der Liquor hat vor anderen Antisepticis den Vorzug, dass er indifferent, klar löslich, wasserhell und relativ ungiftig ist, den Nachtheil, dass er bei längerem Stehen an antiseptischer Kraft einbüsst.
3. Im Pulver, sowie dessen Lösung, konnte Verfasser eine antiseptische Eigenschaft nicht finden; es konnte ihm nur der Werth eines antiseptischen Streupulvers zugeschrieben werden.
4. Für die Ohren- und Nasenheilkunde ist das Pulver als unbrauchbar, ja gefährlich zu verwerfen.
5. Eine direkt spezifische Wirkung des Natrium chloro-borosum konnte nicht konstatirt werden.
6. Hände und Instrumente werden vom Liquor nicht angegriffen.

Meltzer (New-York): **Eine Atropin-Intoxikation nach epidermatischem Gebrauch einer Belladonna-Salbe.** (Sonderabdruck aus der New-Yorker Medizinischen Monatsschrift.)

Die lange Controverse über die Resorbirbarkeit von nicht flüchtigen Medikamenten durch die intakte Haut ist noch keineswegs zur Ruhe gekommen. Von dem neuerdings eingeführten Lanolin als Salbengrundlage verspricht man sich in klinischen Kreisen einen fördernden Einfluss auf die Resorption des beigegebenen Medikaments, während LIEBREICH selbst, der Entdecker des Lanolin, eine Resorption ausdrücklich in Abrede stellt und nur eine bessere lokale Imprägnirung in die Haut vom Lanolin erwartet; ja gerade darin soll nach LIEBREICH eben der Vorzug des Lanolin sein, dass man mit seiner Hilfe eine lokale Sättigung mit einem differenten Mittel erzielen kann, ohne die Nachtheile einer Allgemeinwirkung befürchten zu müssen. Vollends wird neuerdings jede Resorption von der intakten Haut aus ganz entschieden in Abrede gestellt in einer ausführlichen Arbeit von GAINARD (Lyon méd. 1891, Nr. 36—38), dessen vielfältige und gründliche Experimente (angestellt im Laboratorium des Prof. ARLOING zu Lyon) als einwandsfrei und überzeugend hingestellt werden. Dieser bestimmten Verneinung gegenüber scheint die Publikation von solchen klinischen Beobachtungen angebracht zu sein, welche eine gewisse Resorptionsfähigkeit der Haut zu demonstriren geeignet sind. In den letzten Tagen hat MELTZER einen einschlägigen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt der wichtig genug ist um ihn ausführlich mitzutheilen.

Frl. L. klagte über eine Reihe von Beschwerden, von denen sie seit 8—10 Tagen heimgesucht wird. Sie verspüre eine ausserordentliche Schwäche in den Beinen, so dass sie kaum gehen und stehen könne, leide beständig an Schwindel, Kopfweh, Uebelkeit, bitterm Geschmack, sehr trockenem Mund, Appetitlosigkeit. Die Patientin selbst bezeichnete ihr Leiden kurzweg als Malaria. Eine objektive Untersuchung ergibt nur einen frequenten Puls, aber kein Fieber und auch sonst keinen greifbaren Anhaltspunkt für eine Diagnose. MELTZER entsann sich, dass Patientin vor etwa 6 Wochen wegen pruritus ani consultirt hatte und erkundigte sich nach ihrem jetzigen Zustande. Damit ist es in Ordnung, meint sie, es gehe ihr viel besser, sie gebrauche aber noch immer die Salbe, welche ihr damals verschrieben wurde, sie habe schon mehrere Töpfchen davon verbraucht, sie verspüre eben, dass die Salbe ihr sehr «gut thue». Nun hatte MELTZER seine Diagnose; die Salbe enthielt Extr. belladonnae in Lanolin (1:30). MELTZER konstatirte auch gleich, dass die Pupillen dilatirt waren und frug sie, ob sie gut sehen könne. Ach ja, die Hauptsache habe sie beinahe ganz vergessen: sie könne manchmal fast gar nichts sehen, manchmal wiederum sehe sie ganz absonderliche Dinge. Sie empfinde auch einen starken Druck über den Augen, obschon der Hauptschmerz im Hinterkopf sitze. Sie leide auch an Kratzen und starker Trockenheit im Halse und sei oft ganz heiser. Stuhlgang habe sie jetzt sogar leichter als früher, aber mit dem Wasserlassen will es oft nicht recht gut gehen.

Die Patientin litt also an Muskelschwäche, Schwindel, Schmerz im Hinterkopfe und in der Supraorbital-Region, gestörtem Sehen, dilatirten Pupillen, frequentem Puls, Trockenheit von Mund und Hals u. s. w. Dieser Symptomenkomplex ist ganz charakteristisch für Vergiftungen mit mittleren Dosen von Atropin. Da die Patientin sonst keine Belladonna- oder Atropinpräparate gebraucht hatte, so nahm ich daher an, dass die Einreibung der erwähnten Salbe alle Beschwerden verursacht hätte. Um für meine Annahme einen weitern Beweis zu haben, verordnete ich der Patientin weiter nichts als die Weglassung der Salbe. Nach vier Tagen berichtete Frl. L, dass alle Beschwerden sie verlassen haben und dass sie nunmehr vollkommen wohl sei; auch Pulsfrequenz und Pupillenweite normal.

Es kann demnach nach MELTZER wohl keinem Zweifel unterliegen, dass in diesem Falle die epidermatische Einreibung einer dreiprozentigen Belladonnasalbe eine charakteristische Allgemeinvergiftung hervorgebracht hat; die intakte Haut erwies sich in diesem Falle resorptionsfähig. Die gewöhnliche Einwendung, dass es sich vielleicht gar nicht um eine Hautresorption, sondern nur um Verdunstung und subsequente Inhalation des eingeriebenen Medikamentes handelt, kommt hier wohl gar nicht in Betracht, da Belladonna nicht flüchtig ist; und dann ist auch die in Rede stehende Localität durch Kleidung vor Verbreitung flüchtiger Stoffe einigermassen ausreichend geschützt. Eine haltbarere Einwendung könnte gemacht werden gegen die Voraussetzung, dass es sich um eine intakte Epidermis handelte. Da die Patientin über Pruritus klagte, so wäre es wohl denkbar, dass durch heftiges Kratzen die Haut an verschiedenen Stellen von ihrer Epidermis entblösst gewesen wäre und somit würde es sich in diesem Falle gar nicht um eine epi- sondern nur um eine endermatische Einreibung gehandelt haben, von welcher eine Resorption selbstverständlich erwartet worden könnte. Dem gegenüber muss ich zunächst betonen, dass ich durch eine Inspektion mich von der Intaktheit der bezüglichen Epidermis überzeugt habe. Ferner ist aber noch Folgendes zu bedenken: Das Jucken und somit auch das Kratzen waren gerade zu Beginn der Einreibung am stärksten. Wenn nun die Vergiftung auf die hypothetischen Kratzwunden zurückzuführen wäre. dann müssten die Vergiftungserscheinungen gleich zu Anfang am deutlichsten hervorgetreten sein. In Wirklichkeit jedoch zeigten sich Vergiftungssymptome erst vier Wochen nach Beginn der Einreibungen, zu einer Zeit also, wann fast gar kein Jucken mehr da war.

Einige Umstände mögen indessen die Entstehung der Vergiftung in diesem Falle besonders begünstigt haben, deren Hervorhebung ein praktisches Interesse haben dürfte und vielleicht auch zur Lösung des Widerspruches mit den experimentellen Ergebnissen GAINARDS u. A. beitragen könnten, da die erwähnten Umstände bei den experimentellen Untersuchungen möglicherweise noch nicht in Betracht gezogen worden sind.

Als ein günstiger Umstand für die Resorption könnte die in MELTZER's Falle in Betracht kommende Lokalität angesehen werden. Wenn man nämlich auch annimmt, dass Medikamente durch die intakte Haut resorbirt werden können, so meint man keineswegs, dass die intakte Epidermisschicht einfach durchlässig ist. Man stellt sich vielmehr vor, dass die medikamentösen Stoffe durch die Poren der Talg- und Schweissdrüsen in die knäuelförmigen und acinösen Höhlen derselben eindringen und von da durch Uebergang in die umgebenden Lymph- und Capillargefässe in die allgemeine Circulation befördert werden. Nun ist es aber bekannt, dass die Drüsen der Analgegend (Gl. circum Anales) durch besondere Grösse ausgezeichnet sind. Somit dürften die Drüsen gerade dieser Gegenden

für die Vermittelung der Resorption besonders geeignet sein, indem sich eine grössere Quantität Salbe in diese Drüsen einreiben liesse. Dabei will ich erwähnen, dass auch die Drüsen der Achselhöhle durch Grösse sich auszeichnen, eine Region, die von Manchem in der That für eine resorbirende Einreibung benutzt wird.

Als besonderes Hinderniss für das Eindringen von medikamentösen Stoffen in die Drüsengänge werden die Anfüllungen dieser Gänge mit Drüsensekret angesehen. In dem von mir angeführten Falle zeichnete sich die erkrankte Hautpartie durch besondere Trockenheit aus, die wahrscheinlich die Ursache des Pruritus war. Man könnte danach annehmen, dass die bezüglichen Drüsen nur wenig secernirten, die Gänge nicht zu sehr ausgefüllt waren, was wiederum vielleicht als ein begünstigender Umstand für die Resorption in diesem Falle beigetragen haben mag.

Ein beachtenswerther Punkt liegt ferner in der Thatsache, dass die Vergiftungssymptome erst 4—5 Wochen nach Beginn der Einreibung aufgetreten sind. Bei einem andern Präparate z. B., könnten wir die lange Dauer auf eine kumulative Wirkung zurückführen, man könnte sagen, dass die Resorptionsfähigkeit an sich immer dieselbe bleibt; nur bringt jede einzelne Einreibung blos minimale Dosen in das System hinein, die noch nicht toxisch wirken. Erst nach wochenlangen Einreibungen accumuliren sich die minimalen Quantitäten zu einem wirksamen Grade. Bei Atropin wissen wir jedoch, dass es den Körper in kurzer Zeit wieder verlässt; wir haben es ja auch in unserm Falle gesehen, wie bereits nach vier Tagen alle Vergiftungszeichen verschwunden waren. Von einer auf Wochen sich belaufenden Accumulation kann bei Atropin nicht die Rede sein und wir können demnach das späte Eintreten der Vergiftung unmöglich auf eine Accumulation des Giftes zurückzuführen. Ich denke mir vielmehr, dass die Resorptionsfähigkeit selbst mit der fortgesetzten Einreibung sich stets verbessert habe. Zuerst drang vielleicht gar nichts oder nur subminimale, nicht toxische Dosen bei jeder Einreibung in das Blutsystem hinein. Bei der fortgesetzten Einreibung verbesserte sich die Resorptionsfähigkeit immer mehr, so dass nach einigen Wochen schliesslich eine ein- oder mehrmalige Einreibung genügte, um einen toxischen Effekt zu bewirken und zu unterhalten. Es scheint mir ganz plausibel anzunehmen, dass bei einem länger dauernden Hineinpressen von Salbe in die Hautdrüsen der Höhlen derselben stets mehr und mehr erweitert und die Epithelzellen der Drüsenwandungen auseinander gedrängt werden, wodurch bessere Verbindungswege zwischen der Drüsenhöhle und den die Drüse umgebenden Lymph- und Capillargefässen hergestellt werden. Ich bezweifle, ob diejenigen Untersucher, welche der Haut jede Resorptionsfähigkeit absprechen, auch die Effekte einer langdauernden Einreibung in den Kreis ihrer Experimente gezogen haben. Und doch hat meine Annahme, dass die Resorptionsfähigkeit der intakten Haut mit der häufigen Wiederholung der Einreibung wachse, eine eminent praktische Bedeutung. Bei der Fortsetzung der Einreibung könnte es auch dahin kommen, dass schliesslich auch eine tödtliche Dose auf einmal resorbirt werden wird. Wenn ich z. B. in meinem Falle nicht sogleich auf die richtige Fährte gekommen wäre, dann hätte die Patientin die Einreibungen sicherlich fortgesetzt. Wer weiss, wie bald die Resorptionsfähigkeit auch die Maximaldose überschritten hätte! Dabei war meine Salbe nur eine dreiprozentige. Gewöhnlich wird sie aber viel stärker gebraucht. Ich habe Formeln verzeichnet gefunden, wonach Extr. belladonnae geradezu die Hälfte der Salbe ausmacht! Es ist anzunehmen, dass dann die Intoxikationsgrenze viel früher erreicht wird. Und dennoch hat MELTZER nirgends eine diesbezügliche Warnung gefunden.

Kamienski: Ueber den Beginn der Hysterie beim Kinde.*) Ein Versuch, die Ursache der hysterischen Erscheinungen aufzuklären. (Gazeta Lekarska 1892.)

Verfasser hebt die Wichtigkeit kasuistischer Beobachtungen hervor und erklärt den Mangel so wichtiger, den psychischen Zustand hysterischer Kinder betreffender Observationen in der Literatur damit, dass die Aerzte meist nicht in der Lage sind, die Kinder in ihren täglichen Lebensbedingungen und in ihrer täglichen Umgebung zu beobachten, zu einer Zeit, wo dieselben scheinbar physisch und moralisch noch normal sind und sich ihr krankhafter Zustand noch nicht auffällig gemacht hat. In einer überaus anschaulichen und detaillirten Schilderung eines krankhaft beanlagten, zur Hysterie disponirten Kindes in seinen moralischen, psychischen und somatischen Beziehungen, in seinen Gewohnheiten, Trieben, Neigungen, in seiner Lebensweise u. s. w., wird auf die zahlreichen kleinen fast noch physiologischen Störungen in den Funktionen des Nervensystems aufmerksam gemacht, ihre Bedeutung durch pathologische Analogien aus der Literatur beleuchtet und auf die moralisch die Hysterie hervorrufenden Einflüsse hingewiesen.

Da die den motorischen, sensiblen und trophischen Störungen frühzeitig vorausgehenden psychischen Anomalien den Grundcharakter der hysterischen Störungen bilden, muss die abnorme Funktion der obersten Gehirncentren als Ursache der Hysterie angenommen werden. Dafür spricht auch der Umstand, dass die Aufhebung der Gehirnfunktion ein Uebergewicht gerade jener Reflexaktionen hervorrufen kann, die bei Hysterie am auffälligsten hervortreten. Wenn nun also die Hysterie eine Rindenneurose ist und auf Störungen im psychischen Leben beruht, so können diese betreffen entweder die Gefühls-, Vorstellungs- oder Willenssphäre. An die erstere konnte aus verschiedenen Gründen gar nicht gedacht werden. In der Vorstellungssphäre kann die Ursache z. B. bei hysterischen Paresen beruhen entweder auf dem Ausfall der bei Gesunden vorhandenen Bewegungsvorstellungen und ihrer Associationen oder auf dem Auftreten einer neuen bewegungshemmenden Vorstellung von der Unmöglichkeit der Bewegungen. CHARCOT wie auch MOEBIUS scheinen das Letztere anzunehmen. Allein Hysteriker besitzen weder die Fähigkeit klare und feste Vorstellungen auszubilden, noch ihre Aufmerksamkeit durch längere Zeit auf einen Gegenstand zu koncentriren, was zur Erzeugung deutlicher somatischer Erscheinungen erforderlich ist, wie dies der Fall von STAUBERT, das Experiment von HACK-THUKE beweist und wie dies bei Geisteskrankheiten der Fall ist. Bei Hysterischen können die schwächsten und wichtigsten Eindrücke sehr intensive Bewegungsphänomene veranlassen und doch besitzen ihre Vorstellungen nie jene Intensität, Klarheit und Konsequenz um ihnen die so eklatanten und anhaltenden somatischen Störungen, wie Paresen, Kontrakturen, Anästhesien u. A. zuschreiben zu können.

Andererseits würde aber die blosse Entstehung der Vorstellung nicht ausreichen um die hysterischen Erscheinungen zu erklären. Man müsste dazu noch eine Prädisposition nach Art der CHARCOT'schen «Trübung des Selbstbewusstseins» voraussetzen, die überdies so lange anhalten müsste, wie die resp. hysterischen Symptome, was bei Hysterikern, die im Allgemeinen gegen ihr Leiden gleichgiltig sind, nicht wahrscheinlich ist. Selbst für die Fälle von hystero-epileptischen Anfällen mit gleichzeitigen Hallucinationen will KAMIENSKI die Vorstellungen (Hallucination) nicht als Ursache sondern als sekundäres koordinirtes Symptom ansehen, was mit der Inkongruenz der dabei auftretenden Bewegungen mit den Vorstellungen in den früheren Stadien des Anfalles und mit dem späteren Hinzutreten der Hallucinationen, die als Ursache doch hätten vorausgehen müssen, begründet wird. Es scheint vielmehr, dass die Hallucinationen auf reflektorischem Wege durch die Bewegungen ausgelöst werden, während die unmittelbare Ursache beider in der Entladung der angehäuften nervösen Energie zu suchen ist. Auch die Möglichkeit die Hallucinationen durch Suggestion zu unterbrechen und zu modificiren, ähnlich wie bei Alkoholikern und Hypnotikern, spricht für die geringe Intensität der Vorstellungen und gegen ihre Annahme als Ursache so intensiver Bewegungen.

Auch nach der Theorie BENEDIKT's von dem gestörten Gleichgewichte des Nervensystemes muss die Hirnrinde, der Schwerpunkt desselben als Sitz der Krankheit angenommen werden. Da nun von den Funktionen der Hirnrinde die sensible und Vorstellungssphäre ausgeschlossen werden können, muss die Störung in der Willenssphäre liegen. Als erstes Faktum der Entwickelung der Nerventhätigkeit ist die Anhäufung nervöser Energie zu betrachten, deren Entladung impulsive spontane Bewegungen auslöst. In dem Grade als sich andere Funktionen des Nervensystemes, die Sinnes-

organe entwickeln, verschwinden jene und treten die reflektorischen, instinktiven und nachahmenden Bewegungen und Funktionen an ihre Stelle. Diese Bewegungen und Funktionen müssen nicht nur früher ausgebildet, sondern auch als klare Vorstellungen im Apperceptionsorgane (in der Gehirnrinde) fixirt sein, bevor sie willkürlich durch dem Willen hervorgebracht werden können, wozu eben die Konzentrirung der Aufmerksamkeit auf die empfangenen Eindrücke und Empfindungen erforderlich ist. Neben dieser fortschreitenden Entwickelung des Willens und des Ueberganges der Funktionen niederer Kategorie in höhere, willkürliche, findet auch eine regressive Entwickelung des Willens statt, indem ursprünglich bewusste und willkürliche Bewegungen später auch unwillkürlich zu Stande kommen können, während andererseits die ursprünglich nur auf die willkürlichen Muskeln beschränkte Macht des Willens stufenweise auch auf die zuvor vom Willen unabhängigen Muskeln, auf die vasomotorischen und Sinnesnerven übergeht. In gleicher Weise werden auch die Beobachtungen und Eindrücke seitens der Sinnesorgane und der Gefühle, deutlicher, bestimmter und intensiver durch den Einfluss der fortschreitenden Entwickelung des Willens, dessen regressive Entwickelung (Desintegration) sich auch hier äussert, indem die Beobachtungen und Empfindungen schliesslich vom Willen unabhängig und unwillkürlich als Angewöhnungen, moralische Instinkte u. s. w. bestehen können. Sowohl über die Bewegungen, als auch über die Beobachtungen und Eindrücke gewinnt der Wille bald auch eine hemmende Kraft, einen unterdrückenden Einfluss, der sich später ebenfalls instinktiv und unbewusst geltend machen kann und wird somit zu einer alle anderen Funktionen kontrollirenden und ergänzenden Funktion, zum Schwerpunkt des Nervensystemes, dessen Gleichgewicht, die Vertheilung der Nervenenergie von ihm abhängig ist.

Nun wird gezeigt, wie alle die einzelnen Störungen in dem eingangs erwähnten Falle wie auch die bei der ausgebildeten Hysterie vorkommenden sich auf die mangelhafte Entwickelung des Willens, auf das unklare Vorstellungsvermögen und den Mangel der unbewussten Hemmungskraft in Folge der Willensschwäche zurückführen und damit erklären lassen. Die hystero-epileptischen Anfälle werden erklärt durch die häufigen ungeregelten Entladungen der nervösen Energie in Folge der mangelhaften Kontrolle seitens des Willens. Die Anhäufung von Zerfallsprodukten im Blute und der gehemmte Abfluss des Blutes vom Gehirne durch die anhaltenden Muskelkontraktionen begünstigen die Entstehung der Hallucinationen. Durch die Willensschwäche und die unregelmässige Vertheilung der Nervenenergie komme es zu keinen deutlichen, sinnlichen Ein-Eindrücken und Vorstellungen und daraus erklären sich nach Verfasser die sensiblen Störungen, Anäthesie. Hyperästhesie, Kontrakturen u. A. Transfer komme zu Stande durch die Koncentrirung der Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Stelle, wodurch die Gefühlsbilder daselbst erwirkt, deutlicher auftauchen, während sie auf der anderen symmetrischen Seite durch Ablenkung der Aufmerksamkeit von derselben getrübt werden. Die vom Verfasser ausgeführten Erwägungen und angeführten Fakten lassen sich in folgender Weise zusammenfassen: 1. Die Hysterie ist eine Krankheit der psychischen Entwickelung, welche auf Grund hereditärer Belastung im Kindesalter beginnt, wo auch die therapeutische Intervention am wirksamsten ist. 2. Diese fehlerhafte psychische Entwickelung beruht auf der Ausbildung undeutlicher sensorischer und motorischer Bilder im Geiste der Hysteriker. 3. Die unmittelbare Folge davon ist die mangelhafte Ausbildung des Willens und diese bildet das Wesen der Hysterie. 4. Der Willensmangel bewirkt eine übermässige psychische und muskulöse Agilität, wodurch jede Erregung leicht auf die motorischen Bahnen übergeht. 5. Die sensiblen Störungen bilden nicht den Grundcharakter dieser Krankheit, die sogenannten Stigmata hysterica, sondern die Störungen in der motorischen Sphäre konkomitirende und complicirende Symptome. 6. Der Hysteriker, seiner geistigen Fähigkeiten ungeachtet, bleibt in psychischer Beziehung ein Kind, dessen Gehirn das Gleichgewicht fehlt.

Bei der Behandlung der kindlichen Hysterie muss das Hauptgewicht auf die Entwickelung eines starken Willens gelegt werden, durch Ausbildung der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der moralischen Instinkte. Der Unterricht in fremden Sprachen, in Musik und Geschichte, wird vom Verfasser verworfen, hingegen der in den klassischen Sprachen und der Mathematik anempfohlen, weil diese Disziplinen verhältnissmässig wenig Fakten lehren, dafür das Kind zwingen, seine Aufmerksamkeit immerfort nach einer Richtung zu lenken und die einmal erworbenen Kenntnisse fortwährend zu verwerthen und festzuhalten. Die FROEBEL'schen Schulen sind schädlich, weil sie die Aufmerksamkeit nicht hinreichend fesseln und Oberflächlichkeit angewöhnen, Zerstreutheit grossziehen. Die moralische Erziehung hat zur Aufgabe die Wirkung und Entwickelung der moralischen Instinkte. Zur psychischen Behandlung zählt Verfasser die Hydrotherapie, namentlich Begiessungen mit kaltem Wasser und Gymnastik. Beide setzen die Uebererregbarkeit der peripheren Nerven herab und hemmen die Entladung der nervösen Energie auf den motorischen Bahnen. Gymnastik bewirkt überdies die Ausbildung klarer Bewegungsbilder. Bewegungskoordinationen und die Hemmung der Mitbewegungen, Sie bildet eine Uebung der Nervencentren und da alle diese mit einander in enger Verbindung stehen, übt die Gymnastik indirekt auch einen günstigen Einfluss auf die Willensaktion aus.

Die Isolirung ist von Vortheil, wegen der Ablenkung der Aufmerksamkeit seitens der Umgebung von dem Kranken. *Dr. Spira.*

Rosenbaum: Warum müssen wir schlafen? Eine neue Theorie des Schlafes (Centralblatt für klinische Medizin Nr. 49, 1892.)

Der Schlaf ist derjenige Zustand unseres Bewusstseins, in welchem die psychischen und physischen Kräfte unter der gewöhnlichen Norm derjenigen des Wachens je nach Individualität mehr oder weniger herabgesetzt oder unter Umständen gänzlich aufgehoben sind. Die Herabsetzung der Kräfte ist die Folge der vorangegangenen Ermüdung des Nervensystems durch die geleistete Thätigkeit im Wachen oder nur des Wachens selbst. Das eigentliche Wesen der Ermüdung besteht in einer Quellung der Nervenzellen, im zunehmenden Wassergehalt der Nervensubstanz.

Die Wasserzunahme steht im umgekehrten Verhältniss zu der Nerventhätigkeit; je grösser der Wassergehalt, um so kleiner die Erregbarkeit, die bis zum völligen Schwinden abnehmen kann.

Die Wasserzunahme entsteht durch die chemische Umsetzung der Nervensubstanz, welche während und in Folge der Thätigkeit stattfindet. Dieses durch die Thätigkeit entstandene Wasser wird nun durch die Lunge in Form von Wasserdampf exspirirt; ein kleiner Theil schon während des Tages der grösste Theil aber während der Nacht im Schlafe.

Die Aufnahme des Wassers aus den Organen in das venöse Blut geschieht nach dem Gesetze der Hydrodiffusion und ist abhängig von der Menge und Dichtigkeit des Blutes, vom Gehalte an festen Bestandtheilen, Umlaufszeit des Blutes etc. Die Abgabe an die Luft geschieht nach dem Gesetze der Gasdiffusion und ist abhängig von dem Luftdrucke und Gehalte des Wassers etc.

Durch das ungleiche Verhältniss der Wasserzunahme zu der Nerventhätigkeit werden solche Centren, die eine niedere Summe von Arbeit lieferten, auch früher erwachen, es wird daher ein partieller Schlaf und partielles Wachen zu gleicher Zeit stattfinden. Die Ideen werden nicht associirt können; der Schlummernde wird träumen. Sind ein Theil der Centren und motorischen Nerven einerseits wach genug, dass sie Bewegungsimpulse abgeben und diese auch in mechanische Arbeit umsetzen können, aber die übrigen Centren andererseits noch in so tiefem Schlafe, dass sie eben durch diese Reize nicht erwachen können, so ist das Somnambulismus. Traum und Somnambulismus kommen in eigentlichen, wirklichen und gesunden Schlafstadien nicht vor.

Die im Organismus zur Assimilation bereiteten und aufgespeicherten Nahrungsstoffe setzen sich an Ort und Stelle des während des Schlafes ausgeschiedenen Wassers an. Die Neubildung der körperlichen und seelischen Kräfte nach dem Schlafe geschieht in Folge des während des Schlafes exspirirten Oxydationswassers und an dessen Stelle aufgenommener und assimilirter Nahrungsstoffe, also durch Ansatz neuer Substanz. — Die Intelligenz steht im umgekehrten Verhältnis zu dem prozentualischen Wassergehalt des Gehirns und ist nach dieser zu messen; Wenigstens beim Kinde.

Standesfragen und Korrespondenz.

Der neue Steuergesetzentwurf und die Aerzte.

Der ärztliche Verein des II. Bezirkes in Wien hat in der Plenarversammlung vom 6. Dezember d. J. den projektirten Steuergesetzentwurf durchberathen und die nachfolgende, von Dr. GLATTAUER verfasste und wohlbegründete Petition einstimmig angenommen. Gleichzeitig wurde der Beschluss gefasst, diese Petition, welche dem hohen Reichsrathe überreicht wird, sämmtlichen ärztlichen Korporationen zuzusenden und sie im Interesse des ganzen ärztlichen Standes zu bitten, dass sie dieselbe, oder eine ähnlichen Inhaltes, ebenfalls an die beiden Häuser des Reichsrathes übergeben mögen. Nur durch einträchtiges Zusammengehen ist Hoffnung vorhanden, unsere Wünsche durchzusetzen und uns vor die in dem projektirten Gesetze schier erdrückenden Steuerlasten zu schützen.

Die Petition lautet wörtlich:

Hohes Haus der Abgeordneten!

Der am 19. Februar 1892 von Sr. Excellenz, dem Herrn Finanzminister, vorgelegte Steuergesetz-Entwurf wurde vom unterzeichneten ärztlichen Vereine einer eingehenden Prüfung in seiner voraussichtlichen Wirkung auf die ärztlichen Verhältnisse unterworfen und wurde allgemein die Besorgnis kund, dass das projektirte Gesetz in seiner jetzigen Fassung von einschneidender Wirkung auf die ohnehin recht trostlosen ärztlichen Verhältnisse sein wird.

Das in der Regierungsvorlage enthaltene Versprechen, dass mit diesem Gesetzentwurfe eine gerechte Vertheilung der Steuerlast auf die Steuerpflichtigen erzielt werde, kann der ärztliche Stand nicht auf sich beziehen, weil sich bei der Berechnung herausstellt, dass er unverhältnissmässig hoch besteuert sein wird.

In erster Reihe findet nach dem vorliegenden Gesetzentwurfe laut § 1 des I. Hauptstückes eine den ärztlichen Stand schwerbelastende Neuerung, nämlich die Ausdehnung der Erwerbsteuerpflicht auf die von dieser Abgabe bisher befreiten Aerzte statt.

Der ärztliche Stand nimmt durch seine Berufspflichten im praktischen Leben eine solche Ausnahmsstellung ein, dass er mit vollem Rechte auch erstreben zu dürfen glaubt, eine Ausnahmsstellung in der Steuergesetzgebung einzunehmen, welche ihm Befreiung von der allgemeinen Erwerbsteuer zuerkennen sollte.

Schon die Aufgabe des ärztlichen Berufes, jederzeit Selbstlosigkeit zu üben, das eigene Interesse stets dem des ärztliche Hilfe Suchenden unterzuordnen, bringt es mit sich, dass die berufsmässige, Thätigkeit nicht als Hauptgrund des Erwerbes angesehen werden kann. Der Beruf des Arztes soll ihm womöglich die Mittel zum Lebensunterhalte gewähren, aber als gewinnbringendes Unternehmen wird die ärztliche Praxis von keinem Arzte betrieben und könnte es auch gar nicht bei den heutigen Zeitumständen, selbst wenn der Wille oder das Streben darnach vorhanden wäre.

Abgesehen von diesen Gründen glauben die Aerzte auch deshalb die Befreiung von der Erwerbsteuer anstreben zu dürfen, weil sie, wie keine andere Berufsart, auserkoren sind, dem Staate und den Gemeinden eine unendlich grosse Anzahl von Diensten zu leisten, welche in gesundheitlicher Beziehung im Interesse des allgemeinen Wohles ganz unentgeltlich geleistet werden. Während beispielsweise den Advokaten für ihre dem Staate geleisteten, unentgeltlichen Dienste ein Aequivalent in der Zuweisung von Konkursen geboten wird, hat man bisher in keiner Weise auch nur versucht den Aerzten für die vielen ihnen aufgetragenen sanitätspolizeilichen Obliegenheiten ein Aequivalent zu bieten. Die uns aufgezwungene, doch stets gewissenhaft ausgeführte Unterstützung der Staatsverwaltung für das allgemeine sanitäre Wohl, die Erkenntniss, dass die praktischen Aerzte nothwendige Helfer für die Erhaltung der Volksgesundheit, insbesondere für die Verhütung ansteckender Krankheiten u. s. w. sind, führen ganz von selbst dazu, dass die Aerzte ein Recht haben, zu verlangen, dass ihnen in gleicher Weise, wie bisher, die Befreiung von der Erwerbsteuer zutheil werde.

Ein drittes und vielleicht das wichtigste Moment für diese angestrebte Befreiung ist der sogenannte «Berufszwang». Während es jedem anderen, von der Erwerbsteuer betroffenen Staatsbürger freisteht, seinem Geschäfte nachzugehen, wann er will, so ist dies beim Arzte nicht der Fall. Der Arzt muss immer seinem Berufe nachgehen, oft selbst dann, wenn die Keime einer tödtlichen Krankheit ihm schon innewohnen, er muss gehen, wenn der Kranke ihn ruft. Was ihn aber aber dann noch zu seinem materiellen Nachtheile von dem Erwerbsmanne unterscheidet, ist, dass er für seine Arbeit häufig nicht bezahlt wird und dies nicht selten dann, wenn es sich um Arme handelt, für welche verhältnissmässig eine zu geringe Anzahl von Armenärzten bestellt ist. In solchen Fällen leistet der praktische Arzt der löblichen Staatsverwaltung unentgeltliche Dienste, für welche die Befreiung von der Erwerbsteuer allenfalls einen Ersatz bieten könnte.

Während seine der öffentlichen Gesundheit geleisteten Dienste dem Arzte eine Ausnahmsstellung aufzwingen, ist diese auch in den ärztlichen Verhältnissen selbst eine den anderen Berufsarten gegenüber im hohen Grade verschiedene. Der Arzt wird gewöhnlich dreissig und mehr Jahre alt, bis er von den Erträgnissen der Praxis leben kann, die aufreibende Thätigkeit des ärztlichen Berufes hinwieder bringt es mit sich, dass die Arbeitskraft viel früher ausgenützt ist und erlahmt, was die Beiseiteschiebung des alten Arztes und den Verlust des Erwerbes in einem Lebensalter zur Folge hat, in welchem andere Berufsarten noch kräftig und tüchtig schaffen können. Wenn der Arzt von Krankheit heimgesucht wird, hört jedes Einkommen auf; er ist, da er Andere nicht für sich arbeiten lassen kann, einzig und allein auf seine Person angewiesen, er kann nicht nach Belieben sein Geschäft und Einkommen vergrössern oder dasselbe, wie der Kaufmann vererben, übertragen oder verkaufen, auch ist er nur ausnahmsweise in der Lage einen Sparpfennig für die Zeit der Krankheit oder des Alters zurückzulegen.

Wenn nun zu den Mühseligkeiten des ärztlichen Berufes, zu den täglich schlechter sich gestaltenden Erwerbsverhältnissen noch von Seite der Steuergesetzgebung neue und so schwere Lasten hinzukommen, dann müssen Diejenigen, welche die Verhältnisse kennen, warnend ihre Stimme erheben und die Hoffnung aussprechen, dass man ihnen Gehör schenke und dort, wo es angeht, Abhilfe schaffe. Nicht kleinliche Selbstsucht, nicht das Streben nach einer Ausnahmsstellung, sondern die Erkenntniss der realen Verhältnisse veranlassen die Aerzte, die Befreiung von der Erwerbsteuer zu erbitten.

Wollte man aber auch von dieser Befreiung ganz absehen, so muss doch besonders hervorgehoben werden, dass die Ausmessung der Erwerbsteuer für Aerzte, wie sie nach Abtheilung VI, Tarifpost 107, geplant wird, namentlich dann, wenn die Bemessung laut Skala A nach dem Ertrage geschehen sollte, den heutigen Erwerbsverhältnissen der Aerzte nicht entspricht und eine für dieselben ungerechte, schier erdrückende Erhöhung der Steuerlast bedeutet.

Es ist erfahrungsgemäss bekannt, dass die Schaffung des Krankenkassen-Gesetzes den Erwerb aus der ärztlichen Praxis ungünstig beeinflusst. Die Konzessionirung und Favorisirung der Impfinstitute von Seite der hohen Staatsverwaltung, die Errichtung der Polikliniken und unentgeltlichen Ambulatorien in allen Spitälern, welche trotz aller Vorstellungen und Einwendungen der praktischen Aerzte auch bemittelten Personen zugänglich bleiben und noch manche andere, im letzten Jahrzehnt getroffene Einrichtung haben die Erwerbsverhältnisse der praktischen Aerzte in empfindlichster Weise berührt.

Wenn wir diese Umstände berücksichtigen müssen wir zumindest eine Aenderung des Erwerbsteuer-Tarifes für die Aerzte anstreben.

Nach dem Entwurfe beträgt die Erwerbsteuer für graduirte Aerzte nach der VI. Abtheilung, Tarifpost 107a, als minimale Grundtaxe fl. 10. — Wenn dieselbe eventuell für die mit einem grösseren Einkommen begnadeten Aerzte erhöht würde, liesse sich keine Einwendung dagegen erheben. Aber, dass die Erwerbsteuer der Aerzte auch nach der VI. Abtheilung, Skala A, also nach dem Ertrage soll bemessen werden können, birgt bei dem vorliegenden elastischen Tarife, der bei der Einschätzung der Aerzte sehr zu deren Nachtheil verwendet werden kann, grosse Gefahren in Bezug auf die Steuerbemessungen für sich. Da derartige Ein-

schätzungen nach dem Ertrage von sehr vielen Zufälligkeiten abhängen können und da nach dieser Berechnungsart unverhältnissmässig hohe Beträge für die Aerzte resultiren müssten, so würden wir gerne den Wunsch erfüllt sehen, dass die Erwerbsteuer der Aerzte nie nach dem Ertrage bemessen werde, und dass die graduirten Aerzte in die V. Abtheilung, Tarifpost 107 allenfalls mit jenen Beträgen eingereiht werden, wie sie dort sub b für die derzeit den Aerzten gleichberechtigten Chirurgen figuriren.

Was die Personaleinkommensteuer betrifft, so ergibt sich auch hier eine grössere Mehrbelastung der Aerzte als bisher. Bezüglich dieser Steuer wollen wir jedoch eingedenk sein der Wor. e Sr. Excellenz des Herrn Finanzministers, «dass es nothwendig ist, gewisse Opfer zu bringen». Es wäre nur zu wünschen, dass die in Zukunft mit der bezüglichen Einschätzung betrauten Kommissionen die nothwendige Kenntnis der ärztlichen Einkommenverhältnisse besitzen mögen, damit das Ausmass der den Aerzten auferlegten Personaleinkommensteuern dem Rechte und der Billigkeit entsprechen mögen.

Die Minimaleinschätzung des Einkommens nach einem Vielfachen des Wohnungszinses, wie es der Entwurf vorschreibt, können wir jedoch nicht billigen.

Die Aerzte müssen dagegen in erster Reihe Einspruch erheben, im Interesse der Gesundheit der ganzen Bevölkerung; denn diese Bestimmung kann zur Folge haben, dass jeder Einzelne sich bei der Wahl der Wohnungsräume Einschränkungen auferlegen wird und dass dadurch Ueberfüllungen und infolge dieser gesundheitsschädliche Wirkungen geschaffen werden können, welche das Gesetz im Interesse der Allgemeinheit gewiss nicht wünschen kann.

Sprechen diese Gründe der Hygiene für alle Staatsbürger, so treten bei den Aerzten noch besondere Umstände hinzu, welche es als unzweckmässig erscheinen lassen, den Miethzins als Masstab für eine aufzulegende Personaleinkommensteuer hinzustellen.

Durch die dem Entwurfe beigegebene Wohnungs-Scala, Tabelle F, wird eine durchaus willkürliche, mit dem thatsächlichen Reineinkommen der Aerzte nur höchst ausnahmsweise im Einklange stehende Grundlage für die Steuerbemessuug geschaffen. Rücksicht für die Anzahl und Gesundheitsverhältnisse der Familienmitglieder, die unbedingt nothwendige Verbindung der Ordinationsräume mit der Wohnung, infolge dessen die Unmöglichkeit, die Wohnung in einem billigeren, die Geschäftsräume in einem, wie es oft für die Praxis nöthig ist, theuerem Stadttheile zu miethen, der Umstand, dass der Arzt den ihn aufsuchenden Kranken nicht zumuthen darf, drei bis vier Stockwerke zu steigen, die Wohnungsmiethe aber in den unteren Stockwerken stets höher ist, machen es häufig unausweichlich, dass der Arzt eine seinem Einkommen gar nicht entsprechende, sehr hohe Wohnungsmiethe bezahlen muss. In solchem Falle erschiene es doch nur billig, dass der Aufwand für den Beruf von dem Miethzinse in Abzug gebracht würde, dafür jedoch das entsprechende Verhältnis zu finden, würde in den meisten Fällen unmöglich sein.

Es ist also demgemäss der Wunsch nach Eliminirung des § 249 gewiss vollauf gerechtfertigt. Sollte man sich jedoch hiezu nicht verstehen, so wäre wenigstens dieser Gesetzesbestimmung ein Beisatz anzufügen, dass bei den ihren Beruf in der Wohnung ausübenden Aerzten der Wohnungszins nur mit einem entsprechend reducirtem Theilbetrage als Massstab für die Bemessung der Einkommensteuer zu dienen hat.

Die angeführten Härten des Gesetzentwurfes dürften für die Aerzte besonders empfindlich werden, weil nach demselben der ärztliche Stand bei der Bemessung der Steuer in den betreffenden Bemessungskommissionen keinerlei Vertreter haben wird. Da die Aerzte weder der Handels- und Gewerbekammer angehören, noch wegen ihrer relativ verschwindenden Minderheit Aussicht haben, aus der Zahl der Steuerpflichtigen gewählt zu werden, so würden sie in keinerlei Weise Gelegenheit haben eine Ingerenz auf die Steuerbemessung ihrer Standesgenossen auszuüben. Um hier wenigstens nicht ganz ungehört zu bleiben, so glauben die Aerzte mit Recht beanspruchen zu dürfen, dass bei der Bestimmung der Erwerbsteuer die Einholung von Gutachten der Aerztekammern, deren Inslebentreten täglich erwartet wird, obligatorisch gemacht werde, und dass bei der Bemessung der Personaleinkommensteuer praktische Aerzte als Vertrauensmänner herangezogen werden. Die bezüglichen Bestimmungen hätten im Gesetze in entsprechender Weise Aufnahme zu finden.

In Folgendem erlauben wir uns die Wünsche, deren Erfüllung wir, wenn es zur Beschlussfassung über den vorgelegten Gesetzentwurf kommen sollte, von dem hohen Hause erhoffen, in Kürze erfurchtsvoll zusammenzufassen:

1. Es finde der Punkt f im § 2 des Erwerbsteuer-Patentes vom 31. Dezember 1812, demzufolge die Aerzte von der Erwerbsteuer befreit sind, auch in dem neuen Steuergesetze Aufnahme. Diese Bestimmung könnte im § 3 des I. Hauptstückes ihren Platz finden.

2. Wenn die erbetene Befreiung von der Erwerbsteuer nicht bewilligt werden könnte, mögen die graduirten Aerzte nach der V. Abtheilung, Tarifpost 107b, besteuert werden. Die Bemessung nach Abtheilung VI, Skala A, möge bei der Bemessung der Erwerbsteuer für die Aerzte ganz fallen gelassen werden.

3. Der § 249 des Gesetzentwurfes möge im Interesse der Allgemeinheit vom hygienischen Standpunkte aus eliminirt werden. Wäre dies nicht möglich, so möge dem § 249 ein Zusatz beigefügt werden, dass bei allen jenen Erwerbsteuerpflichtigen (also auch bei den Aerzten), welche ihren Beruf in der Wohnung ausüben, der Wohnungszins nur mit einem entsprechend reducirtem Theilbetrage der Bemessung der Einkommensteuer zu Grunde gelegt werde.

4. Es sei den Aerzten die Mitwirkung bei der Bemessung der Erwerb- und Personaleinkommensteuer für dieselben ausdrücklich zu sichern, und zwar bei Feststellung der Erwerbsteuer-Sätze durch Einholung von Gutachten der Aerztekammern und bei Bemessung der Personaleinkommensteuer durch Beiziehung von Vertrauensmännern aus dem Stande der praktischen Aerzte. Die bezüglichen Bestimmungen können im Texte des Gesetzes bei den §§ 52 und 245 zum Ausdrucke gebracht werden.

In ergebener Erfurcht, hochachtungsvoll:

Für den ärztlichen Verein des II. Bezirkes in Wien:

Dr. Trost, Schriftführer.

Dr. Hopfgartner, Obmann.

Briefe aus Ungarn.

Zur Jahreswende.

Wieder stehen wir an der Schwelle eines neuen Jahres, wieder sollten wir der erbgesessenen usuellen Referenten-Gepflogenheit entsprechend, einen Rückblick auf das alte Jahr werfen, um die wirklichen und zweifelhaften Errungenschaften desselben in medicinalibus, der Reihe nach aufmarschiren zu lassen.

Und worauf sollten wir den eigentlich zurückblicken? Etwa auf die Schatten der jüngsten Choleraopfer, oder auf die Schattenseiten der alten social-ärztlichen Verhältnisse, die ewig neu, d. h. dieselben geblieben, wenn nicht noch schlechter geworden sind? Die nach einer Dauer von 66 Tagen offiziell als erloschen erklärte, aber noch fort und fort glimmende Choleraepidemie, welchen Ausblick gestattet sie uns für die Zukunft? Die Haupt- und Residenzstadt Wien konnte mit der «schwarzen Dame» kurzen Prozess machen und sich mit $^1/_4$ Dutzend von Fällen abfinden und ablösen; die Haupt- und Residenzstadt Budapest musste ihr erst schockweisen Tribut zollen, bevor sie Miene zum Abschied machte. Hat etwa Wien einen minder extensiven Weltverkehr als Budapest? Gewiss nicht, aber Budapest hat die Asiatin, statt mit thatsächlichen Massnahmen, nur mit schönen Phrasen auf dem Papiere empfangen. «Wollen habe ich wohl, aber Vollbringen des Guten finde ich nicht», kann diesbezüglich die Kommune mit der Bibel sagen. Die eingesetzte Central-Kommission hat wohl nachträglich genügende Anstrengungen zur Bekämpfung der Epidemie gemacht; aber sie musste bei Ausbruch des Krieges erst selbst die Waffen schmieden zur Besiegung des Feindes, und wird vielleicht diese Arbeit wieder leisten müssen, wenn, was nur Gott

oder der Zufall behüten kann und soll, der böse Gast in der ungarischen Haupt- und Residenzstadt, wo er so gut geborgen war, wieder seine Visitkarte abgeben würde. Zum Glück bleibt uns die Hoffnung, dass der neuernannte Minister des Innern strenge und rasch fordere, was die Kommune so gleichgiltig seit Jahren verschleppte — eine bessere Pflege der Sanität im Allgemeinen und die sofortige Beschaffung eines gesunden Trinkwassers insbesondere, welches nach jahrelangen Wehen noch bis heute in Budapest nicht geboren werden konnte und welches endlich auch schon vom Oberphysikat als wichtigste Bedingung zur Vertreibung der Cholera declarirt wurde. Die Antwort, welche Minister HIERONYMI den verschiedenen Begrüssungsdeputationen ertheilte, bildet das erfreulichste Moment eines Rückblickes auf das abgelaufene Jahr. Der Minister hat, wie er betonte, auch selbst die traurige Erfahrung gemacht, dass bei uns nicht nur die Cholera, sondern auch andere Infektionskrankheiten grössere Verheerungen als anderswo anrichten und dass insbesondere in der Provinz solche primitive Zustände herrschen, wie sie nur im fernen Osten zu beobachten sind. Bezeichnend hob der neue Minister nach einem ihm zugegangenen Berichte die Bemerkung hervor, dass unsere Sanitätsverhältnisse anders beschaffen wären, wenn auf dieselben nur soviel Geld verwendet würde, als auf die Unterdrückung der Viehseuche. Minister HIERONYMI scheint sich somit um die Verbesserung der Sanitätszustände ernstlich zu kümmern, dieselben zu studiren und zu wissen, dass die bisher stiefmütterlich behandelte öffentliche Sanitätspflege dringende und eingehende Würdigung erheischt. Diese richtige Affassung des Ministers dürfte wohl von dem Landes-Sanitätsrath zu radikalen Vorschlägen, resp. Verbesserungen benützt werden — müssen.

Von den Propositionen, welche der Oberphysikus in seinem neuesten Entwurf, zur Reform der hauptstädtischen Sanitätspflege, vorgelegt, lässt sich auch manche Wendung zum Guten erwarten. Nicht mit Unrecht legt der Oberphysikus, bei der kontinuirlichen Vermehrung der Population Budapest, ein Hauptgewicht auf die entsprechende Vermehrung der Bezirksärzte, deren Zahl auf 30 gehoben werden soll; nur wäre es auch wünschenswerth, dass in Zukunft für diese hauptstädtischen Medizinalämter solche Kräfte herangezogen werden, die nebst der ärztlichen auch die hygienische Qualifikation par excellence aufweisen können. Dass in dem Entwurf eine nicht unbedeutende Erhöhung der Gehälter, namentlich des Gehaltes für das Oberphysikat cum adnexis, eingestellt erscheint, ist natürlich «aide toi et dieu t'aidera»! Eher dürfte es befremden, dass er die Creirung der Schulärzte geradezu widerräth. — Die wenig beneidenswerthen Kreis- und Kommunalärzte erblicken im Minister HIERONYMI ihren Messias. Der Gesetzentwurf für diese unentbehrliche Institution soll schon fertig gestellt und mit dem der Neuorganisirung der Gemeinden-Administration kürzestens dem Landtage unterbreitet werden. Der Entwurf enthält wesentliche Reformen zur Verbesserung der misslichen materiellen Verhältnisse der vielgeplagten Kommunal- und Kreisärzte. — Auch die freie Aerztewahl bei unseren Krankenkassen, kann als «kleine Errungenschaft» des Vorjahres figuriren, wenn auch die vorläufige Stipulation von 40 Kreuzer für einen Krankenbesuch das materielle Wohl des ärztlichen Standes nicht besonders zu fördern geeignet erscheint!

Was schliesslich die medizinische Wissenschaft betrifft, so hat dieselbe auch bei uns ein weites Feld gewonnen. Wir sind wohl nicht reich, aber verhältnissmässig auch nicht arm an forschenden Talenten und können auch einzelne Männer aufweisen, die immerhin das ihrige zu dem Fortschritte in der Medizin beitragen und in der Gesammtliteratur eine ehrenvolle Stellung errungen haben. Und nun Prosit Neujahr! *Dr. M.*

Tagesnachrichten und Notizen.

(Universitäts- und Personal- Nachrichten.) Pivatdozent für Kinderheilkunde, Dr. Adolf Baginsky, wurde zum a. o. Professor an der Berliner Universität ernannt. — Der Privatdozent Dr. Christian Lemcke ist zum ausserordentlichen Professor in Rostock ernannt worden.

(Pasteur-Feier.) Am 27. Dezember fand in der Sorbonne die Feier des 70. Geburtstages Pasteur's statt, an welcher sich Präsident Carnot, die Minister, das diplomatische Korps und an 50 Deputationen von ausländischen gelehrten Gesellschaften betheiligten. Die Deputationen überreichten Pasteur Briefe, Adressen und Medaillen. Pasteur hielt eine Rede, in welcher er seinen Dank besonders den auswärtigen Delegirten aussprach und die Ueberzeugung ausdrückte, dass die Wissenschaft und der Friede über die Unwissenheit und den Krieg triumphiren werden. Pasteur schloss mit dem Wunsche, dass sich die Völker darüber verständigen mögen, nicht zu zerstören, sondern zu schaffen. Die Feier nahm einen erhebenden Verlauf. — Pasteur machte seine Studien in Besançon und wurde 1847 Docteur des sciences physiques, 1848 Professor der Physik am Lyceum zu Dijon und bald darauf supplirender Professor der Chemie bei der Strassburger Fakultät. 1854 wurde er Professor der Chemie an der Faculté des sciences in Lille, und 1863 Professor der Geologie, Physik und Chemie an der Ecole des beaux-arts. 1867 Professor der Chemie an der Sorbonne. Die ersten der zahlreichen Arbeiten Pasteur's betrafen die Gährung und Fäulniss, welche er besonders vom chemischen Gesichtspunkte aus untersuchte. Mit zu den Hauptverdiensten desselben gehört es, die Lehre von der Generatio aequivoca endgültig widerlegt zu haben. Nicht minder bahnbrechend und für die Volkswirthschaft von grösster Bedeutung waren seine Untersuchungen über die Krankheiten des Weines und der Seidenraupe. Ende der 70er Jahre wandte sich Pasteur der Pathologie des Menschen und der Thiere zu und entdeckte u. A. die Abschwächbarkeit des Milzbrandvirus, sowie auch die des Giftes der Hühnercholera und gleichzeitig nahm er Schutzimpfungen an Thieren im grossen Style vor. Unmittelbar daran schlossen sich seine Untersuchungen über den Schweinerothlauf, den Rauschbrand und die Hundswuth, welch' letztere speziell den Namen des grossen Gelehrten über den ganzen Erdball im grossen Publikum bekannt machten. Wie selten Einer vermag Pasteur auf ein rastloses und durch ausgezeichnete Erfolge gekröntes, wissenschaftliches Leben zu rückzublicken. Indem die dankbare Mitwelt ihm zu seinem Ehrentage die ehrfurchtvollsten Glückwünsche entgegenbringt, hofft sie ihn noch lange in ungeschwächter Kraft an der Spitze sämmtlicher Biologen des Erdballs zu erblicken. Zahlreiche gelehrte Gesellschaften und ärztliche Korporationen, aller Staaten und aller Länder haben aus diesem Anlasse dem bahnbrechenden Forscher ihre Huldigung dargebracht, indem sie ihn zum Ehrenmitgliede wählten.

(Ein Impfstoffgewinnungs-Institut in Wien.) Das Ministerium des Innern hat auf Antrag des Obersten Sanitätsrathes zum Zwecke der Klarstellung einiger wichtigen, bei der Reform des Impfwesens in Betracht kommenden Momente Enquete-berathungen mit Zuziehung von speziellen Fachmännern im Impfgeschäfte veranlasst und die bezüglich der Gewinnung, Aufbewahrung und Versendung der animalen Impflymphe zur Richtschnur zu nehmenden Grundsätze durch den Obersten Sanitätsrath feststellen lassen. In dieser Beziehung hat sich der Oberste Sanitätsrath grundsätzlich dahin ausgesprochen, dass zu den öffentlichen Impfungen und Wiederimpfungen ausschliesslich Thierlymphe zu verwenden, die Erzeugung des für diese Impfungen erforderlichen Impfstoffes in unter der der Kontrole der Regierung stehenden Staatsanstalten vorzunehmen und zu diesem Behufe zunächst in Wien eine staatliche Anstalt zur Gewinnung von Thierlymphe, insbesondere des zu den Nothimpfungen erforderlichen Impfstoffes zu errichten sei. Diese hätte nebst der Erzeugung und Lieferung vollkommen tadellosen thierischen Impfstoffes die wissenschaftlichen Untersuchungen und Forschungen im Gebiete der Thier- und Menschenimpfung zu verfolgen, die Vervollkommnung des gesammten Impfwesens anzustreben, die Produktion einer vorzüglichen, jederzeit erhältlichen Stammlymphe zu besorgen und auch die Heranbildung eines tüchtigen Nachwuchses von Fachmännern im Impffache im Auge zu behalten. Das Ministerium entsendete in Würdigung dieser Anträge des Obersten Sanitätsrathes den als Fachmann im Impfwesen bewährten Bezirksarzt Dr. Marouschek von Maroo auf eine Studienreise, um die Staats- und Privatanstalten zur Erzeugung thierischen Impfstoffes in Deutschland, Holland und Belgien in ihrer Einrichtung und ihrem Betriebe, sowie das gesammte Impf-

wesen dieser Länder kennen zu lernen und nach besten Mustern und Methoden bei Errichtung einer staatlichen Anstalt zur Erzeugung thierischen Impfstoffes in Wien mitzuwirken. Nach längeren Bemühungen, eine Lokalität für diese Impfstoffgewinnungsanstalt zu erlangen, kam mit dem niederösterreichischen Landesausschusse eine Vereinbarung zum Zwecke gemeinsamen Zusammenwirkens der Staatsverwaltung mit dem niederösterreichischen Landesausschusse zustande, nach welchem der letztere das Anstaltsgebäude zur Verfügung stellt, wogegen die Staatsverwaltung den für Niederösterreich zur öffentlichen Impfung benöthigten Impfstoff unentgeltlich liefert. Ferner wurde festgesetzt, dass der in der staatlichen Impfstoffgewinnungsanstalt erzeugte Impfstoff regelmässig durch Impfungen in der niederösterreichischen Landesfindelanstalt zur Erprobung gelangen müsse. In Gemässheit dieser Vereinbarung wurde vom niederösterreichischen Landesausschusse auf dem Hof- und Gartengrunde der niederösterreichischen Findelanstalt ein allen modernen Anforderungen entsprechendes Impfgewinnungsinstitut nach dem Muster der königl. württembergischen Staatsanstalt in Stuttgart errichtet und der Staatsverwaltung zur Verfügung gestellt.

(Die neuen Polizeiärzte von Wien). Der Statthalter in Niederösterreich hat im neu systemisirten Stande der Amtsärzte der Polizeidirektion in Wien ernannt: zu Polizei-Bezirksärzten erster Klasse: den Regimentsarzt erster Klasse Dr. Anton Merta, den Bezirksarzt Dr. Rudolf Jaksch in Neunkirchen, dann die bisherigen polizeiärztlichen Funktionäre in Wien: Dr. Moriz Pollak, Dr. Karl Hirsch, Dr. Lazar Rosenfeld, Dr. Wilhelm Weiss und Dr. Alois Biach; zu Polizei-Bezirksärzten zweiter Klasse: die bisherigen polizeiärztlichen Funktionäre in Wien: Dr. Rodolf Horzitzky, Dr. Karl Fuchs, Dr. Julius Munk. Dr. Gustav Adler, Dr. Franz Kienast, Dr. Heinrich Popper, Dr. Josef Schmitt, Dr. Gedeon Koch, Dr. Isidor Hagel, Dr. Ignaz Steinberger, Dr. Raimund Schaumann, Dr. Moriz Steiner, Dr. Rudolf Baumgarten und Dr. Josef Schrank; zu Polizei-Assistenzärzten: die bisherigen polizeiärztlichen Funktionäre in Wien: Dr. Ernst Rosenthal, Dr. Julius Winter, Dr. Norbert Handl, Dr. Hermann Fischer, Dr. Jakob König, Dr. Moriz Landesmann, ferner den Privatarzt in Wien Dr Julius Engel, den Sekundararzt im Landesgerichtsspitale in Wien Dr. Franz Schild, dann die Sekundarärzte im Allgemeinen Krankenhause in Wien Dr. Simon Kien, Dr. Josef Fröhlich und Dr. Philipp Silberstern, endlich den Privatarzt Dr. Isak Lipschitz.

(Anklage gegen einen Zahnarzt.) Der Zahnkünstler W. in Stuhl ist vom Landgerichte Meiningen am 23. Mai wegen fahrlässiger Körperverletzung verurtheilt worden, weil er bei der Anwendung von Cocain nicht erforderliche Sorgfalt angewendet hat. Er hatte im Juli 1891 an dem Zimmermeister G., einem an Herzverfettung leidenden Manne, eine Zahnoperation vorzunehmen und machte bei dieser Gelegenheit eine Cocain-Einspritzung, ohne sich zu vergewissern, ob der Patient diese Behandlung vertragen könne. Seine Pflicht wäre es, wie das Urtheil annimmt, gewesen, den Mann zu fragen, ob er an irgend einer Krankheit leide und er hätte die Einspritzung unterlassen müssen, wenn er erfahren hätte, dass der Patient an Herzverfettung leide. Hr. G. hat sich später infolge der Einspritzung sehr unbehaglich gefühlt und es haben sich bei ihm Symptome der Vergiftung gezeigt. — Die Revision des Angeklagten kam vor dem dritten Strafsenat des Reichsgerichtes zur Verhandlung. Der Vertheidiger meinte, es sei doch sehr zweifelhaft, ob eine an den Patienten gerichtete Frage nach seinem Gesundheitszustande und die Antwort darauf ein anderes Ergebnis herbeigeführt haben würde. Obendrein habe der Patient nach der Einspritzung auf Befragen seitens des Angeklagten erklärt, er sei ganz gesund und möglicherweise würde er vor der Einspritzung dasselbe gesagt haben. Die Strafkammer habe zum mindesten feststellen müssen, dass der Zustand des Patienten äusserlich ein derartiger war, dass eine besondere Untersuchung angezeigt erschien. — Der Vertreter der Reichsanwaltschaft erklärte, es sei nach dem eingeholten Gutachten des königl. Medizinalkollegiums die Pflicht des Angeklagten gewesen, den Patienten unter allen Umständen erst zu untersuchen, bevor er die Einspritzung vornahm. Davon, dass der Patient gesagt habe, ihm fehle gar nichts, sei im Urtheile nichts enthalten. Das Urtheil beruhe aber noch auf einem anderen, nicht anfechtbaren Grunde. Nach dem Gutachten des Medizinalkollegiums sei das Cocain bei schlecht genährten, herzkranken und sehr nervösen Personen gefährlich. Festgestellt sei nun ausdrücklich, dass der Angeklagte den Patienten in nervös aufgeregtem Zustande vorgefunden habe. Da sei es nun die Pflicht des Angeklagten gewesen, zu untersuchen, ob der Patient nicht etwa «sehr nervös» sei, wie dies von der Wissenschaft gefordert werde. — Das Reichsgericht kam gleichfalls zu der Ueberzeugung dass es die Pflicht des Angeklagten war, vorher eine Untersuchung des Patienten auf sein Allgemeinbefinden vorzunehmen und verwarf deshalb die Revision als unbegründet.

Württemberg. Wie die «Pharm. Ztg.» berichtet, hatte sich kürzlich ein in Münsingen (Württemberg) ansässiger Arzt wegen Vergehens der fahrlässigen Tödtung seines eigenen Kindes zu verantworten. Der Angeklagte hatte ein kleines Fläschchen Sublimatpastillen nach seiner Angabe in einer Schublade seines Nachttischchens aufbewahrt. Am 23. Mai v. J. hat nun das damals 11 Monate alte Knäblein des Angeklagten dieses Fläschchen auf unerklärliche Weise in die Hände bekommen und von diesen Pastillen gegessen. Dieses Vorkommniss wurde sofort entdeckt und dem Kinde alsbald der Magen ausgepumpt; trotzdem aber starb dasselbe nach 3 Tagen. Das Gericht verkündete nach längerer Berathung ein freisprechendes Urtheil.

Todesfälle. Dr. Bonalumi, Professor für Militärhygiene an der Universität Florenz und Chef des Sanitätswesens beim X. italienischen Armeekorps ist gestorben. — Dr. Amabile, Professor der pathologischen Anatomie in Neapel ist gestorben. — Vor wenigen Tagen ist in Graz Hofrath und Landes-Sanitätsreferent i. R., Dr. Ferd. Ritter v. Scherer, im 79. Lebensjahre gestorben. — Der kürzlich in London verstorbene Naturforscher Richard Owen. wurde am 20. Juni 1804 in Lancaster geboren; die unter seiner Leitung errichtete neue Universität von Manchester wurde ihm zu Ehren Owen's College genannt

---

Mitte Jänner erscheint die erste Nummer der „Therapeutischen Blätter“. Dieselben bringen zunächst einen einleitenden Artikel von Hofrath Prof. Nothnagel: „Einige Bemerkungen zur Pharmakologie“ und einen Originalartikel von Dr. Arthur Klein: „Der derzeitige Stand der Blutserum-Therapie“; ferner neuere Arzneimittel und Rezepte u. s. w., u. s. w.

Tagesgeschichte.

Feierliche Eröffnung des neuen Hauses

(Ambulatorium und Spital)

der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Am 30. Dezember, 12 Uhr Mittags, wurde das neue Heim der Allgemeinen Poliklinik, IX., Mariannengasse Nr. 10, durch Se. k. u. k. Hoheit, des Protektors des Institutes, Erzherzog Rainer feierlich eröffnet. Das Kuratorium und die Aerzte versammelten sich zum Empfange in dem mit Blumen geschmückten Vestibule des Prachtbaues. Hier fallen zunächst vier grosse marmorne Gedenktafeln auf.

Die erste Gedenktafel hat folgende Inschrift:

Erbaut unter der Regierung Sr. Majestät Kaiser Franz Josef I. 1892.

Protektor: Se. k. u. k. Hoheit Erzherzog Rainer — Protektor-Stellvertreter Durchlaucht Richard Fürst Metternich.

Präsident des Kuratoriums: Freiherr v. Bezecny. Vize-Präsidenten: Eduard Graf Lamezan, Prälat Dr. Godfried Marschall.

Direktor: Prof. Dr. Johann Schnitzler. Direktor-Stellvertreter: Prof. Dr. Monti, Prof. Dr. v. Reuss.

Erbauer: Andreas Streit, Architekt.

Die zweite Tafel stellt an die Spitze der Stifter und Förderer: Se. Majestät den Kaiser, die Herren Erzherzoge Karl Ludwig, Ludwig Viktor, Albrecht u. Wilhelm. Die übrigen Wohlthäter kommen in alphabetischer Folge. —

Die dritte Tafel beginnt mit den Namen des Erzherzogs Rainer und der Erzherzogin Marie, welchen sich die der Minister des Innern und für Kultus und Unterricht u. s. f. anschliessen.

Die vierte Tafel ist vorläufig unbeschrieben.

Ausser dem Kuratorium und den Aerzten der Poliklinik hatten sich zum Empfange des Protektors eingefunden: Als Erster Minister-Präsident Graf Taaffe, mit ihm Sektionschef im Ministerium des Innern Baron Plappart und der Referent des Sanitätswesens Ministerialrath Dr. Kusy. Das Unterrichtsministerium war vertreten durch Sektionschef Ritter v. David und Sektionsrath Ritter v. Kleemann. Der Unterrichtsminister selbst, durch das vor wenigen Tagen erfolgte Ableben seines Vaters zu erscheinen verhindert, liess durch Grafen Taaffe sein Fernbleiben von der Feier entschuldigen. Ferner erschienen Statthalter Graf Kielmansegg mit dem Statthaltereirath Dr. v. Karajan, Bürgermeister Dr. Prix, Magistratsrath Lekisch, Stadtphysikus Dr. Kammerer, der Direktor des allgemeinen Krankenhauses Hofrath Prof. Böhm, Baurath Streit und zahlreiche andere offizielle Persönlichkeiten. Fürst und Fürstin Metternich, welche derzeit noch auf Schloss Plass weilen, haben in einer herzlichen Zuschrift die Direktion des Instituts zum heutigen Ehrentage beglückwünscht und ihr Bedauern ausgesprochen, der Feier nicht beiwohnen zu können. Auch sonst kamen zahlreiche Briefe und Telegramme, theils bedauernde Absagen, theils aufrichtige Glückwünsche enthaltend. Besonders herzliche Telegramme kamen von den früheren Mitgliedern der Poliklinik Geh.-Rath Prof. Mikulicz in Breslau und Prof. Dr. Maydl in Prag.

Erzherzog Rainer kam begleitet von seinem Kammervorsteher Oberst Graf Rosenberg. — Präsident Freiherr v. Bezecny begrüsste den erlauchten Protektor in einer längeren Ansprache, in der er auf die mühevollen Bestrebungen hinwies, die endlich zur Erreichung des Zieles, der Gründung eines eigenen Heims führten. «Die Poliklinik», sagte der Redner, «ist Herrin in ihrem eigenen Hause, die Poliklinik sieht ihre Bemühungen von schönstem Erfolge gekrönt. Es richten sich ihre Blicke voll Dankbarkeit auf Diejenigen, die sie in ihrem Wirken und Streben in hochherziger grossmüthiger und edelmüthiger Weise unterstützt haben. Vor Allem gilt ihre Huldigung Sr. Majestät dem Kaiser, unserem Allerhöchsten Herrn, der überall als der Erste erscheint, wo es gilt, schöne und grosse Bestrebungen zu fördern und der auch das Wirken der Poliklinik durch allergnädigste Gewährung namhafter Subventionen in huldvollster Weise anzuerkennen geruhte. Grossen Dank zollen wir Eurer kaiserlichen Hoheit, unserem durchlauchtigsten Protektor, dessen schützende Hand die Poliklinik in allen Phasen schirmte und Ihrer kaiserlichen Hoheit der durchlauchtigsten Frau Erzherzogin Marie, die sich in hochherziger Weise an die Spitze eines Damenkomités stellte, dessen von den edelsten Empfindungen und von der Wärme des Gefühls getragenen Bemühungen mächtig dazu beigetragen haben, die menschenfreundliche Idee, welche der Poliklinik zu Grunde liegt, zur fruchtbaren Entwicklung, zur blühenden Entfaltung zu bringen». Baron Bezecny gedachte dann noch der Unterstützung der Poliklinik durch die Regierung und durch die Presse und lud schliesslich den Erzherzog zu einem Rundgang in dem Neubau ein, der als ein Denkmal der Menschenfreundlichkeit und Menschenliebe zum Wohle der Leidenden errichtet worden sei.

Geführt von dem Präsidenten Baron Bezecny und dem Direktor Regierungsrath Professor Schnitzler begab sich der Erzherzog Rainer zunächst in das Hochparterre in die Abtheilung für Kinderkrankheiten unter Leitung von Professor Monti und Dr. Frühwald. Nach einem Besuche der chirurgischen Abtheilung der Doktoren v. Hacker und Hochenegg verfügte sich der hohe Herr mit Begleitung in die im ersten Stocke befindliche laryngologische Abtheilung des Professor Schnitzler und in die Abtheilung für Ohrenkranke des Prof. Urbantschitsch. Dann besuchte Erzherzog Rainer den Hörsaal 4 der Professoren Basch und Winternitz und den Saal 5 der Professoren Benedikt, Oser und Ritter v. Stoffella. Im zweiten Stocke interessirte sich der Herr Erzherzog für die Abtheilung der Augenärzte Professor Ludwig Mauthner und Professor v. Reuss, für die gynäkologische und chirurgische Abtheilung des Dozenten Dr. Lott und Generalstabsarztes Dr. Neudörfer, endlich für die Abtheilung des Professors v. Frisch und der Dozenten Dr. Grünfeld und Dr. v. Hebra. Im dritten Stocke besichtigte der erlauchte Gast das prächtig ausgestattete Laboratorium des Professors Monti, an das sich Professor Paltauf's Institut für Bakteriologie anschliesst, endlich das von Professor Mauthner auf eigene Kosten errichtete chemische Laboratorium.

Nunmehr begab sich der Herr Erzherzog und die ganze Gesellschaft in den prächtig dekorirten Sitzungssaal, der mit grossen Porträts des Kaisers und des Erzherzogs Rainer geschmückt ist.

Hier gab der Direktor der Poliklinik Regierungsrath Professor Schnitzler in einer kurzen Ansprache eine Darstellung der Geschichte des Institutes von den ersten Anfängen bis zum heutigen Tage, die er mit dem Wunsche schloss: Es möge den Aerzten der Poliklinik, den Epigonen, nachdem sie endlich nach jahrelangem, rastlosem Streben und muthigem Ringen eine würdige Stätte für ihre Thätigkeit als Aerzte und Lehrer gefunden, gegönnt sein, in und neben der altehrwürdigen Alma mater Vindobonnensis zum Wohle der leidenden Menschheit zu wirken und am Ausbau der Wissenschaft mitzuarbeiten. (Wir bringen die Festrede über Entstehung und Entwicklung der Poliklinik am Schlusse dieses Berichtes mit Hinzufügung einiger Details, die in Anbetracht der Kürze der Zeit während des Vortrages unerwähnt bleiben mussten.)

Erzherzog Rainer erwiderte die Rede des Direktors mit folgender herzlicher Ansprache, die stets eines der schönsten Gedenkblätter in der Geschichte der Poliklinik bilden wird.

> Vom Beginne an habe ich der Poliklinik meine Aufmerksamkeit geschenkt und die Berichte über ihre Leistungen jedesmal mit Vergnügen gehört; kein Bericht aber hat mich mit solcher Befriedigung erfüllt, als der, welchen wir eben vernommen haben.
>
> Das Bild, welches uns heute von der Entwicklung dieses Institutes entrollt wurde, muss jedem Menschenfreunde aufrichtige Freude bereiten.

Aus unscheinbaren Anfängen hervorgegangen, hat sich die Poliklinik zu einer Heil- und Lehranstalt ersten Ranges emporgeschwungen und das Institut welches zu Beginn in einigen dunklen Hofzimmern zur Miethe war, bezieht nun sein eigenes schönes Heim.

Die Gründer und Leiter, aber auch die Gönner und Freunde der Poliklinik, mögen beim Anblicke dieser ihrer Schöpfung, die stolze Befriedigung eines berechtigten Ehrgeizes haben. Ich empfinde dies mit Ihnen meine Herren, denn ich habe die Entwicklung dieses Institutes vom ersten Beginne an theilnehmend verfolgt, und über die Fortschritte, welche Sie errungen haben, mich mit Ihnen gefreut.

Eben desshalb möchte ich auch die Zukunft der Poliklinik für alle Zeiten gesichert sehen, dies scheint mir aber, ungeachtet sie nunmehr auf eigenem Grund und Boden steht, und auch mit allen Behelfen für medizinisch-chirurgischen Unterricht, sowie für Krankenbehandlung reichlich ausgestattet ist, nicht der Fall zu sein, solange die Mittel für die Erhaltung der Anstalt fehlen.

Ohne nennenswerthe Unterstützung von Seite des Staates, blos auf Privat-Wohlthätigkeit angewiesen, könnten doch einmal, unter weniger günstigen Verhältnissen, die Mittel zur Erhaltung der Kranken versiegen, und das Institut selbst in seiner Existenz gefährdet werden, desshalb dürfen sich die Männer, welche an der Spitze der Poliklinik stehen, noch lange nicht im Genusse des Erreichten wiegen, sie müssen noch ferner an edle Herzen und milde Hände appelliren, wenn das Werk, welches muthig begonnen wurde, auch glücklich zu Ende geführt werden soll.

Zum Schlusse möchte ich noch allen Jenen, welche an dem schönen Werke mitgearbeitet, dasselbe unterstützt und gefördert haben, meine Anerkennung und meinen Dank aussprechen, insbesondere den Mitgliedern des Curatoriums für ihre selbstlose Hingabe, sowie den Aerzten der Poliklinik, für all' die Opfer, die sie dem Institute gebracht haben, und noch täglich bringen.

Ganz besonderer Dank gebührt aber an diesem Ehrentage der Direktion unserer Anstalt, die es verstanden hat, alle Herzen für ihre Schöpfung zu gewinnen, und jederzeit die Eintracht zum Wohle des Institutes zu erhalten.

Möge es immer so bleiben, und möge es Ihnen Allen gegönnt sein, an dem schönen, der Humanität und der Wissenschaft gewidmeten Werke mitzuarbeiten, zur Ehre Wiens, zum Ruhme der Wissenschaft, und zum Heile der leidenden Menschheit.

Nach dem feierlichen Akte begab sich Erzherzog **Rainer** mit allen Anwesenden in den Pavillon für Hydrotherapie von Professor **Winternitz**, und von hier unter Führung des Professor **Monti** und Dr. **Hochenegg** in das poliklinische Spital. Damit war der Rundgang der über eine Stunde gedauert hatte zu Ende.

Bei dem Rundgange haben sich sowohl Herr Erzherzog **Rainer** als auch Minister-Präsident Graf **Taaffe** und Statthalter Graf **Kielmansegg** wiederholt über den freundlichen Bau und die praktische Einrichtung sehr anerkennend geäussert. Der Herr Erzherzog liess sich sämmtliche Abtheilungsvorstände vorstellen und befragte sie um Auskünfte über sachliche Neuerungen. In der Abtheilung für Hydrotherapie, liess sich der Erzherzog den gesammten Apparat zeigen und beglückwünschte Professor **Winternitz** zu diesem ersten klinischen Institut für Hydrotherapie, für das er bestes Gedeihen erhoffe.

Ehe der Erzherzog das Haus verliess, sprachen Freiherr v. **Bezecny** im Namen des Kuratoriums und Professor **Schnitzler** im Namen der Aerzte ihm den Dank für seinen Besuch und die der Poliklinik stets bewiesene Fürsorge aus.

Zum Schlusse drückte der Herr Erzherzog nochmals seine ausserordentliche Befriedigung über den schönen Neubau und seine herrliche Einrichtung aus und bemerkte, dass, wenn das Institut in voller Thätigkeit sein werde, er davon Sr. Majestät dem **Kaiser** Mittheilung zu machen und Allerhöchstdenselben einzuladen beabsichtige, das Haus zu besuchen. Se Majestät habe sich für die Entwicklung der Poliklinik stets interessirt und werde sich gewiss freuen das neue Heim der Poliklinik zu sehen.

Damit war die schöne und erhebende Feier zu Ende.

Die Entstehung und Entwicklung der Allgemeinen Poliklinik in Wien 1872—1892.

Saxa loquuntur.

Heute, an dem Tage, wo die Poliklinik ihr eigenes Heim bezieht, in der Stunde, wo es dem Direktor der Anstalt gegönnt ist, eine hohe und auserlesene Versammlung von Gönnern und Förderern auf eigenem Grund und Boden zu begrüssen, in dem Augenblicke, wo die Begründer des Institutes nach jahrelangem, rastlosem Streben an dem Ziele angelangt sind, das selbst den Muthigsten von ihnen kaum erreichbar schien, da ist es wohl an der Zeit, von der Zinne, die wir erklommen haben, Rückschau zu halten über die Vergangenheit und einen Blick zu werfen in die Zukunft.

Zwei Dezennien, darunter Jahre harter Kämpfe, sind seit der Begründung unseres Institutes in den Strom der Zeiten versunken und doch sehe ich noch Alles vor mir, als wäre es gestern gewesen. Es war gegen Ende des Jahres 1871, da traten zwölf damals noch junge, strebsame und rührige Privat-Dozenten der Wiener medizinischen Fakultät zusammen, um zu berathen, wo und wie sie eine Stätte finden könnten, um ihren Pflichten als Universitätslehrer nachzukommen; nachdem selbst die weiten Räume des allgemeinen Krankenhauses, wo sie bisher gewirkt hatten, bei der gar zu üppigen Vermehrung der Dozenten allmälig zu eng geworden waren, um noch den Einzelnen die Möglichkeit einer selbstständigen Thätigkeit zu bieten.

Nach reiflicher Erwägung aller Momente kamen sie zu dem Entschlusse, zunächst eine unentgeltliche Ordinationsanstalt für arme Kranke zu errichten und das ambulatorische Krankenmaterial zum poliklinischen Unterricht in den einzelnen Zweigen der Medizin und Chirurgie zu benützen.

Die Erhaltungskosten der Anstalt sollten anfangs durch Beiträge der Mitglieder gedeckt, später, wenn sich die Institution bewähren sollte, könnte dann auch an weitere Kreise appellirt werden, um durch freiwillige Beiträge wohlthätiger Menschenfreunde ein Institut zu schaffen, das allmälig eine nothwendige Ergänzung der medizinisch-chirurgischen Heil- und Lehranstalten, vielleicht einmal selbst eine werthvolle Bereicherung der Krankenhäuser und Kliniken Wiens bilden könnte.

Nach wiederholten Vorbesprechungen fand am 30. Dezember 1871 die konstituirende Sitzung statt.*) In derselben wurde

*) Hier die Namen der in der konstituirenden Sitzung vom 30. Dezember 1871 anwesenden Begründer und zugleich der ersten ordinirenden Aerzte der Poliklinik: Heinrich Auspitz, Ludwig Fleischmann, Jacob Hock, Ignaz Neudörfer, Leopold Oser, August Ritter v. Reuss, Karl Freiherr v. Rokitansky, Emil Rollet, Johann Schnitzler, Mathias Schwanda, Robert Ultzmann, Wilhelm Winternitz. Diesen traten im ersten Jahre 1872 noch bei: Alois Monti, Victor Urbantschitsch und Max Leidesdorf. — Im Laufe der Jahre wurden theils um entstandene Lücken auszufüllen, theils um neue Spezialabtheilungen zu schaffen, die folgenden Professoren und Dozenten zu Abtheilungsvorständen gewählt: Moritz Benedikt (1875), Moritz Rosenthal (1875), Johann Hofmokl (1876), Josef Breuer (1877), Ludwig Bandl (1877), Ludwig Fürth (1878), Karl Bettelheim (1878), Emil Ritter v. Stoffella (1879), Johann Mikulicz (1881), Moritz Nedopil (1881), Samuel Ritter v. Basch (1882), Anton Ritter v. Frisch (1882), Hanns Ritter v. Hebra (1884), Maximilian Herz (1884), Anton Wölfler (1884), Josef Grünfeld (1885), Adolf Jarisch (1885), Carl Maydl (1886), Carl Pawlik

ein von den Doktoren AUSPITZ, OSER und SCHNITZLER ausgearbeiteter Statutenentwurf als Grundlage für die Organisation einer «Allgemeinen Poliklinik in Wien» angenommen, die Zahl der Spezialabtheilungen festgesetzt und deren Vorstände nominirt, endlich die Wahl der ersten Funktionäre für Verwaltung und Leitung vollzogen. Es wurden gewählt Dr. Heinrich AUSPITZ zum Vorstande des Verwaltungsausschusses, (dem noch Dr. OSER als Schriftführer und Dr. HOCK als Rechnungsführer angehörten) und Dr. Joh. SCHNITZLER zum Vorsitzenden des Lehrkörpers der Poliklinik.**)

Den bescheidenen Mitteln entsprechend wurden zunächst einige kleine Hofzimmer in einem alten Hause der inneren Stadt (I., Wipplingerstrasse 29) gemiethet und daselbst am 2. Januar 1872 die «Allgemeine Poliklinik in Wien» eröffnet.

Wohl war die Idee der «Poliklinik» nicht neu, indem sowohl in Deutschland und Russland, als auch in England und Amerika ähnliche Zwecke verfolgende Institute bereits existirten; aber in der Organisation unterschied sich unsere Poliklinik vom Anfange an wesentlich von allen anderen, indem hier zum erstenmale eine Vereinigung sämmtlicher Zweige der Medizin und Chirurgie in eine Anstalt versucht wurde, eine Anstalt, an welcher alle Spezialfächer vertreten wären und wo von berufenen Fachmännern poliklinischer Unterricht ertheilt werde.

Anfangs wurden 12 Sektionen für die verschiedenen Organerkrankungen geschaffen und ebenso viele ordinirende Aerzte mit dem Unterrichte in den verschiedenen Zweigen der Medizin und Chirurgie betraut; aber schon nach wenigen Monaten wurden drei neue Mitglieder aufgenommen und dem entsprechend auch die Zahl der Abtheilungen vermehrt; später kamen noch drei weitere Spezialabtheilungen hiezu, so dass deren Zahl schliesslich 18 betrug.

Bei dem grossen Publikum, namentlich aber bei der armen und bedürftigen Bevölkerung Wiens fand die Poliklinik, obgleich der Name hier noch wenig geläufig war, als unentgeltliche Ordinationsanstalt schnell Anklang; dagegen wurde die Institution in ärztlichen, insbesondere aber in akademischen Kreisen, namentlich als Lehranstalt, sehr geringschätzig behandelt.

Einzelne Professoren, auf deren Kliniken die Begründer der Poliklinik bis dahin als Privatdozenten geduldet wurden, waren anfangs froh, dass diese vielleicht nur zu regsamen Geister aus dem allgemeinen Krankenhause fortgekommen waren; manche hofften im Stillen, die damals meist noch namenlosen Dozenten würden draussen, ausserhalb der gewohnten und geweihten Stätte für den praktisch medizinisch-chirurgischen Unterricht bald vom Schauplatze verschwinden.

Aber es kam anders! Allmälich fanden sich die ersten Patienten und mit diesen auch einzelne Studierende ein, die anfangs vielleicht mehr noch die Neugierde, als die Wissbegierde hinführte. Nach und nach verbreitete sich jedoch der Ruf der Poliklinik. Es kamen immer mehr Kranke, und zwar bald nicht allein aus Wien und Umgebung, sondern auch aus weiter Ferne hieher, und mit der Zahl der Kranken daselbst wuchs im gleichen Masse die der Hörer. Es waren dies meist praktische Aerzte, die bald aus aller Herren Länder hieher kamen, um sich in einzelnen Spezialfächern auszubilden.

Die Zahl der Kranken, die Anfangs jährlich nur wenige Tausende betrug, stieg rasch auf 10- bis 20-, später auf 30- bis 40.000 jährlich und darüber, so dass an der Allgemeinen Poliklinik von dem Tage ihrer Gründung bis jetzt rund 650.000 Kranke behandelt wurden.

All' diesen Kranken wurde hier nicht nur unentgeltlich ärztlicher Rath ertheilt, die meisten wurden auch, wie dies bei chronischen Krankheiten natürlich, durch längere Zeit systematisch behandelt. Besonders Bedürftige erhielten meist auch die nöthigen Medikamente, Verbandstoffe u. s. w. gratis, d. h. auf Kosten des Institutes oder einzelner ordinirender Aerzte. Selbstverständlich wurden in den geeigneten Fällen auch die entsprechenden Operationen vorgenommen, wenn möglich in der Anstalt selbst, sonst ausserhalb derselben; besonders berücksichtigenswerthe Patienten wurden auch in ihren Wohnungen besucht und behandelt; endlich fanden viele Schwerkranke in der später hinzugekommenen «Spitalsabtheilung der Poliklinik» Aufnahme, wo denselben nicht allein ärztliche Behandlung, sondern auch Unterhalt und Pflege ganz unentgeltlich zu Theil wurde.

Der immer grössere Andrang von Kranken, die an der Poliklinik Rath und Hilfe suchten, sowie die stetige Zunahme der Schüler, die behufs Ausbildung in einzelnen Spezialzweigen der Medizin und Chirurgie hieher kamen, erheischten bald eine Erweiterung der Anstalt, so dass dieselbe bereits im Jahre 1875

(1886), Gustav Lott (1887). Carl Bettelheim (1889), Ludwig Mauthner (1890), Ferdinand Frühwald (1890), Victor Ritter v. Hacker (1891), Julius Hochenegg (1891).

Von diesen sind im Laufe der Jahre aus der Poliklinik geschieden: Max Leidesdorf in Folge Ernennung zum Primararzte an der nied.-österr. Landes-Irrenanstalt (1875), Karl Ritter v Rokitansky in Folge seiner Ernennung zum Direktor des Maria-Theresien-Frauen-Hospitales (1877), Moritz Rosenthal, Ernennung zum ordinirenden Arzt im allgem. Krankenhause (1877), Emil Rollet, Primarius des Sophien-Spitales (1878), Josef Breuer (1878), Karl Bettelheim, Primararzt im Rudolfinum (1879), Johann Hofmokl, Primararzt der Rudolfstiftung (1881), Johann Mikulicz, in Folge seiner Ernennung zum Professor der Chirurgie in Krakau (1882), Moritz Nedopil, Primararzt am Krankenhause in Brünn (1882), Heinrich Auspitz, durch Ernennung zum Primararzte im allgem. Krankenkause (1884), Ludwig Bandl, in Folge Berufung als Professor nach Prag (1886), Anton Wölfler, Ernennung zum Professor und Direktor der chirurgischen Klinik in Graz (1886). Adolf Jarisch, Professor in Innsbruck (1887). Carl Pawlik, Professor der geburtsh. gynäk. Klinik an der Universität Prag (1887), Carl Maydl, derzeit Professor und Direktor der chirurgischen Klinik an der Universität Prag (1891)

Mit Tod sind abgegangen: Mathias Schwanda (1875), Ludwig Fleischmann (1878), Heinrich Auspitz (1886), Robert Ultzmann (1889), Ludwig Fürth (1889), Moritz Rosenthal (1890), Jacob Hock (1890), Maximilian Herz (1890), Ludwig Bandl (1892). Ihnen Allen werden die Kollegen stets ein treues, ehrendes Andenken bewahren.

Derzeit (das ist Ende Dezember 1892) wirken an der Poliklinik als Abtheilungsvorstände die Herren: Prof. S v. Basch, Prof. Moritz Benedikt, Reg.-R. Prof. Anton Ritter v. Frisch, Dozent Ferdinand Frühwald, Dozent Josef Grünfeld, Dozent Victor Ritter v. Hacker, Dozent Hanns Ritter v. Hebra, Dozent Julius Hochenegg, Dozent Gustav Lott, Prof. Ludwig Mauthner, Prof. Alois Monti, Dozent Ignaz Neudörfer, Prof. Leopold Oser, Prof. August Ritter v. Reuss, k. k. Regierungsrath Prof. Johann Schnitzler, Prof. Emil Ritter v. Stoffella, Prof. Victor Urbantschitsch, Prof. Wilhelm Winternitz. An diese reihen sich die jüngst (Oktober 1892) gewählten Mitglieder Prof. Julius Mauthner und Prof. Richard Paltauf.

Das Kollegium der Aerzte ergänzt sich durch Kooptation, bez. durch Wahlen; dieselbe erfolgt über Vorschlag von drei Mitgliedern durch zwei Drittel Majorität sämmtlicher dem Lehrkörper der Poliklinik angehöriger Aerzte. Zum Abtheilungsvorstande kann nur ein Mitglied des Lehrkörpers der Wiener Universität gewählt werden und muss dann noch die besondere Bewilligung des Unterrichtsministerium zum Doziren an der Poliklinik erhalten, dadurch steht die Poliklinik in einem indirekten Zusammenhange mit der Fakultät.

**) Später, als die Poliklinik sich immer mehr vergrösserte, und die Agenden des Institutes sich auch entsprechend vermehrten, wurde die Organisation zunächst dahin geändert, dass statt des Verwaltungs-Ausschusses eine aus drei Mitgliedern bestehende Direktion mit der Leitung der Poliklinik betraut wurde. Diese Wahlen finden alljährlich statt und bedürfen der Genehmigung der Statthalterei. — Die auf Grund der erweiterten Statuten am 15 Dezember 1875 gewählte erste Direktion bestand aus Prof. Auspitz als Direktor, den Doktoren Monti und Schnitzler als Direktor-Stellvertreter, die in dieser Zusammensetzung bis zum Jahre 1884 verblieb, wo Prof. Auspitz in Folge seiner Ernennung zum Primararzte des k. k. allgem. Krankenhauses aus dem Verbande der Poliklinik schied. Darauf wurde in der Sitzung vom 18 Juni 1884 Prof. Schnitzler zum Direktor, die Professoren Monti und Ultzmann zu Direktor-Stellvertretern, und nach dem Hinscheiden Ultzmann's im Jahre 1889 an dessen Stelle Prof. v. Reuss zum zweiten Direktor-Stellvertreter gewählt. Die Genannten wurden seit dem alljährlich wieder gewählt, und so besteht derzeit die Direktion aus Regierungsrath Prof. Schnitzler als Direktor, Prof. Monti und Prof. v. Reuss als Direktor-Stellvertreter. Diese bilden im Vereine mit den Doktoren Hebra als Schriftführer und Grünfeld als Rechnungsführer den Verwaltungsausschuss. Mit der Leitung des Spitales ist derzeit Prof. Monti betraut, als dessen Stellvertreter Dr. Hochenegg fungirt.

In weiterer Vervollständigung der Organisation des Institutes wurde auch noch ein aus den besten Kreisen der Residenz bestehendes Kuratorium, dem vornehmlich die finanzielle Gebahrung der Poliklinik überantwortet ist, eingesetzt. Das Präsidium des Kuratoriums bestand zuerst aus den Herren: Excellenz Freiherrn v. Bezecny, als Präsidenten, Dompropst Marschall und Hofrath Neumann-Spallart als Präsidenten-Stellvertreter; nach dem Tode des Hofrathes Neumann-Spallart wurde Graf Lamezan an dessen Stelle gewählt.

ein grösseres Lokale miethen musste, und zwar in einer Seitengasse der Mölkerbastei, die in Folge Ansuchens der Poliklinik in pietätvoller Erinnerung an den genialen Arzt und Lehrer Oppolzer in Oppolzergasse umgetauft wurde. Aber bald wurden auch diese Räume zu eng und die Poliklinik übersiedelte im Jahre 1880 in die IX., Schwarzspanierstrasse 12, wo sie sich bis in die letzten Tage befand. Hier konnte sich das Institut immer mehr entwickeln. Nicht nur, dass die Abtheilungen allmälig auf 18 vermehrt wurden, wurde schliesslich im Jahre 1886 ein kleines Hospital, vorläufig gewissermassen wohl nur ein Nothspital zur Aufnahme dringender Krankheitsfälle errichtet. Diese «Spitalsabtheilung der Poliklinik» mit ihren 6 Zimmern und 12 Betten erfüllte Dank ihrer Organisation vollkommen den Zweck, der bei deren Begründung vorschwebte, indem daselbst jährlich durchschnittlich 200—250 Kranke, meist schwere und instruktive, darunter viele operative Fälle Aufnahme fanden, die, wie bereits erwähnt, hier nicht nur ärztliche Behandlung, sondern auch Unterkunft und Pflege unentgeltlich erhielten.

In gleichem Masse, wie die Zahl der Kranken, wuchs auch die Zahl der die Poliklinik frequentirenden Aerzte. Anfangs kaum 50 jährlich, stieg deren Zahl bald auf 100—200, später auf 300—400 und endlich auf 500 jährlich. Eine genaue statistische Zusammenstellung der bei Universitäts-Quästur eingeschriebenen Hörer der Poliklinik erweist in den 20 Jahren des Bestehens unseres Institutes 16 725 Inskriptionen aus, darunter bei einzelnen Dozenten 2000—2500 Hörer und darüber. Es sind dies Ziffern, deren sich selbst manche vom Staate reich dotirte Fakultät kaum rühmen kann.

Um aber die Bedeutung der Poliklinik aus Lehranstalt ganz würdigen zu können, muss hier noch bemerkt werden, dass unsere Frequentanten nicht Studenten im gewöhnlichen Sinne des Wortes sind. Unsere Schüler sind meist fertige Aerzte, die aus aller Herren Länder hieher kommen, um sich an der Poliklinik in den verschiedenen Zweigen der Medizin und Chirurgie weiter auszubilden. Unter diesen unseren Hörern finden sich Viele, die bereits durch längere Zeit ärztliche Praxis ausüben, Manche die selbst schon einen Namen in ihrem Fache haben, die alle aber trotzdem monatelang an unserem Institute verbleiben, um sich noch in dem einen und anderen Spezialfache zu vervollkommnen. Ausser diesen unseren Schülern im engeren Sinne des Wortes, die, wie gesagt, aus der ganzen Welt hier zusammenströmen, suchen und finden daselbst noch zahlreiche jüngere heimische Aerzte ihre weitere Ausbildung, indem sie an der Anstalt als Hilfsärzte fungiren. Dadurch bildet die Poliklinik einerseits gewissermassen die Brücke für die jüngeren Aerzte bei dem Uebergange aus der Schule in die Praxis, andererseits ist sie aber auch eine Fortbildungsschule für bereits ausübende, selbst schon erfahrene praktische Aerzte.*)

Bei der Entwicklung der mediz.-chirurg. Studien, bei der Schaffung immer zahlreicherer Specialzweige, bei der fortwährenden Zunahme der Studirenden, bei der grossen Frequenz unserer Fakultät durch ausländische Aerzte hat sich unsere Poliklinik naturgemäss zu einer nothwendigen Ergänzung der Wiener medizinischen Fakultät entwickelt, was nunmehr selbst von den früheren Gegnern willig, oder auch unwillig anerkannt wird.

So äussert sich der offizielle Bericht des akademischen Senates vom Jahre 1891 über die Thätigkeit der Poliklinik folgendermassen: «Die Poliklinik bildet durch ihre Organisation unzweifelhaft eine nothwendige und nützliche Ergänzung zu dem klinischen Unterricht, welcher in den vom Staate erhaltenen Lehranstalten ertheilt wird. Sie verschafft vielen Aerzten Gelegenheit sich eine grössere Fertigkeit in der Untersuchung und Behandlung, insbesondere ambulatorischer Kranker zu erwerben und bietet zugleich einer Anzahl von Dozenten Unterrichts-Material und entlastet dadurch das Allgemeine Krankenhaus und die Kliniken, was umso erspriesslicher ist, als ja diese ohnehin von Kranken und Studirenden überfüllt sind.»

Es versteht sich von selbst, dass die Erhaltung einer solchen Anstalt mit grossen Kosten verbunden ist, die mit der Ausdehnung des Institutes naturgemäss immer grösser wurden. Während die Ausgaben in den ersten Jahren kaum an 5000 fl. betrugen, stiegen diese allmählig bis auf 10-, 20- bis 25 000 fl. und darüber, so dass trotz der Opferwilligkeit der Aerzte, die daselbst nicht bloss ganz unentgeltlich wirken, sondern noch 10 Perzent ihrer Kollegiengelder der Anstalt widmen, die Erhaltungskosten der Poliklinik bis heute nahezu eine Viertel Million Gulden betragen, welche verhältnissmässig grosse Summe die Poliklinik nebst einzelnen hochherzigen Gönnern, vornehmlich dem allgemeinen Wohlthätigkeitssinne der Bevölkerung Wiens verdankt.

In erster Linie gedenken wir hier dankbarst Sr. Majestät unseres gnädigsten Kaisers, sowie des hohen Protektors der Poliklinik Sr. Durchl. des Herrn Erzherzog Rainer, die unserem Institute vom Beginne an ihre besondere Huld zugewendet haben. Diesen hohen Gönnern schlossen sich im Laufe der Jahre eine grosse Reihe hervorragender Persönlichkeiten, aus allen Kreisen der Residenz an; doch sind es nicht nur die oberen Zehntausend welche die Poliklinik unterstützen und fördern, sie findet vielmehr in allen Schichten der Bevölkerung wohlwollende Förderung und reichliche Unterstützung, so dass bis heute an Spenden für die Poliklinik weit über eine halbe Million Gulden eingegangen sind.

Diesen für die Wiener Verhältnisse ganz ausserordentlichen Erfolg hat die Poliklinik erzielt, trotzdem ihr gemeinnütziges Wirken anfangs nichts weniger als anerkannt wurde, ja wo sie Jahre hindurch gegen manche Vorurtheile und gar viele Gegner schwer zu kämpfen hatte.

Wie es gekommen, dass eine solch gemeinnützige Institution so viele Anfeindungen erleiden musste, mag an dieser Stelle unerörtert bleiben, so verlockend es auch wäre die Geschichte dieser Kämpfe, die nicht allein ein social-ärztliches, sondern selbst ein kulturhistorisches Interesse haben, zu erzählen. Aber wir müssten da kaum vernarbte Wunden wieder aufreissen und das möchten wir heute weniger denn je. Es sollen daher nur, so weit dies für das Verständniss der Entwicklungsgeschichte der Poliklinik unumgänglich nothwendig, kurz und objektiv die Thatsachen konstatirt werden: Schon die Neuheit der Institution hat naturgemäss eine Gegenströmung hervorgerufen; die unerwarteten Erfolge haben alsbald in den Kreisen, die sich durch dieselbe irgendwie berührt fühlen, Verstimmung erzeugt, die sich schliesslich durch Angriffe gegen die Poliklinik Luft machten. Die Aerzte der Poliklinik begnügten sich, bis endlich die Logik der Thatsachen siegte und selbst die Gegner zur Einsicht gelangten, dass die neue Institution denn doch ihre Existenzberechtigung habe und die Vorurtheile gegen die Poliklinik und ihre Schöpfer ungerechtfertigt wären. Endlich musste wohl Jeder der die Augen den Thatsachen gegenüber nicht absichtlich verschliesst, zugeben, dass sich die Poliklinik als Heil- und Lehranstalt bewährt hat, dass sie eine Wohlthat für die armen Kranken, eine Nothwendigkeit für den Unterricht an der medizinischen Fakultät ist.

Dies wird nunmehr auch überall anerkannt.

Ja, unsere Schöpfung hat weit über die Mauern unserer Stadt, weit über die Grenzen unseres Vaterlandes hinaus anregend gewirkt, indem sie zur Mutteranstalt vieler ähnlicher Institute wurde. Wurden doch in den letzteren Jahren in den meisten grösseren Städten, nicht allein Europas, sondern auch Amerikas Institute nach dem Muster der Wiener Poliklinik errichtet.

Zuerst kam eine solche in der Schwester-Hauptstadt unserer Monarchie, in Budapest, zu Stande, dann erstanden bald

*) Die meisten der Frequentanten der Poliklinik stammen aus Oesterreich-Ungarn und dem Deutschen Reiche, sodann folgen Amerika, Russland, England, Schottland, Irland, Dänemark, Schweden und Norwegen, Belgien und Holland, Italien, Türkei und Griechenland, Frankreich, Spanien und Portugal, die Balkanstaaten und die Schweiz, endlich Asien, Afrika und Australien. — Was die Hilfsärzte der Poliklinik betrifft, so waren seit dem Bestande des Institutes an den 18 Abtheilungen 820 Hilfsärzte und zwar 180 Assistenten und 640 Aspiranten thätig. Diese jungen Aerzte versehen ihren Dienst meist ohne jede Entlohnung; einen fixen Gehalt beziehen nur zwei im Hause wohnende Spitalsärzte.

ähnliche Institute in vielen Städten Deutschlands, wo sie sich unabhängig neben den Universitätspolikliniken entwickelten. — In Rom wurde vor drei Jahren nach dem Muster des Wiener Institutes eine Poliklinik erbaut und in Paris vor zwei Jahren eine solche eröffnet. Bei der feierlichen Eröffnung wurde ausdrücklich hervorgehoben, dass bei der Schaffung des Institutes die Wiener Poliklinik als Ideal vorschwebte. — Seitdem sind mehrere ähnliche Anstalten noch in anderen grösseren Städten Frankreichs und Italiens entstanden. Vor Kurzem erging auch aus Spanien und zwar direkt von der Königin-Regentin an die Direktion der Poliklinik die ehrenvolle Aufforderung, die Statuten, sowie alle auf die Organisation bezüglichen Schriftstücke einzusenden, da in Madrid eine ähnliche Anstalt und zwar unter dem Protektorate der Königin errichtet werden soll; endlich wurden in New-York, in Washington, in Chicago, St. Francisco und so fort in den meisten grösseren Städten Amerikas Institute nach dem Muster der Wiener Poliklinik geschaffen.

So hat sich denn unsere Poliklinik aus kleinen unscheinbaren Anfängen zu einer Bedeutung emporgeschwungen, die vor wenigen Jahren wohl Niemand erwartet hätte, und das anfangs wenig beachtete und Jahre hindurch sogar viel angefeindete Institut nimmt jetzt eine achtunggebietende Stellung ein; und wenn die Poliklinik auch heute noch nicht die staatliche Anerkennung gefunden hat, die sie in Folge einer mehr als zwanzigjährigen erspriesslichen Thätigkeit im Dienste der Humanität und der Wissenschaft schon längst verdiente, so kann diese doch nicht mehr lange ausbleiben.

Indess wir wollen nicht klagen und dürfen noch weniger anklagen. Hat doch unsere Poliklinik von jeher, besonders zur Zeit des Kampfes gegen dieselbe, bei der Regierung eine feste Stütze gefunden und wenn auch die materielle Unterstützung keine besonders grosse war, so dürfen wir doch deren moralischen Werth nicht unterschätzen. Abgesehen von gelegentlichen oft recht erheblichen Spenden von Seiten des Ministerium des Innern, erhält die Poliklinik vom Unterrichtsministerium eine Subvention von Anfangs 500, später 1000 Gulden jährlich und wir geben uns der Hoffnung hin, dass die Subvention in nicht gar ferner Zeit wesentlich erhöht werden wird. Der Gemeinderath von Wien hat in früheren Jahren und einige Vororte-Gemeinden bis auf die jüngste Zeit der Poliklinik ebenfalls Jahresbeiträge bewilligt, die uns hoffentlich nunmehr von der Grosskommune Wien in reicherem Masse gewährt werden dürften, wenn daselbst einmal die Leistungen unseres Institutes für die arme Bevölkerung Wiens in ernstliche Erwägung gezogen werden sollten.

Wenn auch die Zahl der Kranken, die in unserer Spitalsabtheilung Aufnahme findet, vorläufig noch keine gar grosse ist, so leistet die Poliklinik in Bezug auf Krankenpflege nicht wenig, indem durch eine systematische ambulatorische Behandlung für Viele die Spitalspflege oft ganz entbehrlich wird. Was es aber für arme Kranke zu bedeuten hat, wenn sie ihre Heilung auch ohne Unterbrechung ihrer Arbeit, ohne Schmälerung ihres Erwerbes finden können, braucht nicht erst weitläufig auseinandergesetzt werden. — Wohl gibt es in allen grösseren Spitälern auch Ambulatorien für Behandlung nicht bettlägeriger Kranker; aber hier erfolgen die Verordnungen doch zumeist auf Kosten des Staates oder der Kommune, während an der Poliklinik sämmtliche Auslagen durch Privatwohlthätigkeit bestritten werden. Dazu kommt noch, dass durch die Poliklinik das allgemeine Krankenhaus von so vielen Dozenten, mit ihren Schülern und Patienten entlastet wird, was für die bettlägerigen Kranken daselbst unstreitig von nicht zu unterschätzendem Vortheile ist.

Für die Unterrichtsverwaltung kommt dabei aber noch in Betracht, dass die Poliklinik durch ihre Organisation zugleich eine Stätte für die Pflege des Dozententhums und damit auch für die Erhaltung des so nothwendigen Nachwuchses von tüchtigen und erprobten Lehrkräften geschaffen hat. — Daselbst waren seit der Begründung der Poliklinik 45 Dozenten thätig und zwar mit solchem Erfolge, dass die meisten von ihnen in Würdigung ihrer wissenschaftlichen und didaktischen Leistungen zu Universitätsprofessoren ernannt und mehrere derselben an auswärtige Hochschulen berufen wurden. So hat sich denn unsere Poliklinik auch als Stätte für die Entwicklung und Hebung des Dozententhums einen ehrenvollen Platz in unserem Universitätsleben errungen.

Trotz all' dieser unbestreitbaren Erfolge hatten wir bis auf die jüngste Zeit doch noch immer die Empfindung, dass unsere Institution auf schwankendem Boden stehe und dass ihre Existenz nichts weniger als gesichert wäre; wir aber wollten etwas Bleibendes schaffen!

Sollte unsere Schöpfung, für alle Zeiten gesichert sein, dann musste die Poliklinik zunächst ihr eigenes Heim besitzen.

Dasselbe würde wohl auch fernerhin in erster Linie der ambulatorischen Behandlung und dem poliklinischen Unterricht gewidmet bleiben. Zugleich sollte aber auch um das Wirken der Poliklinik noch erspriesslicher zu gestalten und grösseren Kreisen zugänglich zu machen, das Ambulatorium mit einem Spitale, einem Asyle für arme Kranke ohne Unterschied der Nationalität und der Konfession verbunden werden. Erst dann könnte die Poliklinik ihre Doppelaufgabe als Heil- und Lehranstalt voll und ganz erfüllen.

Dass Wien aber einer solchen Institution bedarf, braucht wohl nicht erst bewiesen zu werden. Sind doch die Klagen über den Platzmangel in den Spitälern zu gewissen Jahreszeiten ebenso stereotyp, wie die, über die Ueberfüllung der klinischen Hörsäle zu Beginn jeden Studienjahres; so viel auch die Regierung in den letzten Jahren zur Behebung dieser Uebelstände gethan hat.

Hier müsste nun, so dachten wir, die Privatwohlthätigkeit ernstlich eingreifen.

Wie vor Jahren das poliklinische Ambulatorium durch die Initiative einiger Dozenten entstanden, so sollte jetzt ein poliklinisches Spital durch freiwillige Beiträge edler Menschenfreunde geschaffen werden.

Der Plan war wohl kühn, aber die bisherigen Erfolge haben die Leitung der Poliklinik ermuthigt, auf der eingeschlagenen Bahn weiter vorzugehen, bis das angestrebte Ziel erreicht ist.

Ein unter dem Protektorate der edlen Gemalin unseres hohen Protektors, der Frau Erzherzogin Marie Rainer stehendes Damenkomité, mit der genialen für alles Grosse und Schöne begeisterten und begeisternden Fürstin Metternich an der Spitze, leitete Sammlungen ein, veranstaltete Wohlthätigkeits-Vorstellungen und Festlichkeiten und brachte in dieser Weise die ersten Fonds von nahezu 150.000 fl. zum Baue der Poliklinik zusammen.

Daran knüpften sich namhafte Spenden von einzelnen durch Herzensgüte und Wohlthätigkeitssinn hervorragenden Männern, unter denen in erster Linie die Herren Wilhelm und David v. Gutmann genannt werden müssen, die für den Bau eines eigenen Kinderpavillons im Rahmen der Poliklinik über 150.000 fl. spendeten.

Diesen hochherzigen Gönnern schlossen sich bald noch zahlreiche andere Menschenfreunde an, so dass die Leitung der Poliklinik um die Mitte des Jahres 1890 über ein ansehnliches Kapital verfügte, das, wenn auch für unsere weitgesteckten Ziele noch lange nicht genügend, immerhin beträchtlich genug war, um den längst projektirten Bau ernstlich in Erwägung zu ziehen.

Es musste zunächst ein Bauplatz gesucht und gefunden werden, was keine leichte Aufgabe war. Musste doch bei der Wahl des Platzes darauf Rücksicht genommen werden, dass die Poliklinik nicht allein Heil- sondern zugleich mediz.-chirurgische Lehranstalt ist; diese durfte aber nicht allzuweit vom k. k. allgem. Krankenhause entfernt sein, damit die Studenten und die Aerzte die Möglichkeit haben, mit den Kliniken im allgemeinen Krankenhause zugleich auch unsere Poliklinik frequentiren zu können.

Ein solcher unseren Zwecken in jeder Beziehung entsprechender Bauplatz wurde nach langem Suchen endlich

IX. Mariannengasse 10 gefunden. Eine daselbst befindliche zum Theile zur Demolirung reife Häusergruppe, die sich von hier durch die Höfergasse bis zur Lazarethgasse im Ausmaasse von über 8000 Quadratmeter ausdehnt, wurde sammt dazugehörigen Gartenanlagen um den Preis von rund 250.000 fl. erworben. (Zur richtigen Bemessung der eigentlichen Kosten des für die Poliklinik bestimmten Baugrundes muss jedoch bemerkt werden, dass das eine der angekauften Häuser, IX., Höfergasse 1, im Schätzungswerthe von rund 50.000 fl. vorläufig als Wohn- und Zinshaus verbleibt, somit die für den Bau der Poliklinik bestimmten Gründe auf rund 200.000 fl. zu stehen kommen.)

Nun erst konnte zum Bau geschritten werden.

Bei Berathung des Bauplanes mussten wir darauf bedacht sein, in Anbetracht der für unsere weitgehende Pläne nur allzu beschränkten Finanzlage den Bau vorläufig nur auf das Wichtigste und Nothwendigste zu beschränken und die weitere Durchführung unserer Ideen, wie sie übrigens bereits in dem Entwurfe unseres Architekten, des Herrn Baurathes Andreas Streit so schön skizzirt sind, künftigen besseren Zeiten zu überlassen.

Ist dieser Plan einmal ganz ausgeführt, so werden wir hier eine Poliklinik besitzen, wie kaum eine andere Stadt der Welt, auf die Wien dann doppelt stolz sein darf, weil sie zugleich ein beredtes Zeugniss des Wohlthätigkeitssinnes seiner Bewohner für alle Zeiten bilden wird.

Aber auch was wir bis nun geschaffen, was bis heute fertig steht, was schon von diesem Augenblicke seiner Bestimmung als Heil- und Lehranstalt übergeben wird, kann Alle, die an dem Werke mitgearbeitet, mit gerechter Befriedigung erfüllen, den auch jetzt schon, wo der Bau noch lange nicht ganz durchgeführt ist, hat unsere Poliklinik kaum irgendwo ihres Gleichen.

Architekt Streit hat nicht nur den wahrhaft genialen Bauplan entworfen, sondern auch die musterhafte Durchführung des ganzen Baues ohne jede Entlohnung durchgeführt. Für diese uneigennützige selbstlose Thätigkeit im Interesse der Poliklinik verdient derselbe nebst der allgemeinen Anerkennung, den ganz besonderen Dank der Aerzte des Institutes, deren Wünsche er stets in liebenswürdigster Weise berücksichtigte.

Wir betrachten aber damit unsere Aufgabe noch nicht als beendet, wir haben noch Manches zu thun, wenn wir all' das erreichen wollen, was uns als Ideal vorschwebt.

Wohl ist der Bau, wenigstens in den zunächst projektirten Umrissen fertig, wohl ist das Haus soweit eingerichtet, dass wir daselbst unsere Thätigkeit beginnen können, aber noch fehlen die nöthigen Fonds zur Erhaltung des Institutes.

Wir müssen daher wieder und wieder an unsere Gönner und Freunde appelliren. Wir wenden uns diesmal nicht allein an die vom Schicksale besonders Begünstigten oberen Zehntausend, sondern auch an die breiten Schichten des Mittelstandes, wie denn überhaupt an Alle die ein warmes Herz für ihre Mitmenschen haben, an Alle die mitfühlen mit den Unglücklichen die doppelt unglücklich, weil sie eben krank und arm sind.

Gerade hier kann mit für verhältnissmässig Wenigem viel, sehr viel geleistet werden, indem durch Förderung und Unterstützung von Krankenasylen, wesentlich dazu beigetragen wird, dass die armen Kranken ihre Gesundheit, die ihr ganzer Reichthum, wieder gewinnen, dass den Familien ihre Ernährer, den Eltern ihre Kinder erhalten bleiben. Darum zögere Niemand an diesem Werke echter, wahrer Wohlthätigkeit mitzuarbeiten. Einen Stein kann Jeder zu dem schönen der Humanität und der Wissenschaft gewidmeten Baue liefern. **Unsere Poliklinik wird dann nicht allein ein Asyl für arme Kranke, sondern zugleich ein bleibendes Denkmal des edlen Sinnes und wohlthätigen Herzens der Bewohner Wiens bilden.!**

Nun wollen wir einen Rundgang durch das neue Heim der Poliklinik machen und zunächst das Ambulatorium besichtigen.

In drei Stockwerken zehn prächtige Hörsäle mit allen dazugehörigen Nebenräumen für Untersuchung und Behandlung der Kranken, für medizinisch-chirurgischen Unterricht und endlich für wissenschaftliche Forschung; daran schliessen sich im Hochparterre Aufnahmskanzlei und Apotheke, im dritten Stockwerke Direktionszimmer, Sitzungssaal und Bibliothek, endlich die Laboratorien für Bakteriologie, sowie für medizinische Chemie.

Bei der Eintheilung der Ordinationslokalitäten wurde darauf Rücksicht genommen, dass dieselben wie auch die Hörsäle für gleiche oder doch für verwandte Krankheiten verwendet werden, und dass jeder Dozent über genügende Räumlichkeiten verfüge.

Man vergleiche nun die luftigen Warteräume für die Kranken, die lichten Zimmer für die zu Untersuchenden und zu Behandelnden und endlich die freundlichen Hörsäle für die Studirenden mit anderen gleichen Zwecken dienenden Ambulatorien. Der Abstand ist ein allzu auffälliger, als dass wir auf denselben näher einzugehen brauchten.

Nicht minder gross ist dieser Unterschied, wenn man die Spitalsräumlichkeiten der Poliklinik mit älteren Spitalsbauten vergleicht. Man erkennt sofort, dass bei diesem unserem Baue nicht allein alle Fortschritte der Technik und der Hygiene berücksichtiget, sondern dass die Erbauer auch von der weitgehendsten Humanität für die Kranken geleitet wurden. Nicht mehr ungemüthliche, lange und schmale Zimmer für je 20 bis 40 Kranke und darüber, sondern freundliche Räume für durchschnittlich je 4—6 und nur ausnahmsweise für 8—12 Kranke bilden die Grundlage dieses Spitales, das vorläufig wohl nur für etwa 80 Kranke berechnet ist, in dem aber schon jetzt bequem auch 100 Kranke und darüber untergebracht werden könnten, wobei diese noch lange nicht so beengt wären, wie in den Spitälern alten Styles.

Bei der weiteren Durchführung des poliklinischen Baues, wie er jetzt fertig skizzirt vorliegt, sollen daselbst 200—300 Kranke Platz finden; dabei sind künftige Erweiterungen nicht ausgeschlossen, da ringsherum zahlreiche kleine meist verfallene Häuser später zur Vergrösserung des Spitales verwendet werden könnten; endlich sollen sich an das Spital noch mehrere, für medizinisch-chirurgischen Unterricht bestimmte Institute anreihen.

Besonders erwähnt mag hier noch werden, die von Professor Winternitz auf eigene Kosten errichtete Spezial-Abtheilung für Hydrotherapie, die wohl insofern als erste hydriatische Klinik angesehen werden darf, als hier zum ersten Male eine Lehrstätte für wissenschaftlichen Hydrotherapie geschaffen ist, wie sie unseres Wissens noch nirgends besteht. Ferner wurde in der Poliklinik ein eigenes nach neuen Prinzipien konstruirtes Inhalatorium errichtet, um den Werth der Pneumotherapie bei Krankheiten der Athmungsorgane zu demonstriren.

Dass das poliklinische Institut auch sonst mit allen modernen Behelfen der Medizin und Chirurgie ausgestattet ist, braucht wohl nicht erst betont zu werden. Die zwei daselbst befindlichen chirurgischen Operationssäle sind unter Verwerthung aller ein aseptisches Operiren ermöglichenden Kautelen angelegt. Der Asphaltboden, der Oelanstrich an den Wänden ermöglicht, dass die beiden Säle durch Abspritzen leicht nasskalt und nach jeder Operation vollkommen gereinigt werden können. Die Möbel sind aus Eisen und Glas, ebenfalls leicht vollkommen aseptisch zu erhalten. Der eine von den beiden Sälen befindet sich im Ambulatorium und ist für die Operationen an Ambulanten, der andere im Spitale untergebrachte, für grössere Operationen bestimmt. Dass bei der Einrichtung überall die hygienischen Vorschriften auf's Strengste beachtet wurden, ist selbstverständlich, ja es wurde hierin weit über das bisher übliche Mass hinausgegangen. So wurde z. B. der Fussboden unseres Wissens zum ersten Male mit Xylolith belegt, wodurch es am besten möglich wird, den Fussboden leicht und gründlich zu reinigen, gegen Infektionsstoffe zu schützen; ebenso wurden alle Wände mit Oelfarben gestrichen, wodurch deren Reinhaltung wesentlich erleichtert wird. Ferner geht durch sämmtliche Zimmer eine sehr zweckmässig eingerichtete Wasserleitung für warmes und kaltes Wasser.

Für Heizung, Licht und Ventilation sind die neuesten Fortschritte verwerthet worden.

Eine Centralheizung — mittelst Niederdruck-Dampfheizung — erwärmt gleichmässig alle Räume des ganzen Hauses, d. h. das Ambulatoriums und des Spitales. Die Heizung ist so eingerichtet, dass bei einer Aussentemperatur von — 20° C. eine Innentemperatur von + 20° C. erreicht werden kann.

Die Ventilation gestattet einen fortwährenden raschen Luftwechsel.

Bei Tag erhellen ungewöhnlich grosse Fenster die Räume, als künstliches Licht dient in erster Linie Elektrizität u. zw. wurde hiebei der Gleichstrom verwendet, weil dieser gleichzeitig auch für sonstige wissenschaftliche Untersuchungen besser verwerthet werden kann. Ausser dem elektrischen Lichte wurde aber überall auch Gas eingeführt, wo wir nebst Licht Wärme benöthigen oder wo für gewisse Unterrichtszwecke das Gaslicht wenigstens vorläufig geeignet scheint.

Sonstige Details über Bäder, Keller- und Küchenräume zu geben, müssen wir einem späteren Berichte unseres Architekten überlassen. Hier sollte nur in Kürze hervorgehoben werden, wodurch sich unsere Poliklinik von anderen ähnlichen Bauten vortheilhaft unterscheidet.

* * *

Und nun wollen wir, bevor wir die der Humanität und der Wissenschaft geweihte Stätte verlassen, noch einmal Umschau halten in der prächtigen Vorhalle, wo die Dankbarkeit die Namen der vornehmsten Gönner und hervorragendsten Förderer unseres Institutes mit goldenen Lettern in Marmortafeln eingezeichnet hat, und schliesslich dann zum Abschiede noch einen Blick auf die, den Charakter des Hauses zum Ausdruck bringende Façade der Poliklinik werfen.

Ueber der Pforte sehen wir die verklärten Gesichter unserer unsterblichen Meister ROKITANSKY, SKODA und OPPOLZER, die der Wiener Schule um die Mitte dieses Jahrhundertes unvergänglichen Glanz verliehen haben; an dieses Dreigestirn reihen sich unsere einstigen Lehrer, die Begründer und Vertreter der wichtigsten Spezialfächer der Medizin und Chirurgie. Ueber diesen glänzen die Namen der bedeutendsten Aerzte aller Zeiten und aller Länder; bei deren Auswahl jedoch aus leicht begreiflichen Gründen, von einzelnen noch jetzt an unserer Fakultät wirkenden Grössen vorläufig abgesehen werden musste.

Bei der Bestimmung der Persönlichkeiten, deren Bildnisse die Front unseres Institutes zieren sollten, wollten die Schöpfer der Poliklinik in erster Linie ihren einstigen Lehrern ihre Huldigung darbringen. Bei der grossen Zahl der Männer jedoch die hier in Betracht kamen, war bei der Verschiedenheit ihrer Bedeutung für die Schule und die Wissenschaft die Auswahl keine leichte. An und für sich ist die Zeit, die uns von den Dahingeschiedenen trennt noch zu kurz, um ein ganz unbefangenes Urtheil über die Einzelnen abgeben zu können; dann ging es auch nicht gut an, dass die einstigen Schüler über ihre früheren Lehrer zu Gerichte sitzen; am wenigsten in diesem Falle, wo ja erst Manches aus der Zeit der poliklinischen Kämpfe vergessen werden musste, wenn man überhaupt daran denken wollte, dem Einem und Anderen ein Denkmal zu setzen, an dem Institute, dessen prinzipielle Gegner sie Jahre hindurch waren.

Bei diesem Akte der Pietät sollte jedoch nur an die Zeiten gedacht werden, wo wir als Jünger hinaufgeblickt zu den Meistern.

Dieses Erinnern an die schönen Tage und das Vergessen der bitteren Stunden möge nicht nur Symptom, sondern zugleich Symbol sein des künftigen freundnachbarlichen, kollegialen Zusammenwirkens von Klinik und Poliklinik, von officieller und nichtofficieller Schule.

Möge es nun uns, den Epigonen, nachdem wir endlich nach jahrelangem, rastlosen Streben und muthigen Ringen eine würdige Stätte für unsere Thätigkeit als Aerzte und Lehrer gefunden, gegönnt sein, in und neben der altehrwürdigen Alma mater Vindobonensis zum Wohle der leidenden Menschheit zu wirken und am Aufbau unserer Wissenschaft mitzuarbeiten.

Konkurs-Ausschreibung.

Ueber Erlass des Bezirksamtes in Travnik vom 22. November d. J. Zahl 9447, respektive auf Grund des Erlasses der hohen Landesregierung vom 10. November d. J., Zahl 86.568/I., ist die erledigte Gemeindearztesstelle in der Stadt Travnik unter nachfolgenden Bedingungen zu besetzen:

I. Die Stelle eines Gemeindearzten ist mit einem Salair von 1200 fl. jährlich, ohne weitere Nebengebühren und ohne Ersatz der Zureisekosten verbunden, und wird vorstehender Betrag in anticipativen Monatsraten gegen skalamässig gestempelte Quittungen bei der Gemeindekassa erfolgt.

II. Mit der Stelle eines Stadtarztes sind weiters folgende Verpflichtungen verbunden.

1. Besuch und Behandlung der städtischen Angehörigen. Hier hat der Arzt das Recht von zahlungsfähigen Personen für eine einmalige Krankenvisite bei Tag 70 kr., bei Nacht 1 fl. 50 kr. einzuheben. Stadtarme hingegen, welche seitens des Gemeindearztes als solche bezeichnet werden, müssen unentgeltlich behandelt, wenn nöthig auch besucht werden.

2. Versehung des Spitalsdienstes an dem hiesigen städtischen Spitale, Verwaltung des städtischen Spitals und Ueberwachung der Ordnung in demselben, die Oberaufsicht hingegen im Spitale steht dem Kreisarzte zu.

3. Visitation der Prostituirten gegen die feststehende Visitationstaxe, welche monatlich decursiv vom Bezirksamte erfolgt wird.

Die Supervisitation der Prostituirten erfolgt monatlich zweimal durch den Kreisarzt an den zur ordentlichen Visitation festgesetzten Tagen, in welchem Falle die Visitationstaxe dem Supervisitator zukommt.

4. Ueberwachung der Sanitäts- und Sanitätspolizeilichen Verhältnisse der Stadt im Einvernehmen und unter Leitung des Kreisarzten.

5. Der Stadtarzt ist weiters verpflichtet, sich von der Behörde zu allen gerichtsärztlichen und sanitätspolizeilichen Funktionen auch im öffentlichen Dienste und ausserhalb der Stadt auf dem flachen Lande, im letzteren Falle gegen die in den hierländigen Vorschriften normirten Gebühren (Reisekostenentschädigungen, Diäten, Sachverständigen-Gebühren) verwenden zu lassen.

6. Zuletzt ist der Stadtarzt nicht berechtigt, beim Verlassen dieser Stelle aus welch' immer Ursache eine Abfertigung oder Rückreiseentschädigung zu verlangen.

7. Muss der Stadtarzt die Kenntniss einer slavischen Sprache nachweisen.

Vorgeschrieben gestempelte und mit den nöthigen Dokumenten versehene Kompetenzgesuche wollen bis 31. Jänner 1893 dem Stadtmagistrate in Travnik eingesendet werden.

Stadtmagistrat in Travnik am 12. Dezember 1892.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Debit: *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Benno Jaffé & Darmstaedter,
Martinikenfelde bei Berlin.

LANOLINUM PURISS. LIEBREICH

einzige antiseptische Salbenbasis, geruchlos, säurefrei, fast weiss.

Zu haben bei allen Droguisten in Oesterreich-Ungarn.

DIURETIN-KNOLL

Vorzügliches Diureticum.

empf. von Prof. v. Schröder (Heidelb.) u. Prof. Gram (Kopenh.).
Indicirt bei Hydrops in Folge von Herz- und Nierenleiden, wirksam auch wo Digitalis und Strophantus versagten. Hat vor Calomel den Vorzug völliger Ungiftigkeit.

Mit grösstem Erfolg angewendet von:
Dr. **A. Hoffmann** (Klinik des Prof. **Erb, Heidelb.**),
Dr. **Koritschoner** (Klinik des Prof. **von Schrötter, Wien**),
Dr. **Pfeffer** (Klinik des Prof. **Drasche, Wien**),
Dr. **E. Frank** (Klinik des Prof. **v. Jaksch, Prag**), u. A. m.

CODEIN-KNOLL

Mildes Narcoticum. Keine Angewöhnung.

Bestes Ersatzmittel des Morphiums. Vorzüglich bewährt bei **Husten** — unentbehrlich für Phthisiker. Empfohlen bei Morphium-Entziehungs-Kuren. Dosis die dreifache des Morphiums.
Broschüren zu Diensten. (1167)

Knoll & Co., Chem. Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

C. Reichert Wien, VIII., Bennogasse 26.
Specialität: **Mikroskope I[er] Qualität**
Katalog Nr. 18 soeben neu erschienen. (1258)

Schering's Pepsin-Essenz (887)

nach Vorschrift von **Dr. Oscar Liebreich, Professor der Arzneimittellehre an der Universität Berlin**, ist nach vielfach angestellten Versuchen das **wirksamste von allen Pepsinpräparaten** bei den verschiedenartigsten **Magenleiden**. — Zu haben nur in Originalflaschen in **Wien, Budapest, Lemberg, Prag, Arco** etc. in den **Apotheken**



Das

beste Zahnputzmittel der Neuzeit.

Sanitätsbehördlich geprüft.

Die Salvator-Glycerin-Zahn-Crême entspricht allen Anforderungen nach einem angenehmen, erfrischenden prophylaktischen Zahnreinigungsmittel.

Haupt-Depôt: **Wien, I., Heidenschuss 1.**
Firma: **Wiener Fleischhauer-Compagnie.**
En gros-Abnehmer und Depositäre im In- und Auslande gesucht.

Cacao Küfferle

um 30 bis 40 Perzent billiger als die ausländischen Cacaos, ohne Potasche und Gewürz erzeugt. (1098)

PRIVAT-HEILANSTALT

des

kaiserl. Rath Dr. ALBIN EDER

Wien, VIII., Schmidgasse 14.

Vorzügliche Pflege, mässige Preise. — Programmzusendungen **auf Wunsch gratis.**

FARBENFABRIKEN vormals FRIEDR. BAYER & CO.
ELBERFELD.



Abtheilung für pharmaceutische Producte

Aristol empfohlen bei **Ulcus cruris, parasitären Eczemen, Ozaena** und als **Vernarbungsmittel.**

Europhen in fast allen Fällen das Jodoform ersetzend. Besondere Indikationen: **Brandwunden, Ulcus molle, luetische Spätformen.**

Losophan für die Behandlung von **Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor, Scabies** etc.

Salophen mit besonderem Erfolg angewendet bei **akutem Gelenkrheumatismus, Migräne** etc empfohlen.

Trional und **Tetronal** prompt wirkende **Hypnotica.**

Piperazin das beste Harnsäure lösende Mittel.

(Sämmtliche oben genannten Präparate sind patentirt.)

Phenacetin-Bayer, Sulfonal-Bayer, Salicylsäure, Salicyls. Natron, Chlormethyl

(sämmtlich bevorzugte Marken).

Wir garantiren für die Reinheit unserer Produkte.

FARBENFABRIKEN vormals FRIEDR. BAYER & CO.
ELBERFELD. (1282)

Cantharidin-Seife V.

nach **Dr. Tips.**

(Hergestellt unter Controle des Herrn Dr. Spindler.)

ist nur in den Apotheken zu haben.

Seit der Begründung der Bakterienkunde ist die Wissenschaft erst zu der richtigen Erkenntniss gelangt: Dass die Hauptzerstörer des menschlichen Haares in den Pilzen und Mikroben zu erblicken sind, welche meist der ranzigen Fettsäure der leider noch immer angewandten Pomaden und Salben ihre Entstehung verdanken. Die „Catharidin-Seife V" ist eine chemisch reine centrifugirte neutrale antiparasitische Toilettenseife, speciell zum Waschen und Reinigen der Kopfhaut bestimmt, welche frei von allen schädlichen Bestandtheilen und bei vollständig gefahrloser (äusserlicher Anwendung ihre überraschend wohlthätige Einwirkung auf den Haarwuchs zeigt. — **Die „Catharidin-Seife V" tödtet die Pilze und Bakterien,** verhindert deren Ansteckung und Weiterverbreitung, öffnet die Poren, entfernt die trockenen und fettigen Schuppen, macht die Papille zu neuerem Wachsthum fähig und übt einen geradezu wunderbar zu nennenden, stärkenden und kräftig belebenden Einfluss auf den Haarboden aus — Die „Catharidin-Seife V." **ist das einzig in der Pharmakologie bekannte Cosmeticum zur Erlangung eines schönen, neuen und gesunden Haarwuchses;** sie hat in den medizinischen Kreisen eine sympathische Aufnahme gefunden, und wird von den Herren Aerzten immer mehr empfohlen und verordnet. —

In Deutschland, Oesterreich und die Schweiz verkaufen heute über 800 Apotheken unsere **„Cantharidin-Seife"** mit besten, theils grossen Erfolgen. — Nachfrage und Konsum steigert sich fortwährend. —

Verkaufspreis pro Karton mit 3 Stück zu M. 3.— mit 40% Rabatt, 3 Monate Ziel.

C. Moudt-Berg, Pforzheim. Fabrik medizinischer Seifen.

Haupt-Niederlagen in: **Wien, I.** Wollzeile 9 (bei F. Wolf & Sohn). — **Budapest.** Apotheke zum rothen Kreuz, (Andrassy ut 84); **Apotheker Jos. v. Török,** (z. hl. Geist). **Brünn.** Joh. Brychta, Apotheke z. Auge Gottes; Jos. Lehmann & Co. — **Prag.** Apotheker Anton Cumpe; Alois Lukesch, Apotheke z. weissen Adler. — **Pressburg.** Apotheker Dr. Rud. Adler. — **Czernowitz.** Apotheker Willibald Beldowicz. — **Teplitz.** Ferd. Schmied, Apotheke z. Dankbarkeit. — **Gross-Wardein.** Apotheker Alb. Wachsmann. — **Stuhlweissenburg.** Apotheker Rud. Say. — **Temesvar.** Apotheker C. M. Jahner. — **Karlsburg.** Apotheker Jul. Fröhlich. — **Lemberg.** Apotheker Sigm. Rucker. — **Görz,** Apotheker A. de Gironcoli. — **Bregenz.** E. Lutteri, Löwen-Apotheke. — **Graz.** R. Hanzlih, Adler-Apotheke. [1279]

Tinct. ferri albuminat. Richter.

Dies in den weitesten Kreisen rühmlichst bekannte Eisenalbuminat ist überaus leicht verdaulich und schwärzt weder die Zähne, noch belästigt es die Verdauung; es wird im Gegentheil selbst von solchen Kranken gut vertragen, welche an schwacher Verdauung laboriren. Der Geschmack ist ein **sehr angenehmer,** nicht an Medizin erinnernder, so dass es sowohl von Kindern, als auch von den diffizilsten Patienten gern genommen wird. Eisengehalt 0·5%. Nur diese **natürliche Verbindung** des Eisens mit Eiweiss wird sofort und unverändert absorbirt, daher die rasche und sichere Wirkung. Als zweckmässigste Dosis wird von den Aerzten angesehen: für Kinder ein und für Erwachsene zwei Theelöffel zwei- bis dreimal des Tages. Preis 70 kr. die Flasche. Haupt-Depôt: Josef v. Török, Apotheke in Budapest. (1134)

Neue Arzneimittel und Arzneizusammensetzungen.

Sulfonal, Chloralamid, Aristol, Orexin, Hydrastinin, Exalgin, Benzosol, Tetronal. Salipyrin, Cornutin.

Liebe's Sagradawein, hat die Stärke des **Fluid-Extraktes,** 200 Gr. 1 fl.

Bernatzik's sterilis. und conserv. Subcutan-Injectionen. Einfachste Manipulation (7—12 kr. per Stück).

Amylnitrit-Glaskapseln in Wattepolster gehüllt, 10 Stück 1 fl. 20 kr. zur rasch belebenden Inhalation gegen neurasthenische Zustände, sowie nach Cocaïnanästhesirung.

Sublimat-Pastillen 1 Gr. Sublimat und 1 Gr. Chlornatr. enthaltend, sehr leicht lösl., gut gefärbt, 10 St. 20 kr. mit Transportcylind. 24 kr.

Brompastillen **„Erlmayer'sche Mischung"** 0·50, 1·00 und 2·00 Gr. schwer (4 Th. Ka. brom., 4 Th. Natr. brom. und 2 Theile Ammon. brom., 1—2 St. in Wasser gelöst zu nehmen. 10 Stück, 1 Gr. schwer, in Glascylindern 30 kr.),

Medicamentöse biegsame Cacaobutter-Bougies mit Jodoform, Tannin, Kupfer, Cocaïn etc. nach beliebiger Zusammensetzung u. Dosirung aus vergoldeten Cylindern sorgfältigst und reinlichst gepresst. **Sauerstoff zu Inhalationen** in Kautschuk-Ballons oder in Metall-Cylindern. (1244)

C. Haubner's Engel-Apotheke, I., Bognergasse 13, in Wien.

General-Dépôt für Parke, Davis & Cie. in Detroit (America).

Postbestellungen werden täglich effectuirt.

Für Mikroskopie und Uroskopie

sämmtliche Utensilien. Reagentien etc., sowie die verschiedensten Geräthe für allgemeinen **ärztlichen** und **klinischen** Gebrauch, als: Instrumententassen, Irrigatoren, Seidenspulen und Spulenkästchen, Mutterrohre und Katheter aus Glas. Albuminimeter. Gährungssaccharometer etc. etc.

Operations- und Instrumenten-Tische

nach Dr. Eder jun. (1097)

empfiehlt **Rud. Siebert,** k. u. k. Hoflieferant, Wien, VIII., Alserstr. 19

Illustrirter Preiscourant XIII. Jahrgang 1892/93 gratis und franko.

Einrichtung für Cholera-Baraken.



Für Spitäler, Privat-Heilanstalten

und dergleichen empfiehlt

ANTON PAULY

Bettwaarenfabrik und Möbellager

nur VIII., Lerchenfelderstrasse 36

sein reichhaltiges Lager von **Bettwaaren, tapezirten Holz- und Eisenmöbeln.** Preisliste gratis und franco. — **Gegründet 1816.**

Referenzen liegen zur Einsicht auf. (1252)

F. EBELING

optisch - mechanische Werkstätte, WIEN, XVII., Hernalser Gürtel Nr. 2.

MIKROSKOPE

für Bacteriologie

und alle Bedürfnisse der Wissenschaft

MIKROTOME

und sämmtliche Nebenapparate, (1271)

Ausführliche illustrirte Preislisten.

PERLEN DES Dr CLERTAN

Von der medizinischen Akademie in Paris genehmigtes Verfahren

GUAJACOL-CLERTAN

Jede Perle enthält unter einer dünn gallertartigen, durchsichtigen und leicht löslichen Umhüllung, 5 centigr. **Guajacol.** — MITTLERE DOSIS: 4 per Tag, 2 bei jeder Haupt-Mahlzeit. Die **Guajacol-Perlen des Dr. CLERTAN** sind nur in Flacons von je 30 Perlen und zum Preise von fl. 1.— ö. W. per Flacon erhältlich.

CREOSOT-CLERTAN

Jede Perle enthält unter einer dünn gallertartigen, durchsichtigen und leicht löslichen Umhüllung, 5 centigr. ***Kreosot.*** — MITTLERE DOSIS: 4 per Tag, 2 bei jeder Haupt-Mahlzeit. — Die **Kreosot-Clertan-Perlen** sind nur in Flacons von je 30 Perlen und zum Preise von fl. 1.— ö. W. per Flacon erhältlich. (1256)

SANTAL-CLERTAN

Ol. Santal ostind. purissimum.

Jede Perle enthält, unter einer dünn gallertartigen, durchsichtigen und leicht löslichen Umhüllung. 5 Tropfen reines ***Santal-Œl.*** — MITTLERE DOSIS: 8 per Tag, in 2 oder 3 Dosen. — Die **Santal-Clertan-Perlen** sind nur in Flacons von je 30 Perlen à fl. 1.60 erhältlich.

In **WIEN**: Engelapotheke, Bognergasse 13; Zum schwarzen Bären, am Lugeck; Zum heiligen Leopold, Plankengasse; Alte k. k. Feldapotheke, am Stephansplatz; Zum rothen Krebs, Hoher Markt; Dr. A. Rosenberg's Apotheke zum König von Ungarn, I., Fleischmarkt. In **BUDAPEST**: bei Herrn Josef von Török. In **PRAG**: bei Herren Fürst und W. Adam. In **GRAZ**: bei Herren Anton Nedwed und Purgleitner, etc. etc.

Extensions- und Torsionsapparat

gegen

Verkrümmungen und Erkrankungen der Wirbelsäule.

K. k. öst.-ung. Patent GUNZ.

Hülsen-Apparat nach Hessing für alle orthopädischen Fälle, Apparat nach Angabe Dr. Albert Hoffa, Privatdozent für Chirurgie an der Universität Würzburg, vorzügliche Bauchbinden, Bruch- und Schenkelbruchbänder, Bandagen gegen Prolapsus uteri, künstliche Füsse 1500 bis 1800 gr. wie alle in dieses Fach einschlagende Artikel.

Hochachtend

Marie von Gunz, behördlich autorisirte Bandagistin **für Frauen.**

Victor v. Gunz, **mechanischer** Orthopäde.

Unser Atelier für **mechanische** Orthopädie und Bandagen aller Art befindet sich **Wien, VIII., Alserstrasse 7, Mezzanin,** und empfehlen wir uns allen Herren Professoren, Doktoren, wie auch dem leidenden P. T. Publikum. (1281)

VII. Jahrgang. **Wien, 8. Jänner 1893** **Nr. 2.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 0–12 Hefte zu 2—3 Bogen Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2 50 fl; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs, halbj. 12 50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaction bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I, Burgring 1.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber Syphilis hereditaria tarda.

Von **Professor Dr. Neumann,**

Vorstand der Klinik für Syphilis an der Wiener Universität.

Bevor wir hier auf das Meritorische dieser Affektion übergehen, wollen wir die sowohl in theoretischer, als auch namentlich in praktisch-hygienischer Beziehung eminent wichtige Frage zu erörtern suchen, ob wir es hier mit einer gewöhnlichen Syphilis zu thun haben, deren primäre und sekundäre Erscheinungen in Folge mangelhafter Beobachtung übersehen oder nicht beachtet wurden, einer Syphilis, die in Folge mangelnder oder schlechter Behandlung zu maligneren Spätformen führt, der auch, vielleicht durch lokale Verhältnisse bedingt, eine besondere Malignität innewohnt, wie dies ja in grösserem Maassstabe bei der grossen Syphilisepidemie des 15. Jahrhunderts der Fall war? Oder aber sind dies Fälle von Syphilis, in denen die Krankheit gleich von vorneherein unter tertiären malignen Formen auftritt, ohne dass das Individuum dieselbe intra vitam auf genitalem oder extragenitalem Wege erworben hätte, mit anderen Worten: Haben wir es hier mit ererbten Spätformen der Syphilis, mit einer «Syphilis hereditaria tarda» zu thun? Es wird nothwendig sein, bevor wir an die Erörterung dieser Frage herantreten, uns zunächst mit der «Syphilis hereditaria tarda», ihrer Definition, ihren Symptomen und den an ihre Existenz geknüpften Meinungsverschiedenheiten näher zu befassen.

Was ist Syphilis hereditaria tarda?

A. Fournier, der sich mit diesem Thema wohl am eingehendsten befasst hat, definirt in seinem dieser Frage gewidmeten Werke[1]) den Begriff der Syphilis hereditaria tarda folgendermaassen:

«Mit diesem Namen bezeichnet man die Gesammtheit der syphilitischen Affektionen, welche, von einer hereditären Infektion herstammend, in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Lebensalter, also im Verlaufe der späteren Kindheit, des Jünglings- oder des erwachsenen Alters auftreten.

Im Gegensatze zur Syphilis hereditaria praecox, welche der Geburt unmittelbar oder rasch nachfolgt, ist die Syphilis hereditaria tarda diejenige, welche ihre Erscheinungen in einem von der Geburt entfernteren Alter setzt sei es dass sie in diesem Alter zum ersten Male in Thätigkeit tritt, sei es, dass ihr im ersten Lebensalter andere Erkrankungen des nämlichen Ursprunges vorausgegangen.»

Er fixirt den Beginn der Syphilis hereditaria tarda mit dem abgelaufenen dritten Lebensjahre, indem er alle syphilitischen Erkrankungsformen, soweit sie vor diesem Zeitpunkte in Erscheinung treten, als Syphilis hereditaria praecox zusammenfasst. Als äusserste jenseitige Altersgrenze der Syphilis hereditaria tarda nimmt Fournier das 28. Lebensjahr an, indem er jene Fälle von Syphilis hereditaria tarda in späterem Lebensalter, welche von Melchior Robert[2]), Lancereaux, Ricord und Anderen angeführt werden, als solche bezeichnet, welche den Ansprüchen einer strengen Kritik nicht genügen können.

Die dritte Etappe in der Entwickelung der Syphilis hereditaria erstreckt sich vom dritten bis zum achtundzwanzigsten Lebensjahre und darüber hinaus; das ist die Syphilis hereditäre tardive.

Gleich Fournier legt Mauriac auf das vorgängige Vorhandensein syphilitischer Symptome während der ersten drei Lebensjahre kein Gewicht, falls nur die gegenwärtige Erkrankung innerhalb der genannten Altersgrenzen liegt. Er beginnt den Abschnitt «Hérédo-syphilis tardive» folgendermaassen:

«Jene Kinder, welche den Angriffen der hereditären Syphilis in den ersten Jahren ihres Daseins entgangen sind oder welche von derselben geheilt wurden, sind nicht für immer ausser dem Bereiche ihrer Angriffe; sie kann dieselben noch später, bis in ein ziemlich vorgeschrittenes Alter, jenseits des Jünglingsalters und der Jugend überhaupt befallen.»

Dieser Definition der Syphilis hereditaria tarda steht diejenige gegenüber, welche die Abwesenheit syphilitischer

[1]) A. F. «La Syphilis heréditaire tardive», Paris 1886. Pag. 1.

[2]) M. R., Nouveau traité des maladies véner. 1861.

Symptome während der ersten Lebensjahre als Bedingung der Syphilis hereditaria tarda auffassen und dergestalt den Typus einer Syphilis hereditaria tarda sensu strictori aufstellen.

Begreiflich, dass die Ansichten über diese wichtige Frage, entsprechend der engeren oder weiteren Fassung des Begriffes bei den verschiedenen Autoren wesentlich auseinandergehen. Während FOURNIER's Syphilis hereditaria tarda im weiteren Sinne wohl von keiner Seite eine Anfechtung finden dürfte, indem dieselbe nur ein Rezidiv einer gewöhnlichen congenitalen Syphilis darstellt, sind die Meinungen hinsichtlich der Existenz jener Formen, welche ohne vorhergehende Erscheinungen von Syphilis erst jenseits der ersten Lebensjahre auftreten, getheilt. Während z. B. FOURNIER mit Nachdruck und Entschiedenheit für die Existenz auch solcher Fälle eintritt und Autoren wie HUTCHINSON, HEBRA, SIGMUND, DAVASSE, LANCERAUX, gleichwie die meisten Ophthalmologen sich ihm anchliessen, stehen auf der anderen Seite BOECK, BÄRENSPRUNG, BÄUMLER, CULLERIER, KAPOSI, LANG, BERKELEY HILL und Andere mehr. Bei einer Discussion (Academy of medecine New-York) sagte STURGIS, dass es bisher nicht gelungen sei, den Beweis für die Existenz der Syphilis hereditaria tarda zu erbringen und KAJES, MORROW, TAYLOR und Andere stimmten seiner Ansicht bei, während Andere, so MACKENZIE, HERMET, LAPLACE, HÖFLER der Ansicht sind, die Syphilis sei in den betreffenden als Syphilis hereditaria tarda beschriebenen Fällen bereits zur Zeit der Geburt vorhanden gewesen und übersehen worden. BOECK sagt, wenn man unter tardiver hereditärer Syphilis die Symptome meine, welche man sonst zu den späteren Stadien der Syphilis hereditaria rechne, so protestire er auf das Bestimmteste; wenn diese Symptome erst in einer späteren Periode des Lebens hervortreten, seien sie als Rezidiv und nicht als erste Affektion aufzufassen. Er spreche dies mit aller Bestimmtheit aus, da er in seiner ganzen Praxis seit 5 Dezennien keine Ausnahme von dieser Regel gefunden habe.

VIDAL und DIDAY nehmen zwischen beiden Parteien die Mitte ein, indem sie die Möglichkeit derartiger Fälle wohl nicht absolut in Abrede stellen, sich jedoch im Allgemeinen über die Sache sehr reservirt aussprechen. In der That ist ein derartig verspäteter Ausbruch der hereditären Syphilis ein schwer verständliches Faktum, nachdem z. B. KASSOWITZ[1]) auf Grund einer grossen Erfahrung angibt, dass der Ausbruch des ersten Exanthems fast ausschliesslich im Verlaufe der ersten drei Monate erfolge. Nichtsdestoweniger können wir nicht umhin, uns in die Reihe der Anhänger der Syphilis hereditaria tarda zu stellen. Zugegeben, dass angesichts der möglichen Fehlerquellen die strengste Kontrole jedes einzelnen Falles geboten erscheint, zugegeben, dass ein Theil der zahlreichen diesbezüglichen Beobachtungen in Folge ungenauer anamnestischer Angaben oder Uebersehens geringfügiger früherer Affektionen sich für die Statistik unbrauchbar erweisen, bleibt immer noch, eine genügende Zahl sicherer und genauer Beobachtungen, publizirt von den hervorragendsten Autoren, an deren Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit durchaus nicht zu zweifeln ist, und über welche man schlechterdings nicht hinweggehen kann.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber Keuchhusten und dessen Behandlung.

Von Dr. **S. Schwarz** in Konstantinopel.

(Fortsetzung *)

In neuester Zeit wendet man sich zwar mehr der Inhalations-Therapie zu und sollen auch durch Inhalationen von Karbolsäure gute Erfolge erzielt werden, allein vom Schaden, den die Karbolsäure verursachen kann, findet man nirgends Erwähnung.

Ich richtete meine Behandlungsmethode als eine a) symptomatische und b) spezifische ein.

Vor Allem muss dafür gesorgt werden, den lästigen Nasenkatarrh zu entfernen. Dadurch wird Doppeltes erzielt, erstens wird durch die Entfernung des spezifischen Schleims den Pilzen der Nährboden entzogen und zweitens kann das spezifisch wirkende Medikament auf die Nasen- und Choanenschleimhaut leichter gebracht werden und den Pilz in loco abtödten.

Naeh langen Versuchen mit allen möglichen Adstringentien gelang es mir, den Katarrh am schnellsten durch das Myrobalan zu entfernen. Unter den antiseptisch wirkenden Medikamenten waren es die Kohle, die Schwefelblume und das Sozojodol natrium, welche mir die besten Dienste leisteten und dabei auf den Körper absolut unschädlich wirkten.

Ich wendete die Stoffe der Reihe nach einzeln an und beobachtete bei jedem derselben grosse Erleichterung, allein einen vollkommenen Erfolg erzielte ich erst dann, als ich alle diese Medikamente kombinirte. Die weiter unten notirten Krankengeschichten werden den Verlauf der Heilwirkung beleuchten.

Ich behandelte im Laufe von zwei Monaten hier 57 Keuchhustenfälle nach meiner Methode, und alle ohne Ausnahme heilten im kurzen Zeitraum von 3—6 Tagen.

Meine Behandlung ist folgende: Ich nehme einen gewöhnlichen Pulverzerstäuber, wie man ihn zu Kehlkopfinsufflationen anwendet, schraube den Ballen ab und bringe an dessen Stelle ein 15—20 *cm* langes, weiches Kutschukrohr an, lege etwa 30—35 *ctgr* vom obgenannten Pulver (Kohle, Schwefel, Myrobolan und Sozojodol) in die unter dem Schieber befindliche Oeffnung des harten Rohres, bringe den Schieber wieder über die Oeffnung zurück, stecke das Ende des harten Rohres mit der concaven Seite nach oben etwa 2—3 *cm* tief in das eine Nasenloch — nach vorheriger gründlicher Reinigung der Nase — und blase durch das Ende des weichen Rohres das Pulver in die Nase ein. Da fast alle Fälle nur ambulatorisch behandelt wurden, so machte ich täglich nur eine Einblasung.

Was das Alter der Kinder betrifft, so war das jüngste 3 Wochen und das älteste 11 Jahre alt.

Bei vielen Kindern, deren Geschwister an Pertussis litten, machte ich Vorsichts halber im Stadium catarrhale einige Einblasungen, und es kam bei denselben nie zum Stadium convulsivum.

Die Heftigkeit der Anfälle war verschieden; es kamen von den leichtesten bis zu solchen, welche regelmässig mit Erbrechen und Nasenbluten endeten, vor. Auch die Häufigkeit der Anfälle war verschieden, von 6—80 in 24 Stunden.

Bei der Mehrzahl der Erkrankten beobachtete ich schon nach der ersten Einblasung eine bedeutende Erleichterung, bei anderen wiederum war eine Verschlimmerung insofern zu verzeichnen, als die Anfälle häufiger und heftiger wurden. Diese Erscheinung konnte ich mir nur dadurch erklären, dass die Pilze in Folge der Wirkung des Medikaments aus dem Mycel auswanderten und so schneller in den Larynx gelangten, um häufigere und heftigere Anfälle auszulösen. Aber schon nach der zweiten, äusserst selten erst nach der dritten Einblasung, konnte man eine bedeutende Besserung notiren. Das Nasenbluten, sowie das Erbrechen hörten auf, die Kinder wurden munterer, bekamen wieder Appetit und schliefen die Nacht hindurch fast ohne jede Belästigung von Hustenanfällen. Gewöhnlich nahm der Husten nach der 3.—4. Einblasung mehr den katarrhalischen Charakter an, der Schleim verlor das charakteristische Aussehen, wurde mehr flüssig und nach höchstens 6 Einblasungen war der Prozess vorüber. Um eine Recidive zu verhindern, blies ich noch einige Mal ein.

Bis jetzt habe ich keinen Rückfall beobachtet. Interessant war folgende Beobachtung: Mehreren Kindern blies ich drei oder vier Mal ein und die Erscheinungen wurden bedeutend gebessert. Die Mütter brachten die Kinder nicht mehr. Nach 14 Tagen kamen sie wieder und erklärten, da es dem Kinde gut ging, seien sie weggeblieben, jetzt aber sei eine Verschlimmerung eingetreten, die täglich zunehme. Auch diese Fälle wurden nach 5—6 Einblasungen geheilt.

[1]) K. Vererbung der Syphilis 1876, p. 129.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 1, 1893.

Die Erfolge waren überraschend, ich stellte mich unter die Kontrolle zweier Kollegen und auch diese bestätigten die Resultate. Ich schrieb die guten Erfolge zum Theil den hiesigen günstigen klimatischen Verhältnissen zu, und entschloss mich daher nach Deutschland und Oesterreich zu gehen, um in minder günstigen Klimaten Versuche anzustellen.

In Berlin stellten mir die Herrn Geheimrath Prof. Henoch, sowie Herr Dr. P. Guttmann, Direktor des Krankenhauses Moabit, ihre Kliniken und Polikliniken zur Verfügung, wofür ich ihnen auch an dieser Stelle meinen Dank ausspreche. Auch kann ich nicht umhin, die Liebenswürdigkeit und den wissenschaftlichen Eifer der Herren Assistenten genannter Herren, der Herren DDr. Hoppe und Hauser, lobend hervorzuheben.

Zu dieser Zeit herrschte zwar keine Keuchhustenepidemie, doch konnte ich im Laufe von 6 Wochen 30 Versuche anstellen. Die ersten 3 Kinder, welche ich im Krankenhause Moabit in Behandlung nahm, waren interne, blieben während der sechstägigen Behandlung im Bette und sind in diesem kurzen Zeitraume vollkommen geheilt worden. Bei anderen ambulatorisch behandelten Kranken war ich nicht so glücklich, bei diesen trat Heilung erst nach 8, 10 und 12 Tagen ein. Ich suchte nach der Ursache der Verzögerung und fand, dass fast alle diese Kinder entweder im Laufe des Tages im Sande spielten oder bei der damals rasch wechselnden Temperatur Erkältungen ausgesetzt waren. Kaum wurde das Sandspielen verboten, so trat in einigen Tagen Heilung ein.

Von Berlin ging ich nach Wien, wo mir Herr Prof. Monti in seiner Poliklinik, die an Keuchhusten leidenden Kinder zur Behandlung überliess, wofür ich ihm hier nochmals meinen Dank ausspreche.

Leider gelangten meine Versuche dort nicht zum Abschluss, da sonderbarer Weise die Kinder nach dem zweiten oder dritten Besuche nicht wiederkamen, trotzdem eine entschiedene Besserung notirt wurde. Bei den Kindern, welche ich in Wien privatim behandelte, hatte ich die Freude, den Keuchhusten in 6—8 Tagen zu coupiren.

Meine Erfahrungen haben mich gelehrt, dass die Kinder während der Behandlung das Zimmer hüten müssen. Letzteres muss fleissig gelüftet und die Kinder dabei vor Erkältung geschützt werden. Die Leib- und Bettwäsche soll nach Möglichkeit sehr oft gewechselt werden.

Nach meiner Rückkehr behandelte ich nach diesen Prinzipien andere 12 Kinder und alle genasen in höchstens 6 Tagen.

Leider ist das Myrobolan — da es in den europäischen Pharmakopöen nicht mehr aufgeführt ist — schwer zu haben, auch ist es ziemlich schwierig, die prozentuelle Zusammenstellung der Formel im Gedächtnisse zu behalten. Erfreulicher Weise hat sich nun die chemische Fabrik des Herrn H. Trommsdorff in Erfurt entschlossen, das Medikament herzustellen und den Apotheken unter dem Namen «Coelyt» fertig zu liefern.

(Schluss folgt.)

Ueber den verderblichen Einfluss des Sonnenlichtes auf das Auge,

insbesondere über die Folgen des Sonnenstichs auf das Sehvermögen.

Von San.-Rath Dr. **Bol. Wicherkiewicz**,
Dirig. Arzt der Augen-Heilanstalt zu Posen.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Da mich in meiner Praxis in letzter Zeit zwei Fälle beschäftigten, die meines Erachtens, noch etwas Licht auf den Ursprung, sowie das Charakteristische des Leidens werfen, so erlaube ich mir dieselben im Auszuge anzuführen.

1. Am 6. November 1889 führte mir Frau H. ihren 9 Jahre alten Sohn Karl aus W. bei Žnin vor, weil derselbe angeblich beim Lesen durch Schmerz und Doppelsehen gestört werde. Der zarte, wenig geistig entwickelte Knabe, verursacht bei der Untersuchung viel Schwierigkeiten. Es ergibt sich, dass beide Musculi interni eine geringe Insufficienz zeigen und die Sehschärfe beträgt.

V = R. A. 6/18—12 As. hyp. 1·5 O° J. 1
L. A. 6/12 As. hyp. 1·5 O° J. 1

Der Augenspiegel zeigt ausser der angegebenen Refraktionsanomalie keine Störungen, mit dem Keratoskop kann man dagegen den subjektiv erwiesenen Astigmatismus auch objektiv konstatiren. Weil sich auch gleichzeitig ein leichter Bindehautkatarrh zeigte, welcher die Veranlassung des Leidens oder die Folge der Refraktionsanomalie sein konnte, so verschrieb ich ausser den geeigneten Brillengläsern eine entsprechende Zinklösung zum Einträufeln.

Anfangs Februar des nächsten Jahres schreibt mir die Mutter, der Knabe sähe noch immer doppelt, er habe einen Nebel vor den Augen und die Augen thäten ihm beim Fixiren eines Gegenstande weh, Buchstaben vermöge er durch die Brille nicht zu sehen, noch weniger ohne solche. Als ich einige Tage darauf den Knaben zu untersuchen Gelegenheit hatte, fand ich in seinem Zustande keine Aenderung. Indem ich bei der Mutter nach allen Umständen, welche auf die Entwickelung des Leidens hätten Einfluss haben können, nachforschte, erfuhr ich, dass der Knabe Ende Juli 1889, gerade um die Mittagszeit bei grosser Hitze im Spiel sich mit Zählen von Aepfeln abgegeben, und dass er nachher Druck in den Augen empfunden, und am Abend starke Kopfschmerzen und Fieber bekommen hätte, welch' letzteres bis zum folgenden Tage andauerte. Seit dieser Zeit sei Flimmern und Unfähigkeit zu lesen aufgetreten. Mit Rücksicht auf diese Daten und im Verdacht, ich hätte hier mit den Folgen des Sonnenstichs zu thun, unterzog ich das Auge einer weiteren genaueren Prüfung.

Das äussere Aussehen und die Sehfähigkeit beider Augen ist unverändert geblieben; mit dem Augenspiegel konnte ich mich überzeugen, dass die Medien des Augapfels, die Papillen und die Centralgefässe normal waren; der gelbe Fleck hob sich durch seine bei jugendlichen Individuen charakteristische Flohstich-Form hervor und ringsherum fiel mir ein leichtes Erglänzen der Retina auf, dagegen ergab die Prüfung mit dem Perimeter einen charakteristischen Befund. Auf beiden Augen, namentlich dem rechten, bestand eine bedeutende, unregelmässige, konzentrische Einschränkung.

Rechtes Auge: Vom vert. Merid. nach rechts gezählt: 5, 8, 8, 7, 5, 9, 10, 18, 25, 25, 20, 15.

Linkes Auge: Vom vert. nach links: 15, 15, 20, 10, 18, 8, 10, 34, 40, 40, 25, 15.

Was den Farbensinn anbetrifft, so konnte man mit Rücksicht auf die Unaufmerksamkeit und den Mangel an Intelligenz schwer sichere Resultate erzielen. Bei der Prüfung nach Holmgreen legte Patient öfters rothe Wollebindel zu gelben und blauen.

Ich verordnete eine tonisirende Therapie, kalte Abreibungen, Eisen, und empfahl, den Kranken nach zwei Wochen mir wieder vorzustellen. Da ich nach dieser Zeit keine Aenderung vorfand, und auch der häuslichen Behandlung nicht traute, behielt ich den Kranken in der Klinik, wo ich ausser den angegebenen Mitteln eine Dunkelkur mit meinen Porzellan-Augenkammern und Injektionen von Strychnin anordnete. Von letzteren erhielt Patient im ganzen 17 (zu 0·003) Das Sehvermögen besserte sich mit jedem Tage. Nach zweiwöchentlicher Behandlung betrug dasselbe:

V = R. A. = 5/6 As. hyp. 1·5 O°
L. A. = 5/6 » » » »

Das Gesichtsfeld hatte sich sehr bedeutend erweitert; in welchem Grade, kann ich allerdings nicht angeben, da die Aufzeichnungen aus dieser Zeit leider abhanden gekommen sind. Im laufenden Jahre aber, und zwar am 4. Oktober, hatte ich wieder Gelegenheit, den Knaben genau zu untersuchen, welcher geistig weit mehr entwickelt, auch eine grössere Sicherheit in Betreff der Genauigkeit seiner Angaben zeigte. Das Sehvermögen erwies sich ganz normal; ebenso war das Gesichts-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 1, 1893.

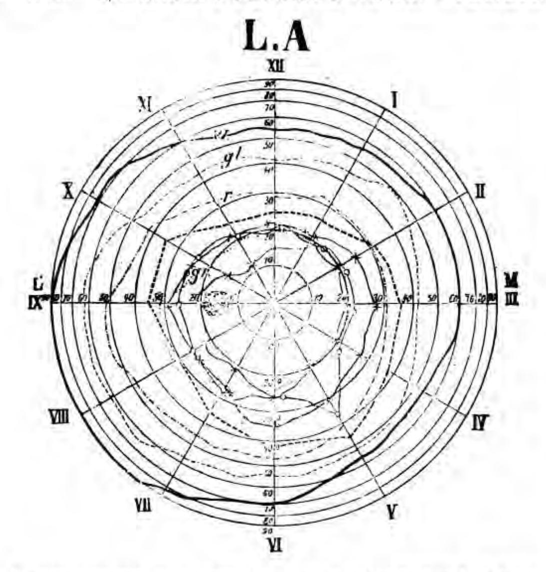
feld nach keiner Richtung hin beschränkt; auch der Farbensinn erwies sich normal.

2. Der zweite Fall ist frischeren Datums und auch etwas spezieller untersucht.

Von der Eisenbahnverwaltung wurde mir am 20 Oktober 1892 der Weichensteller D. 49 Jahre alt, aus Wapno, mit dem Ersuchen zugeschickt zu erforschen, ob er, was den Augenzustand anbelangt, seinen höchst verantwortlichen Dienst zu versehen noch im Stande sei. Der zugeschickte Beamte gibt an, an schweren Krankheiten nie gelitten zu haben; nur Influenza hätte er im vergangenen Jahre überstanden, jedoch ohne bewusste Folgen. Mitte letzten August, zur Zeit der grossen, auch hier wie bekannt herrschenden Hitze, sei er gezwungen gewesen, bei Ausführung seines Dienstes längere Zeit im Freien zu verweilen. Einer starken Sonneneinwirkung ausgesetzt, sei er vom Sonnenstich betroffen worden. Letzterer habe sich dadurch geäussert, dass ein sehr starker Kopfschmerz und Schwindel mit lästigem Flimmern sich eingefunden, und stundenlang den Kranken gequält habe. Seit dieser Zeit sehe er schlecht, besonders des Abends.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Die Sehschärfe ist nach Korrektion der Refraktionsanomalie beiderseits normal.

V — R. A. — 6 18 o. Gl. 6/8—6 As h. 0·5 O° Sn. 0·5 c + 1·5 in 30 *cm*.
L. A. — 6/12 ohne Gl. 6 6 As. h. 0·5 O° Sn. 0·5 c + 1·0 in 30 *cm*.



1. Bezeichnung des normalen Gesichtsfeldes durch Linien.

w. — für weiss
gr. - » grün
r ··· » roth
gl. = » gelb

2. Bezeichnung der Gesichtsfeldeinschränkung mit den Zeichen.

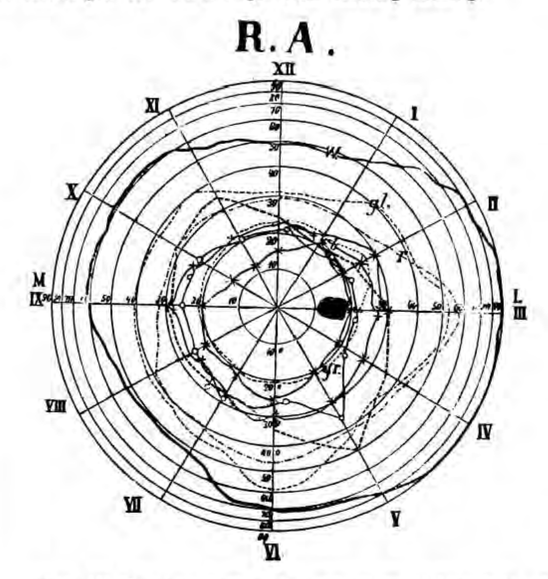
— für weiss
XXXX » grün
oooooooo » blau
++++ » roth

Die Farbensinnprüfung nach der Methode DAAE's ergibt entschieden Anerythropsie, während der Kranke nach HOLMGREEN's Methode untersucht, die Wollenbündel gut und aufmerksam wählt. Der Lichtsinn, mit FÖRSTER'schem Photometer geprüft, erweist sich vielleicht ein wenig herabgesetzt (L — 4² nach längerer Adaptation; indessen ergibt die grösste Abweichung die Prüfung des Gesichtsfeldes, welches für alle Farben und zwar in hohem Grade konzentrisch beschränkt scheint (Siehe Fig. L. A. und R. A.).

Der Augenspiegel zeigt wie in jenem Falle, so auch in diesem, sonst keine bedeutenden Veränderungen, nur am äusseren Papillarrande eine leichte Atrophie der Chorioidea mit geringer Pigmentansammlung.

Aeusserlich war ebenfalls am Auge nichts krankhaftes zu entdecken, mit Ausnahme einer leichten Bindehautinjektion und Schwellung des Papillarkörpers.

Ich verordnete dem Kranken Convexgläser zum Lesen, und zum Einträufeln eine fünfperzentige Antipyrinlösung, die mir bei papillärer Konjunktivitis ausgezeichnete Dienste zu erweisen pflegt. Die Eisenbahnverwaltung hatte, von dem Resultat der Untersuchung benachrichtigt, den Kranken rechtzeitig aus der bisherigen verantwortungsvollen Stellung beseitigt.



Am 19. Oktober hatte ich wiederum Gelegenheit, den Kranken zu untersuchen. Er hatte diesmal selbst mit Nachdruck hervorgehoben, er glaube wohl, dass sein Sehvermögen seit der Zeit des Sonnenstichs gelitten habe. Das Resultat der zweiten Untersuchung entsprach dem der ersten. Nur der Lichtsinn allein schien jetzt normal geworden zu sein. Da ich den Kranken, welcher den Wunsch hegte, von der Eisenbahnverwaltung einer anderen Art von Beschäftigung zugewiesen zu werden, zum Aufenthalt in der Klinik nicht bewegen konnte, so verschrieb ich ihm grössere Dosen Jodkali. Leider ist mir über das weitere Schicksal des Mannes nichts mehr bekannt geworden.

Wenn wir aus den Symptomen und dem Verlauf der beiden angeführten Fälle Schlüsse ziehen dürfen, so würde ich dies folgendermassen thun:

Die Folgen eines Sonnenstichs auf's Auge dokumentiren sich durch Beschwerden, welche auf Flimmern, Doppelsehen (Augenmuskelschwäche), erschwerterem Orientirungsvermögen, letzteres die Folge der Gesichtsfeldverengerung, und mitunter auf Abnahme der Sehschärfe beruhen; wahrscheinlich gesellt sich hierzu Beeinträchtigung des Farbensinns und zum gewissen Theil auch die des Lichtsinns. Die Beschränkung des Gesichtsfeldes betrifft, wenn dies aus dem einzigen, d. i. dem letzteren Falle geschlossen werden darf, in einem relativ höherem Grade des Gesichtsfeld für weisse als für farbige Objekte.

Indem ich meine Beobachtungen über diese beiden Fälle der Oeffentlichkeit übergebe, sehe ich mich allerdings leider dazu bewogen, einzugestehen, dass diese Fälle nicht so allseitig und speziell (und das aus verschiedenen Gründen) untersucht worden sind, als dies mein Wunsch wäre und ich es für nöthig erachte, damit sie ein untrügliches Symptomenbild einer Augenaffektion, welche bis heute wenig oder gar nicht be- und erkannt ist, abgeben könnten. Jedenfalls werfen sie aber ein ge-

wisses Licht auf diesen dunklen Punkt der ärztlichen Kasuistik, und werden, wie ich hoffe, dazu beitragen, dass wir künftighin beim Sonnenstich eine grössere Aufmerksamkeit den Symptomen seitens der Augen schenken.

Es tritt nun noch an uns die Frage heran, wie man sich die Wirkung des Sonnenstichs auf die Beeinträchtigung des Sehvermögens erklären soll. Wir müssen allerdings vorweg das hervorheben, dass wir uns hier in Anbetracht der höchst lückenhaften Kenntnisse über die anatomische Pathologie des in Rede stehenden Leidens, nur in Hypothesen bewegen können.

Ein Umstand scheint jedoch keinem Zweifel zu unterliegen, nämlich der, dass die Erscheinungen von Seiten der Augen durch Hirnveränderungen bestimmt wurden.

Gewöhnlich nehmen die Autoren an, dass beim Sonnenstich die allgemeinen Symptome durch G e h i r n h y p e r ä m i e veranlasst seien. Den werthvollen Forschungen OBERNIER's[1]) gemäss, beruhen dieselben auf einer schneller oder langsamer sich entwickelnden Lähmung der Cerebralfunktionen. Dieser Lähmung gehen Symptome von Hirnreizung voran. In unseren Gegenden gibt es in der Regel keine solche Sonnenwirkung, oder doch nur ausnahmsweise, und zwar nur dann, wenn wir bei grosser Hitze starke Körperanstrengungen leisten müssen, welche den Wärmestoff vermehren ohne dass wir durch Flüssigkeitszufuhr den Wärmeüberfluss unseres Körpers in's Gleichgewicht zu bringen, uns bemühen, oder es vermögen. Es entsteht dadurch eine Erhöhung der Eigenwärme, welche für den Körper schädlich ist.

Für diese Annahme scheint auch die von SARTORIUS[2]) (Höchst) neuerdings gemachte Beobachtung eines Falles von statischem Hitzschlag zu sprechen. Bei einer 66 jährigen Dame, die sich wegen eines leichten Bronchialkatarrhs zu Bett gelegt hat, entstand ohne Grund von Seiten des Lungenleidens am 3. Tage Durstgefühl, Eingenommenheit des Kopfes, später Bewusstlosigkeit, trockene, heisse Haut. — Alles dies in Folge einer angeblich starken, festen und engen Bekleidung der in Federbetten bei einer Aussen-Temperatur im Schatten von 37 Grad C. befindlichen Person.

Dass das Missverhältniss unserer Eigenwärme zu den Funktionen unseres Körpers, namentlich zur Herzaktion, eine ganze Reihe von Abweichungen hervorrufen muss, ist leicht verständlich; dass dieselben vorzugsweise den Kopf betreffen, lässt sich zum Theil vielleicht dadurch erklären, dass die Schädelhüllen, welche der Sonneneinwirkung zunächst sind, der oft beobachteten Verbrennung erliegen, welche die regulirende Hautfunktion herabsetzt oder aufhebt. Vielleicht sind die Vasa emissaria, welche in beträchtlicher Zahl aus dem Schädelinnern in die Schädelhüllen übergehen, dabei nicht ohne eine gewisse Bedeutung.

In nicht tödlichen Fällen, in welchen eine restitutio ad integrum eintritt, kommt es zum Ausgleich der in dem Schädel gebildeten Veränderungen. An der Beeinträchtigung des Hirnorgans nehmen auch die Sinnescentren, namentlich die des Gesichts und Hörsinnes Antheil.

Was den ersteren anbetrifft, so erleidet, wie die obigen Fälle zu beweisen scheinen, die axiale Sehkraft nicht so viel Beeinträchtigung als das Gesichtsfeld, welches wie das namentlich aus unserem zweiten Falle hervorgeht, sich auch auf den Farbensinn erstreckt. Welcher Art diese Hirnveränderungen sind, ob sie vorübergehend auftreten, ob namentlich die Sehcentra dabei betroffen werden, dies entzieht sich vor der Hand jeder Betrachtung.

Es lag nicht in meiner Absicht, über die Behandlung der Folgen des Hitzschlages auf das Auge zu sprechen. Doch will ich wenigstens einige Worte in Bezug auf diesen Gegenstand hinzufügen. Indem wir die Amblyopie als eine Art Hirncentrumsdepression ansehen, sind wir der Meinung, dass vor Allem eine tonisirende Behandlung Platz greifen müsse, von Medikamenten würden wir Strychnin als spezifisches Mittel, wenn man aus der schnellen Besserung im ersten Falle Schlüsse ziehen darf, zu empfehlen berechtigt sein.

Zum Schluss sei es uns gestattet noch zu bemerken, dass in den Aequatorialgegenden angeblich auch der Mond, wenn er ein entblösstes Haupt längere Zeit bescheint, eine ähnliche Wirkung, wie der Sonnenstich auszuüben vermag, indem er starke Kopfschmerzen, Verlust des Bewusstseins, Gehirnentzündung, Entzündung der Augen und Schwellung am Gesicht hervorrufen soll.[3])

[1]) Der Hitzschlag, Bonn 1867, S. 224 n. F.

[2]) Münchener Med. Wochenschrift Nr. 38.

[3]) WUNDERLICH. Handbuch der Pathologie und Therapie, Stuttgart 1859.

Die Eisenpräparate Hämogallol und Hämol.

Von **Dr. T. Lang** in Wien.

In dem ganzen und grossen therapeutischen Codex findet sich kein Mittel, das Quecksilber nicht ausgenommen, von dem so viele officinelle und nichtofficinelle, angepriesene und nichtangepriesene Präparate existiren, wie vom Eisen. Es ist beinahe, als ob der moderne Einzelorganismus, auf die unablässige Erzeugung und Vervollkommnung der zu seiner Erhaltung unerlässlichen «Martialia» einen gleichen Impuls übte, wie der moderne Staatsorganismus auf die stetige Produktion und Verbesserung des zu seinem Bestande unentbehrlichen, «eisernen Rüstzeugs.» Aber der Fortschritt, selbstverständlich der echte, ist der mächtigste Gegner des Bestehenden, was heute als das Beste unter Allem und den Forderungen entsprechend gilt, drückt morgen der Fortschritt auf das Niveau der Minderwerthigkeit, oder verweist es in den ungeheuren Bereich des Untauglichen. Also führten die umfassenden und gründlichen Untersuchungen, welche KOBERT und unter seiner Leitung dessen Schüler betreffs der Resorbirbarkeit der Eisenpräparate durchführten zu dem Ergebniss, dass das ganze Armamentarium der Eisenmittel, eines ausgenommen, ins alte Eisen gehört.

Durch die Untersuchungen KOBERT's, beziehungsweise seiner Schüler ist für's erste erwiesen, dass der normale menschliche Harn, als normalen Bestandtheil, in fester organischer Bindung Eisen, von KOBERT H a r n e i s e n genannt, enthalte. Die Menge desselben variirt, und beträgt im 24 stündigem Harnquantum, im Mittel, ein Milligramm. Mit Rücksicht darauf, dass wir «als Kriterium des Durchganges einer Substanz durch den Säftestrom n u r den Harn verwerthen können», werden daher nur jene dem Organismus zugeführten Eisenpräparate als zum Aufbau neuer Blutkörperchen effektiv verwendet, angesehen werden können, die nicht als Eisen, sondern als Harneisen im Urin erscheinen, mithin eine Vermehrung des letzteren aufweisen. Da die Bildung des Blutfarbstoffes erwiesener Maassen im Organismus durch Synthese einfacher zusammengesetzter Bildungen entsteht, so ist die Folgerung KOBERT's, dass «die eisenhaltigen Substanzen, welche wir ins Blut als Hämoglobinbildner schaffen wollen, einfacher zusammengesetzt sein dürfen, als das Hämoglobin oder gar als das Arterin» vollkommen begründet, und seine Annahme berechtigt, dass die chemisch den genannten Stoffen zunächst verwandten Substanzen «auch zum Aufbau neuer rother Blutkörperchen besser geeignet sind, als die, welche chemisch ganz abweichend zusammengesetzt sind.» Unter den ersteren hat jedoch das Hämatogen des Eidotters, die dem Arterin chemisch nahe verwandte Substanz, nach den Versuchen von KUMBERG und BUSCH den gehegten Erwartungen nicht entsprechen, wohl aber das krystallische Hämoglobin und das Hämatin. PFEUFFER's Präparat ist somit das einzige vorhin als Ausnahme erwähnte Eisenmittel, welches den physiologischen Forderungen genügt. So wie ich sämmtlicheals wirksam geltenden Eisenpräparate anwandte, machte ich auch von den PFEUFFERschen Gebrauch, und habe in der That, in mehreren Fällen, wo die anderen Eisenmittel versagten, sehr gute Erfolge erzielt; so in einem Falle von Neurasthenie mit anämischer Basis, bei Anämie in Folge von langwierigen Rheumatismus, und bei Hyperchromasie einer gravida. Allein einer ausgebreiteten An-

wendung der PFEUFFER'schen Präparate steht, insbesondere bei den weiblichen Kranken, die doch das Gros der Eisenkonsumenten bilden, der unangenehme Geschmack im Wege. Der Hinweis auf die Pariser und Spanischen Damen, die en masse Stierblut trinken, wollte bei meinen Patientinnen nicht verfangen. Ich griff denn nach den KOBERT'schen Präparaten: dem Hämogallol und Hämol, die selbstverständlich den Cardinalbedingungen eines wirksamen Eisenpräparates vollkommen entsprechen. Beide sind durch Reduktion aus Blut hergestellte Präparate, das erstere durch Reduktion mittelst Pyrogallol gewonnen, stellt ein röthlichbraunes Pulver dar, das im Wasser unlöslich ist, nach KOBERT geschmacklos sein soll, thatsächlich aber einen, wenn auch nicht unangenehmen, würzigen Geschmack hat. Das Hämol ist ein durch Reduktion mittelst Zink dargestelltes Hämoglobinpräparat, ein mattbräunliches, in Wasser gleichfalls unlösliches Pulver, von etwas zusammenziehendem (tanninähnlichem) Geschmack. Beide von MERCK (der mit der Bereitung von KOBERT betraut wurde) bezogene Präparate habe ich bei Anämien aus den verschiedensten Ursachen, stets mit gewünschtem Erfolg angewandt. Das Hämogallol bei anämischen Neurasthenikern beiderlei Geschlechts, bei mit Fettsucht kombinirter Anämie, bei anämischen Herzkranken, bei Anämie und Migrain der Dyspeptiker. Das Hämol zumeist bei Chlorotischen. Ich habe in der Regel mit kleinern als die von KOBERT empfohlenen Dosen begonnen und glaube dies, insbesondere für Fälle mit schwacher Verdauung, empfehlen zu können. Das Hämogallol liess ich zu 0·05 *gr* eine Viertelstunde vor jeder Mahlzeit nehmen und stieg allmälig bis 0·1 *gr* und darüber; in den meisten Fällen wurde das Pulver ohne jede Beimengung gegeben und in einem Theelöffel voll Wasser genommen, oder je 10 auf 40 Zucker Dessertmesserspitz voll, später nach KOBERT's Vorschrift Messerspitz voll. Hämol scheint die bei Chlorotischen oft vorkommende Obstipation zu steigern, dieser steuerte ich durch Cascara-Pastillen. Beide Präparate bleiben, wenn sie gut verwahrt sind und nicht direkt der Feuchtigkeit ausgesetzt werden, komplet unverändert.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

Sitzung vom 23. Dezember 1892.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Prof. Kaposi: Ein Fall von Cutis laxa.

Vortragender erinnert daran, dass er bereits 1881 einen Mann vorgestellt habe, welcher die merkwürdige Erscheinung bot, dass er seine Haut in weiten Excursionen über ihre Unterlage vorschieben konnte. Schon damals habe er die Vermuthung ausgesprochen, dass es sich um eine mangelhafte Anheftung an der Unterlage handeln dürfte. Der vorgestellte Mann hat in der vorderen Halsregion stark entwickelte Falten, die er über sein Gesicht wie eine Larve hinaufziehen kann. Auch an den übrigen Körperstellen ist er im Stande die Haut in langen Falten abzuziehen und sie dann wieder zurückschnellen zu lassen. Selbst auf der Flachhand ist die Haut viel beweglicher als sonst. Ein excidirtes Hautstück ergab, dass es sich hier um ein fast vollständiges Fehlen von fibrillärem Bindegewebe, aber vollständige Ausbildung des elastischen Gewebes handelt.

* * *

Prof. Adamkiewicz: Ueber die Behandlung von Gehirnwunden.

Vortragender bemerkt, dass sich das Gespenst des Hirndruckes lange Zeit durch die Literatur hingezogen und die Gehirnchirurgie lange Zeit beeinflusst habe. Seitdem man aber die Erfahrung gemacht, dass die Nervensubstanz nicht inkompressibel sei, habe die Gehirnchirurgie wesentliche Modifikationen erfahren. ADAMKIEWICZ hat nun darüber Versuche angestellt, ob man Gehirnwunden geradeso behandeln dürfe wie Körperwunden. Die histologische Feinheit des Nervengewebes und die hohe physiologische Erregbarkeit gewährt dem Nervengewebe eine Sonderstellung gegenüber allen anderen Geweben. Ersteres ist gegenüber allen chemischen Agentien ausserordentlich empfindlich. Die chemischen Stoffe können nun auf das Gehirn auf dreierlei Weise einwirken u. zw. 1. von der Oberfläche des Gehirns, 2. durch die Blutgefässe und 3. durch das Parenchym selbst. Tropft man auf das blossgelegte Gehirn eines Thieres destillirtes Wasser, so kann man diese Prozedur stundenlang fortsetzen, ohne dass das Thier Schaden leidet, wo hingegen nur 3 *kcm* durch die Carotis eingespritzt, einen paralytischen Zustand erzeugen. Intraparenchymatöse Injektionen erzeugen eine Reihe von Reizerscheinungen, die aber nur vorübergehender Natur sind. ADAMKIEWICZ hat nun Versuche mit antiseptischen Flüssigkeiten gemacht und gefunden, dass 1 perzentige Carbolsäureinjektionen Tod erzeugen, während $^1/_2$ perzentige vertragen werden. Sublimatlösungen von 1 : 1000 tödten, und selbst Lösungen von 1 : 10000 werden nur schwer vertragen. Dagegen wird 2—3 perzentige Borsäure vom Gehirn gut vertragen. ADAMKIEWICZ kommt daher zu dem Schlusse, dass Gehirnwunden nicht mit Antisepticis von derselben Koncentration behandelt werden dürfen, wie Körperwunden, da dies sonst letal wirken könnte.

* * *

Dozent Dr. Pál: Zur Lehre von der Innervation des Darmes.

PÁL hat die Angaben JAKOBIS, dass in der Nebenniere das Hemmungscentrum für den Darm zu suchen sei, nachgeprüft und macht folgende vorläufige Mittheilung: Die Untersuchungen werden entweder in freier Luft oder im warmen Kochsalzbade angestellt, u. zw. zumeist an Kaninchen oder Katzen. An der freien Luft stellt sich zumeist bei Kaninchen eine ziemlich lebhafte Bewegung ein, was auf die kühle Luft zurückzuführen ist, während im warmen Kochsalzbade diese Bewegungen wegfallen. Der Hundedarm bleibt sowohl an der freien Luft, sowie im warmen Bade ruhig. Die Versuche haben ferner gelehrt, dass nach Durchschneidung der Splanchnici eine Hemmung des Darmes eintritt, dagegen konnte er nicht nachweisen, dass zwischen der Nebenniere und dem Darme irgend welche Beziehungen bestünden. Im warmen Kochsalzbade tritt eine Verminderung der Erregbarkeit des Darmes auf Vagusreizung auf, womit frühere Versuche an fiebernden und therapeutische Erfahrungen an mit Diarrhoe behafteten Menschen übereinstimmen.

* * *

Dozent Dr. Kraus: Ueber das Athmen kranker Menschen, besonders anämischer.

Der absorbirte Sauerstoff und die ausgeschiedene Kohlensäure bietet ein Urtheil über die Verbrennung und das Material aus vielen Untersuchungen gewährt eine Uebersicht über die Stoffwechselkrankheiten. KRAUS unterscheidet zwei Hauptgruppen derselben u. zw. *A)* Störungen der äusseren Athmung (gehemmte Circulation in den Lungencapillaren, Einschränkung der Oberfläche der Lunge u. s. w.) *B)* Störungen, wo das Protoplasma sich mangelhaft oxydiren kann.

Bei Ersterer kommt es vorzugsweise auf die respiratorische Leistung der Lunge an und da wurde eine Herabminderung des mit dem Blute zirkulirenden Sauerstoffvorrathes angenommen, doch hängt die Grösse der Verbrennung nur wenig vom zirkulatorischen Sauerstoffe ab. Die meisten Störungen wurden auf das Athmen in verdünnter Luft zurückgeführt, doch beruhen sie in diesem Falle auf der mangelnden kompensatorischen Fähigkeit des Apparates. Doch ist bei maximalem Aderlass auch nicht zu beobachten, dass der Grad des Gaswechsels eine wesentliche Veränderung erleiden würde, erst mit der Kachexie zeigt sich eine Vermehrung der Stickstoffausscheidung. Es gibt ferner eine Reihe von Ursachen, welche Verfettung herbeiführen, ohne dass die Verbrennung im Körper alterirt wäre.

Der eingeathmete Sauerstoff und die abgegebene Kohlensäure können voluminarisch berechnet werden. Vortragender zeigt Würfel, welche das Volumen dieser Gase, u. zw. per Stunde berechnet, demonstriren sollen. Der Kohlensäurewürfel ist etwas kleiner als der Sauerstoffwürfel, was sich daraus erklärt, dass der Sauerstoff auch noch zu anderer Oxydation verwendet wird. Das Volumenverhältniss der Kohlensäure zum Sauerstoff bezeichnet man als respiratorischen Coëfficienten, Aenderung desselben ist von Wichtigkeit.

Vortragender hat über 50 Respirationsversuche bei 13 herabgekommenen, anämischen Patienten mit den verschiedensten Krankheiten unternommen u. zw. handelte es sich um Störungen der äusseren und inneren Athmung (Chlorose, perniciöse und sekundäre Anämie, Leukämie, Krebskachexie und Lähmungen.) Im Ganzen zeigten sich bei nüchternem Zustande und Ruhe dieselben Wortzeichen wie bei Gesunden, ebensowenig war eine Abweichung des respiratorischen Coëfficienten zu verzeichnen. Bei verdauenden Kranken war nur die Athemtiefe etwas gesteigert. Dagegen steigert Muskelarbeit den respiratorischen Gaswechsel bedeutend und der respiratorische Coefficient zeigt ein grosses Missverhältniss, doch nur bei Arbeiten, welche die Kräfte der Patienten übersteigen.

Es hat sich ferner gezeigt, dass der thierische Organismus ein grösseres Anpassungsvermögen an den verminderten Hämoglobingehalt besitzt als an den herabgeminderten Athmosphärendruck. Der Hämoglobingehalt des Blutes kann daher abnehmen, ohne dass daraus eine unmittelbare Folge für die Gewebsathmung resultiren würde. Das Protoplasma kann den Sauerstoff fest an sich binden und der Körper kann sich für jeden beliebigen herrschenden Druck mit einer wechselnden Menge von Sauerstoff beladen.

Die Sauerstoffeinathmungen haben bei Anämischen keine Indikation, da sie keinen Nutzen stiften können. Letzteres wäre nur dann möglich, wenn man bei erhöhtem Partialdrucke die Gewebe stark mit Sauerstoff beladen könnte, und überdies noch durch längere Zeit. Muskelanstrengungen sind bei Anämien ganz zu vermeiden, da dieselben zu einer Steigerung der Stickstoffumsetzung führen. Einen Nutzen könnte sie höchstens nur bei Bronchialstenosen haben. Die Diabetiker und Fiebernden haben dieselbe Verbrennung wie die Gesunden, überhaupt gibt es in der Pathologie keinen Prozess, wo die Gesammtverbrennung im Körper in toto beschränkt wäre. An der Assimilation und Desassimilation der Kohlensäure scheint vorwiegend das Pankreas und der Darm betheiligt zu sein.

Dr. Em. Mandl.

Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 19. November 1892.

Diskussion über die Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkserkrankungen.

Prof. DOLLINGER theilt die Erfahrungen mit, welche er auf diesem Gebiete machte, ferner die in mehreren Hinsichten neuen Behandlungsweisen und Anschauungen, die sich ihm als Folge derselben aufdrängten. Er geht dabei von dem, auch schon bei anderer Gelegenheit geäusserten Principe aus, dass die Behandlung, indem diese Erkrankungen derart häufig sind, möglichst einfach sein müsse, damit selbe jeder praktische Arzt, der chirurgische Handfertigkeit besitzt, wo immer in Anwendung bringen könne. Der Inhalt seines Vortrages lässt sich in Folgendem zusammenfassen:

Bei der Behandlung der akuten tuberkulösen Gelenksentzündung fällt die Hauptrolle, die natürliche Heilung nachahmend, der Fixirung des Gelenkes zu, die wir mit einen einfachen Gypsverbande gut erreichen können. Bequemer wird die Behandlung durch eine ablegbare Lederhülse, die nach einer Gypsform bereitet wird. Mit der Fixirung lässt sich Alles viel einfacher erreichen, als mit der Distraktion, weshalb DOLLINGER sich letzterer überhaupt nicht bedient

Die Gelenke wurden bisher nicht genug lange fixirt, aus Furcht, dass dadurch ein steifes Gelenk resultirt. DOLLINGER beweist nun, dass diese Furcht unbegründet ist, weil das tuberkulöse Gelenk, wenn die Tuberkulose in selbem keine derartigen Veränderungen hervorgerufen hat, die die aktive Beweglichkeit unmöglich machen, unter dem Fixir-Verbande aktiv beweglich wird. DOLLINGER stellt einige Kranke vor, die seine Behauptung beweisen. Deshalb fixirt DOLLINGER die tuberkulösen Gelenke, so lange in denselben nicht jede Spur eines entzündlichen Reizes geschwunden ist.

Die tuberkulöse Gelenksteifheit kann mit einer bewegenden Behandlung nicht heilen, weil die Bewegung des Gelenkes eine recidivirende Entzündung hervorruft, gerade so wie die vorzeitige Sistirung der Fixation. Die chronischen tuberkulösen Gelenksentzündungen streckt er nicht auf einmal, weil dadurch wichtige Gebilde des Gelenkes leicht reissen können. Bei der ersten Gelegenheit spannt er blos das Gelenk und fixirt es in gespanntem Zustande durch einen Verband; innerhalb 2—3 Tagen werden die geschrumpften Theile locker und die Weiterstreckung ist ohne Risse leicht möglich.

Ein gemeinschaftlicher Grundzug, ein gemeinschaftliches Gesetz der tuberkulös inficirten Gewebe besteht darin, dass sie auf länger anhaltende, oder häufig wiederkehrende Reize, mögen diese mechanischer oder chemischer Natur sein, mit dem Weiterschreiten der Tuberkulose reagiren, die tuberkulöse Entzündung erneuert sich; deshalb geht DOLLINGER folgendermassen vor: Er legt die tuberkulösen Abscesse und Fisteln bloss, entfernt die tuberkulöse Membran und die tuberkulösen Knochentheile und vernäht die Wunde ohne Anwendung eines antiseptischen oder antituberkulotischen Mittels. Wenn der tuberkulöse Prozess in der Nähe eines Gelenkes, oder im Gelenke selbst ist, dann fixirt er nach der Operation das Gelenk.

Die Psoasabscesse hat DOLLINGER zum ersten Mal im Jahre 1881 operirt. Damals hat er die Abscesse mittelst Drains in die Lumbalgegend abgeleitet, seit $1^1/_2$ Jahren, seitdem er aseptisch operirt, eröffnet er die Psoasabscesse mit einem grossen Schnitt längs der Crista ilei, wischt die pyogene Membram aus, näht den Abscess ohne Drainage gänzlich zu und fixirt die Wirbelsäule. Nach dieser Methode hat er seit dem Jahre 1891 elf Kranke operirt, von welchen acht bisher von Recidiv befreit blieben. Bei jenen drei Kranken, bei denen sich eine Fistel bildete, war die Wirbelsäule nach der Operation nicht fixirt.

Dozent VEREBELY möchte wissen, warum Vortragender sich so streng ablehnend gegen die Distraktion der Gelenke, wobei sich die Gelenksflächen schwerlich von einander entfernen, verhalten, ferner warum er mit den HESSING'schen Apparaten durchaus keine Versuche machen will? Was die Jodoform-Behandlung betrifft, kann man noch kein definitives Urtheil fällen. Wenn Vortragender bei Psoasabscessen den Abscess reinigt und auswischt, das Nest der Erkrankung im Knochen aber weiter belässt, was geschieht mit diesem?

Dr. GERBER hält die Fixation des Gelenkes für hinreichend, wovon er sich bei einem Falle von Coxitis tuberculosa selbst überzeugte. Er hatte Gelegenheit, einen kalten Absceess längs der Wirbelsäule durch Punktion und Contrapunktion, Jodoform-Glycerin-Emulsion und Einlage eines Gazestreifens per primam zur Heilung zu bringen.

Dr. BARTHA möchte einige Aufklärungen haben. Welcher Perzentsatz beginnender Tuberkulose entfällt z. B. auf die Fälle von geheilter Coxitis? Es gibt ja Fälle, wo nur ein Reizzustand vorhanden ist und durch mehrtägige Ruhe Heilung auf Jahre erfolgt. Er möchte ferner wissen, ob Vortragender zu Beginn der Behandlung die Beweglichkeit der Gelenke in der Narkose feststellte, denn oft genug bietet das im wachen Zustande scheinbar starre Gelenk eine überraschend grosse Beweglichkeit in der Narkose, die dann, wenn der entzündliche Prozess abgelaufen ist, zurückbleibt. Die antiseptischen Mittel haben keine antituberkulotische Wirkung, auch das Jodoform-Glycerin nicht, welches übrigens bei Kindern leicht zu Intoxikationen führt. Der Methode, den Abscess mit Mull auszuwischen, stellt BARTHA die Auskratzung mit dem scharfem Löffel zur Seite, weil wir auch damit nur die pyogene Membram, keineswegs aber die fibröse Bindegewebskapsel entfernen und man Heilung per primam auch so erzielen kann. Zum Schlusse frägt er noch, ob in den Fällen von Psoasabscessen Fistelgänge zu den Wirbeln führten?

Prof. DOLLINGER weist in seinem Schlussworte auf die neueren Experimente hin, die eine faktische Distraktion der Gelenksflächen ergeben. Aber nicht das ist wesentlich, ob man das Gelenk distrahiren kan, sondern ob das auch nothwendig sei? Die Heilung tritt auch ohne Distraktion, unter einfachem Fixirverbande ein. Er hatte übrigens Gelegenheit, schlotternde Kniegelenke gerade als Folge von Distraktion, die anderweitig gemacht wurde, zu sehen. Was die HESSING'schen Apparate betrifft, citirt er BILLROTH, der in HESSING kein neues Prinzip sieht; es gibt kein Resultat, das man nicht mit einfachen Verbänden und Hülsen, ohne HESSING's komplicirte Apparate erreichen kann. DOLLINGER hält seinerseits die Distraktion für überflüssig; übrigens experimentiren ja Andere mit HESSING'schen Apparaten, die in gewissen Fällen schreckliche

Schmerzen verursachen, manchmal mehrere Nächte hindurch, so dass sie in einzelnen Fällen wieder entfernt werden müssen. Eben einer jener Patienten, die er vorstellte, wurde — was DOLLINGER während dem Vortrage nicht erwähnt hat — von VEREBELY mit HESSING's Apparat behandelt, ohne geheilt zu werden, da die Behandlung wegen heftigen Schmerzen unterbrochen werden musste. Auf die Frage, was mit dem krankhaften Knochenkern geschieht, bemerkt DOLLINGER, dass eine Spondylitis der Brustwirbel selten mit einer grösseren Eiterung einhergeht; dies geschieht am häufigsten bei den Lendenwirbeln, die eine grössere Beweglichkeit besitzen und wo auch die Bewegungen des Ileo-Psoas zur Vergrösserung der Abscesse beitragen. Nach Entfernung des Psoasabscesses kann also auch ein ergriffener Lendenwirbel ebenso gut heilen, wie ein Brustwirbel. Die Fistelgänge, die in einem jeden solchen Falle zum Wirbel führten, hat DOLLINGER nicht weiter verfolgt, weil die ungewisse Resektionstechnik der Wirbel schwerlich mehr Erfolg in Aussicht stellt, als die Resektion des Hüftgelenkes, die jetzt auch immer mehr und mehr eingeschränkt wird. Die in Folge der Behandlung resultirende Beweglichkeit der Gelenke möchte er auf die antiphlogistische Wirkung der Fixation, wobei die Geschwulst abnimmt, zurückzuführen, nur muss der Gelenksknorpel erhalten sein. Das Maass der Beweglichkeit, das in den Krankengeschichten angeführt ist, bezieht sich immer auf den wachen Zustand; von der Narkose zu Untersuchungszwecken sieht er, schon des grossen Materials wegen ab, auch ist die passive Mobilität schwer zu beurtheilen und auch da noch vorhanden, wo der Gelenkskopf abgewetzt ist; die passive Beweglichkeit hängt endlich auch von der bewegenden Kraft ab. Was endlich die Percentuation anlangt, kann er diesmal nicht mit ganz genauen Daten dienen. Am meisten dürften doch hier die Erkrankungen des Hüft- und Kniegelenkes interessiren. Tuberkulös erkrankte Hüftgelenke wurden an 400—500 behandelt, eine derartige totale Heilung, mit unbeschränkter Beweglichkeit, wie bei dem vorgestellten Knaben, wurde in 4—5 Fällen, also beiläufig in ein Perzent erzielt. Bei den anderen blieben gewisse Spuren zurück, meist beschränkte Abduktion. Zu unterschätzen ist ferner, dass bei dieser Behandlung kein einziger Todesfall in Folge der Coxitis vorkam.

Vor der Tagesordnung fanden Krankenvorstellungen und Demonstrationen statt, und zwar: Dozent Dr. IRSAI: Fälle von Rachen- und Larynxsyphilis und Papillom des Larynx, ferner Dr. HAVAS: a) Ein Fall von extragenitaler Infektion. — b) Sarcoma idiopathicum multiplex cutis. (Pester med.-chir. Presse Nr. 48, 1892.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Influenza its Pathology, Symptoms etc

By **Julius Althaus.**

2. Auflage.

(Honi gmans and Co. London 1892.)

Besprochen von Prof. Dr. **Moriz Benedikt** in Wien.

Diese Monographie ist als ein wahres literarisches Muster zu betrachten. Es ist kein Buch, das seine Entstehung der Sehnsucht des Autors verdankt, irgend eines zu schreiben, das dann aus der Literatur zusammengeschweisst wird und zu dem der Autor nur einen eigenen Scheinbeitrag liefert. ALTHAUS hat sich mit der Krankheit selbst eingehend beschäftigt, er hat im Buche der Natur gelesen, er hat mit Eifer gesucht und gefunden, was die Beobachter allerorts gesehen und erforscht haben, er hat die Zusammenstellungen aus Massenbeobachtungen studirt und dies Alles mit reifer, an der Eigenbeobachtung geschulten Kritik. ALTHAUS stammt noch aus der besseren deutschen, klinischen Zeit, in welcher die Gelehrten erst gelernt und dann geschrieben haben und sein gesundes klinisches Talent hat sich in der gesunden britischen Atmosphäre gesund erhalten. Die Begeisterung für das Thema trübt nicht den Blick für die Beobachtung. Sein Buch war geistig fertig, bevor er die erste Zeile niederschrieb, und darum ist es ein geistig Ganzes und Selbstständiges, obwohl nicht weniger als 508 Abhandlungen herangezogen sind.

ALTHAUS verwirft das Wort Influenza und wählt dafür das Wort Grippe und er bildet daraus die englischen Worte «gripped», «grippal» und «post grippal» etc. Wir können seine Bezeichnungsweise acceptiren und Grippe, begrippet, grippisch, Grippegift und Grippegegengift sagen.

ALTHAUS ist der Ansicht, dass man bei der Grippe eigentlich nicht drei Formen: die katarrhalische, die gastrische und die nervöse anzunehmen habe, sondern, dass bei allen Fällen die primäre Intoxikation das Nervensysteme angreife und dass die differente Form davon abhänge, welcher Abschnitt des Nervensystems vergiftet sei. Es ist heute noch sehr misslich, entzündliche und trophische Erscheinungen neuropathologisch darzustellen, weil der Mechanismus eines solchen neurotropischen Vorganges unbekannt ist. Für einen Doktrinär ist ein solches Beginnen gefährlich, weil unter solcher theoretischen Beleuchtung die Naturerscheinungen leicht verzerrt zu Illusionsbildern werden und oft zu wahren klinischen Hallucinationen führen. Davor sichern Blickart und Erfahrung den Verfasser. Die theoretische Anschauung wird so eine Anregung, welche die Objektivität der Darstellung nicht beeinträchtigt. Uns erscheint die pathologische Anatomie bis jetzt nicht geeignet, um für diese Theorie herangezogen werden zu können. Die Grippe erregt in diffusester Weise Entzündungen, also auch in den verschiedensten Theilen des Nervensystems und je nach der Lokalisation der heftigsten Reizung entstehen Symptome von Seite des entzündeten Organes. Gewiss ist hier der alte Satz von der pars minoris resistentiae bei den verschiedenen Individuen z u m T h e i l e massgebend. Der vollständige Beweis, dass die verschiedenen Formen constant mit primärer Erkrankung bestimmter Nerventheile zusammenhängen, ist noch nicht erbracht, und der Fall von MOE DONALD scheint mir vorläufig an und für sich nur zu beweisen, dass auch die Medulla oblongata bei der Grippe schwer erkranken kann. Wie die Sache heute steht, kann ALTHAUS in Bezug auf die pathologische Physiologie der Influenza nur ein glücklicher Profet sein; um ein Demonstrator sein zu können, fehlen noch viele wissenschaftliche Beweismittel.

Jedenfalls bedeutet das Buch einen literarischen Abschluss in der Geschichte dieser Krankheit. Was bisher gesehen, geforscht und geschrieben wurde, findet sich darin klar, objektiv und gewissenhaft zusammengetragen und es liest sich, wie man gewöhnlich sagt, wie ein Roman, und zwar wie ein sehr gut geschriebener.

Bei der Schwierigkeit, heute die Literatur zu verfolgen, und bei dem Umstande, dass fast alle klinischen Spezialfacher in der Grippefrage betheiligt sind, ist das Buch von ALTHAUS ein solches, das wohl in keiner ärztlichen Bibliothek fehlen sollte.

Beiträge zur Chirurgie.

Festschrift, gewidmet T h e o d o r B i l l r o t h, von seinen dankbaren Schülern zur Feier des vollendeten fünfzigsten Semesters seines akademischen Wirkens in Wien.

Mit 2 Porträts, 9 lithograph. Tafeln und 51 Holzschnitten.

Verlag von F e r d i n a n d E n k e. Stuttgart 1892.

In vorliegendem Werke finden sich 30 Arbeiten über chirurgische Themen verschiedenster Art, von denen die meisten als schätzenswerthe Beiträge zur Lösung der betreffenden Fragen zu betrachten sind. Wir müssen uns hier aber mit Rücksicht auf den uns zu Gebote stehenden Raum mit einem kurzen Ueberblick über das Werk begnügen. Den Beginn macht ein Aufsatz von Prof. WYSS über eine Hernia ventralis lateralis congenita bei Bestand eines rudimentären überzähligen Wirbels. Eine hierauf folgende Mittheilung von Dr. LUMPE gibt Beiträge zur Uterus-Chirurgie. Aus dem Seehospitz S. Pelagio berichtet Dr. SCHEIMPFLUG über die chirurgische Behandlung tuberkulöser Ellbogenerkrankungen im Kindesalter, wobei die Häufigkeit grösserer chirurgischer Eingriffe auffält, die man doch in neuerer Zeit bei den tuberkulösen Erkrankungen der Kinder lieber vermeidet. Dr. BÜDINGER stellt die Zungencarcinomoperationen der Klinik BILLROTH zusammen und konstatirt, dass auch diese Eingriffe an Gefährlichkeit in der jüngsten Zeit wesentlich abgenommen haben. Dr. KAPPELLER gibt weitere Beiträge zur Kenntniss der Narkose mit messbaren Chloroformluft-

mischungen, die er wieder, gestützt auf zahlreiche Experimente, warm empfiehlt. Eine Arbeit Dr. Alexander FRÄNKEL's bringt einen schätzenswerthen Beitrag zur Frage der Schädeloperationen bei Epilepsie. Von 6 mit Exstirpation eines motorischen Rindenfeldes unter temporärer Schädelresektion operirten Hunden, boten 2 nach Ablauf der Ausfallserscheinungen das typische Bild der kortikalen Epilepsie dar, illustriren also die Zweischneidigkeit dieser therapeutischen Errungenschaft nur zu deutlich. Die Art der Narbenschrumpfung wird von FRÄNKEL als Quelle dieser Krampfanfälle betrachtet. Dr. v. HACKER gibt interessante Angaben zur Statistik und Prognose der Verätzungen und konsekutiven Strikturen des Oesophagus. Dr. v. HOCHSTETTER theilt einen Fall von Exstirpation des processus vermiformis mit, wegen Colica proc. vermif., ein Krankheitsbild, das hier von Dr. BREUER geschildert wird. Dr. MÜLLER publicirt zwei Fälle von primärer Tuberkulose der Thränendrüse. Als Beitrag zur Erklärung des Herztodes nach Larynxexstirpation berichtet Dr. GROSSMANN über experimentelle Studien über die Beziehungen zwischen Reizung des Laryngeus superior und Blutdruck. Dr. GERSUNY berichtet über Laryngotomia transversa, die sowohl er selbst als auch BILLROTH bereits mit Erfolg in vivo ausgeführt haben. Sehr ausführlich berichtet Dr. RIS über die gesundheitliche Bedeutung der Zündhölzelfabrikation. Der interessante Fall von Erysipel der Harnblase, den Prof. v. FRISCH mittheilt, ist den Lesern dieses Blattes schon bekannt. Dr. BRENNER beschreibt einen mit Erfolg operirten Fall von Oesophagus-Trachelfistel mit Oesophagus-Stenose. Ueber sämmtliche an BILLROTH's Klinik ausgeführte Laparotomien berichten Dr. HANSY und Dr. KNAUER. Dr. v. WEISS macht Mittheilungen über die Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Ovarialtumoren. Prof. GUSSENBAUER über branchiogene Tumoren. Sehr eingehende Beobachtungen über Schilddrüsenkrebs theilt Dr. HINTERSTOISSER mit. Mehr spezialistisches Interesse haben die detaillirten Angaben Prof. SATTLER's über die eigentlichen Sehnerventumoren. Dr. THAUSING beschreibt die an BILLROTH's Klinik übliche Coxitistherapie. Dr. FABRICIUS macht den Vorschlag zur Radikaloperation der Schenkelhernien den Ansatz des POUPART'schen Bandes zu verlagern. Dr. v. EISELSBERG gibt weitere Beiträge zur Lehre von den Folgezuständen der Kopfoperationen, eine Frage, um deren Lösung er sich schon grosse Verdienste erworben. Prof. v. ROSTHORN gibt Aufschluss über die Genese der Tuboovarialcysten. Prof. CZERNY und Dr. RINDFLEISCH erstatten Bericht über die Magen- und Darmoperationen an CZERNY's Klinik. Prof. WINIWARTER tritt in einem Aufsatz «Zur Chirurgie der Gallenwege» für die Cholecystenterostomie als Normaloperation ein. Professor SALZER bringt eine Mittheilung über Darmausschaltung, die mit Ausnahme einiger Experimente nichts Neues enthält. Dr. SCHÜSSLER berichtet über BILLROTH's Methode, intraperitoneale Echinokokken mit Jodoformemulsion zu behandeln; die Erfolge waren vorzüglich. Prof. WÖLFLER liefert einen schätzenswerthen Beitrag zur Radikaloperation der Leistenbrüche und empfiehlt ein von ihm ausgebildetes Verfahren mit totaler Verlagerung des Samenstranges. Ueber die seit 1884 an BILLROTH's Klinik operirten Hydrocelen berichtet Dr. GLEICH: BILLROTH befürwortet Injektion von Jodtinktur. Ueber eine eigenartige symmetrische Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen berichtet Prof. MIKULICZ unter Hinzufügung sehr interessanter Beobachtungen. Endlich bringt das Werk das Verzeichniss sämtlicher aus BILLROTH's Klinik hervorgegangenen Publikationen, zusammengestellt von Dr. v. TÖRÖK. Zwei prächtig ausgeführte Photographien BILLROTH's schmücken das überhaupt tadellos ausgestattete Buch, das ein bleibendes Monument der BILLROTH'schen Schule darstellt. *J. S.*

Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns.

Von Prof. **S. E. Henschen** in Upsala.
Upsala 1892.

Dieser zweite Band des von HENSCHEN grossartig angelegten **Werkes** behandelt in einem ersten kleineren Theile die Lage der Opticusbündel, in einem zweiten umfangreichen Abschnitte die **Frage von der Lage des Sehcentrums.** Diese Frage wird nun einerseits durch eine erschöpfende, streng wissenschaftliche Kritik der bisherigen Beobachtungen erörtert, dann aber durch eine Reihe eigener Untersuchungen. Es sind dies meist überaus sorgfältig beobachtete Fälle, in denen dann die Nekropsie gemacht wurde. Die Beschreibung der obducirten Gehirne ist sehr genau, zahlreiche schöne Tafeln vermitteln dem Leser das Verständniss; aber besonders wichtig ist der Umstand dass der makroskopischen Betrachtung immer auch eine mikroskopische Untersuchung folgte; an vielen tausend Präparaten wurde der Sitz der Zerstörungen genau bestimmt und die Degeneration verfolgt.

Der Haupterfolg dieser Arbeit war die Bestimmung des Sitzes des Sehcentrums in der Fissura calcarina; die übrigen Theile des Occipitallappens, sowie der Parietallappen sind in dieser Richtung nicht von Bedeutung. Es kann der Parietallappen zerstört sein, ohne dass Gesichtsfeldefekte auftreten. Bei den positiven Fällen von Hemianopsie mit einer Läsion im Parietallappen zeigt die kritische Betrachtung, dass immer die Sehstrahlung mitbetheiligt war. Wenn die Läsion dieser Stelle nur cortical oder subcortical war, d. h. nur das unmittelbar unter der Rinde liegende Mark betraf, so entstand keine Hemiopie. Aber nicht jede Läsion der Sehstrahlung oder richtiger des sagitallen Markes ist im Stande eine Hemianopsie hervorzurufen. Die Sehbahn liegt nach den Beobachtungen HENSCHEN's im ventralen Theile des mittleren Abschnittes. Die Fasern des oberen Retinalquadranten liegen wahrscheinlich dorsal; die peripheren Fasern mehr lateral, die maculären medial.

Durch die Zusammenstellung der Fälle mit Parietal- resp. Temporalläsion gewinnt man sowohl eine recht befriedigende Vorstellung von der Lage der hinteren Sehbahn innerhalb dieses Lappens als auch von der Lagerung ihrer Fasern, indem HENSCHEN fand, dass die Sehbahn an einem Schnitte 7 und 6 *cm* vor der Occipitalspitze als ein geschlossenes Bündel in der Höhe der zweiten Temporalwindung und der angrenzenden Sulci, vielleicht besonders des Sulcus temporalis secundus liegt und dass das Sehbündel hier höchstens eine Höhe von 4 *mm* hat. Für die Bestimmung der Lage der einzelnen gekreuzten und ungekreuzten Fasern zu einander existiren zur Zeit noch keine sicheren Thatsachen.

Von grösstem Interesse ist die Diskussion der Frage, ob der gesammte Occipitallappen oder nur ein gewisser Theil desselben als Sehcentrum anzusehen ist. Durch eine Anzahl einschlägiger Fälle wird der Beweis geliefert, dass die laterale Seite nicht zum Sehcentrum gehört; denn selbst, wenn sie doppelseitig verletzt wurde, traten keine Sehstörungen auf. Ebenso beweist HENSCHEN, dass die ventrale Seite nicht zum Sehcentrum zu rechnen ist und kommt so per exclusionem zum Schlusse, dass die mediale Seite mit dieser wichtigen Funktion betraut ist. Bei einer Analyse der Fälle mit Läsion der medialen Rinde konstatirt man, dass bei einigen nur Theile der genannten Region lädirt waren. Von diesen wurden einige von Hemianopsie begleitet und zwar alle diejenigen, wo die Läsion die Fissura calcarina zerstört hatte. Eine genaue Bestimmung, welcher Theil der Fissura zerstört sein muss, damit Hemianopsie auftrete ist derzeit nicht möglich; vielleicht tritt dieses Symptom dann auf, wenn diejenige Fläche zerstört wird, wo der deutliche Vicq d'Azyrsche Streifen zu sehen ist. Die korticale Retina ist vermuthlich so vertheilt, dass die obere Lippe der Fissura den dorsalen Retinaquadranten, die untere den ventralen vertritt, der Boden der Fissur nach vorne die Macula lutea.

Bezüglich der korticalen Lage des gekreuzten und ungekreuzten Bündels nimmt HENSCHEN an, dass sie nahe zusammen liegen und nicht (wie MUNK dies beim Hunde angenommen) getrennte Flächen der Hirnrinde bekleiden.

Als interessantes Gegenstück zu der oben erwähnten Methode dient die Durchforschung des Gehirnes bei Individuen, die an einem oder beiden Augen blind waren. Es fanden sich da Veränderungen im Occipitalhirne — besonders deutlich aber in der fissura calcarina. Vieles war nun thatsächlich durch die neueren Untersuchungen klar gestellt, das Buch HENSCHEN's brachte uns weitere bedeutende Fortschritte. Vieles ist noch zu erforschen, und mit Spannung sehen wir daher dem 3. Theile der Arbeiten des genannten Forschers entgegen. Wenn in diesem Sinne auch von Anderen weiter gearbeitet werden wird, dann dürfte die Lehre sich bald noch zu grosser Höhe entwickeln.

v. Frankl-Hochwart.

Das Tetanusheilserum und seine Anwendung auf tetanuskranke Menschen.

Von **Dr. Behring.**

Verlag von Georg Thieme. Leipzig 1892.

Vorliegendes Heft bildet den zweiten Theil der BEHRING'schen «Blutserumtherapie.» Wir haben unlängst dem ersten Theil dieses Werkes ein eingehendes Referat gewidmet und können uns bezüglich der allgemeinen Gesichtspunkte auf dieses berufen. Vier einzelne Arbeiten bilden den Inhalt des zweiten Heftes. Die erste derselben behandelt die Bestimmung des Heilwerthes des Tetanusheilserums. Hier betont BEHRING, dass erst ein Serum von sehr bedeutender immunisirender Kraft (mindestens 1 : 1 Million) am Menschen therapeutisch verwendbar sei. Aus der zweiten Arbeit erscheint erwähnenswerth, dass auch BEHRING das Blutserum eines tetanuskranken Menschen spezifisch toxisch fand. Im Urine fand BEHRING hingegen, sobald Wendung zum Bessern eingetreten war, immunisirende Substanzen. Dr. ROTTER theilt in der dritten Arbeit einen nach BEHRING behandelten und geheilten Fall von Tetanus beim Menschen mit. Die letzte Arbeit — von BEHRING und CASPER — behandelt Versuche an Pferden und Schafen und bringt insbesondere interessante Daten über den Temperaturverlauf. Da BEHRING in der Vorrede erklärt, er halte die experimentellen Vorarbeiten im Wesentlichen für abgeschlossen, so darf man wohl hoffen, im nächsten Hefte bereits mehr über Versuche an Menschen mitgetheilt zu finden.

J. S.

Zeitungsschau.

Die Behandlung gewisser Nervenleiden durch rasche und prolongirte Vibration.

Von **Charcot** in Paris.

In einem historischen Ueberblick über die in der Ueberschrift bezeichneten Behandlungsmethode erwähnt CHARCOT, dass sein Schüler VIGOUROUX der erste war, der die Vibration bei der Behandlung Hysterischer anwandte. Er bediente sich zu dem Zwecke, einer mit einem Resonanzkasten montirten, enormen Stimmgabel, die mittelst eines Bogens in Schwingungen versetzt wurde. Es gelang ihm auf diese Weise Hemianästhesie und (hysterische) Contracturen momentan zu beheben. Bei einer Kranken, welche an Ataxie litt, milderte er die Schmerzanfälle dadurch, dass er deren Schenkel in den Resonanzkasten postirte.

Auf Grund der von ihm durchgeführten therapeutischen Versuche erklärte VIGOUROUX, dass die Vibrationen der Stimmgabel genau die gleiche Wirkung besässen, wie die Magnetisation und die statische Elektrizität. Im Jahre 1879 war SCHIFF auf theoretischem Wege zu dem gleichen Schlusse gelangt; 1888 hatte der eminente Elektriker BOUDET DE PÂRIS die Versuche VIGOUROUX' wieder aufgenommen, die ihrerseits zu höchst wichtigen Resultaten führten.

BOUDET suchte hauptsächlich über die örtliche Wirkung der Vibration klar zu werden, indem er diese auf ganz bestimmte Punkte einwirken liess. An dem Schafte einer mit einem elektrischen Apparate armirten Stimmgabel, u. zw. an dem Punkte, wo die Schwingungen am intensivsten sind, liess er einen etwa 10 *cm* langen Kupferstab anbringen, mittelst welchen der Nerv, oder jener Körpertheil, der der Vibration unterzogen werden soll, mit dem Apparat in Kontakt gesetzt wird. Das scheibenförmige Ende des Stabes war sehr klein um die Diffusion der Vibration zu vermeiden. Uebrigens kann man nach Bedarf den Stab in eine stumpfe Spitze auslaufen lassen.

Die ersten von BOUDET an gesunden Menschen angestellten Versuche ergaben, dass empfindliche Körperstellen, wie die Supraorbitalgegend nach einer, einige Minuten anhaltenden Vibration ohne schädliche Nebenwirkung analgetisch wurden; die Analgesie dauerte, je nach der individuellen Empfänglichkeit, acht bis zwanzig Minuten.

BOUDET hatte ermittelt, dass die Wirkung rascher und vollständiger zur Geltung gelangt, wenn:

1. Die Vibration in der Nähe eines sensiblen Nerven statt hat.
2. Je dünner die Gewebsschichte, und je resistenter deren Unterlage ist.

Das Maximum des Effektes erzielt man an den Schläfen, am Zahnfleisch, an der Apophyse des Warzenfortsatzes, kurz an jenen Stellen, wo die Nerven durch die vibrirende Scheibe an die feste Knochenunterlage angepresst werden können. Auf diese Weise lassen sich verschiedene neuralgische Schmerzen, speziell die Gesichtsneuralgie sehr rasch kalmiren. Die Zahl der Vibrationen per Minute ist von ziemlich untergeordneter Bedeutung, nicht aber die Intensität und Energie, die den individuellen Verhältnissen angepasst werden muss. BOUDET erklärt, dass wenn man das Instrument an einer der angeführten Stellen (des Gesichtes) applizirt, das Schädelgehäuse gleich einem Resonanzkasten mit der Stimmgabel in eine Unisono-Schwingung geräth, und eine eigenthümliche Empfindung erzeugt werde, die von manchen mit dem Anfangsstadium eines Schwindels verglichen wird, bei andern sehr rasch ein ausgesprochenes Bedürfniss zu schlafen hervorruft. Bei Migraine bewirken die raschen der Schädelwandung und von dieser dem Gehirn mitgetheilten Vibrationen, schon nach wenigen Minuten einen Nachlass der Schmerzen, häufig koupirt die Vibration den Anfall, insbesondere wenn sie beim Ausbruch desselben angewandt wird. BOUDET berichtet, dass er Migraineanfälle, die ihn für mehrere Stunden förmlich lähmten, durch die Vibration behob, und er sei überzeugt, dass viele von diesem Leiden gequälte Dyspeptiker und Rheumatiker in dem Heilverfahren eines der werthvollsten Mittel gegen ihre Schmerzen finden werden. Er schliesst mit der sehr wahrscheinlichen Hypothese, dass die wohlthätige Wirkung auf der Transmission der Vibrationen auf das Hirn beruhe.

Einem Artikel BOUDET's über die Erfolge der Vibration folgte unmittelbar eine Prioritätsreclamation. JENNINGS reclamirte die Priorität des Heilverfahrens für MORTIMER GRANVILLE, der dasselbe seit Jahren gegen Neuralgien anwende, und hiefür ein eigenes Instrument, den «Perkuteur», konstruirt hätte, der auch in einem Pariser Hospital mit einem relativ günstigem Erfolge angewandt wurde. BOUDET erinnerte an die Versuche VIGOUROUX' und erklärte, dass weder ihm, noch GRANVILLE die Priorität gebühre, und stellte, vielleicht um jeglicher Polemik aus dem Wege zu gehen, weitere Versuche ein.

GRANVILLE hatte hingegen fortgesetzt das Heilverfahren bei verschiedenen Krankheiten des Nervensystems angewendet; seine Methode und die von ihm erzielten Resultate in verschiedenen Publikationen *) mitgetheilt. Er suchte stets blos lokal zu wirken, und bediente sich eines Perkuteurs, des sog. «clokwork percuteur», dessen Mechanismus an gewisse Glockenapparate erinnert. Dieser Apparat ist für die Praxis insofern geeignet, als er portativ ist und nicht leicht in Unordnung geräth; aber der Arzt, der sich speziell mit der Perkussion befasst, dürfte einen durch Elektrizität in Bewegung gesetzten Apparat vorziehen. Der percutirende Stab ist von verschiedener Gestalt, bald ein Knopf, bald eine Scheibe, oder ein kleiner Hammer mit flachem Kopf, ein Pinsel oder eine Bürste, je nachdem man auf einen Punkt, oder eine grössere Fläche wirken will. Man kann sogar einen schmerzenden Fuss ins Wasser geben, und sich desselben zur Diffusion der Vibrationen bedienen. Die Sitzungen sind, dem individuellen Falle angemessen, von verschiedener Dauer.

Die Resultate die GRANVILLE bei der Behandlung verschiedener Neuralgien, insbesondere bei Gesichtsschmerz, bei der cerebralen und spinalen Neurasthenie, bei Migraine und Schlaflosigkeit erzielte, sind sehr bemerkenswerth. Wenn der Kopfschmerz lokalisirt ist, perkutirt oder lässt man den betreffenden Nerven oder den Nervenplexus vibriren, bei diffusem Kopfschmerz, der Migraine, bestreicht man mit der Bürste den Kopf von vorn nach rückwärts. In derselben Weise verfährt man bei den neurasthenischen längs der Wirbelsäule lokalisirten Schmerzen.

*) Lancet. 10. Juni 1881, ibid. Febr. 1881. — British Med. Journ. 10. March 1882, ibid. A new treatement of sleeplessness 10. March 1883 und: Nerve vibration and excitation as agents in the treatment of functional disorder and organic disease. London. Churchil 1883.

II.

Es ist lange her, dass CHARCOT von seinen mit Paralysis agitans behafteten Kranken vernahm, dass sie durch Eisenbahn- oder Wagenfahrten eine bedeutende Erleichterung ihrer Leiden erfuhren. Während der ganzen Dauer der Fahrt schienen die unangenehmen und sehr häufig höchst schmerzlichen Gefühle, die constante Begleiter dieser Krankheit zu sein pflegen, wie verschwunden. Das Wohlbefinden dauerte noch eine gewisse Zeit nach Vollendung der Reise. Dies festigte in CHARCOT den Gedanken, den er öfters auch seinen Schülern mittheilte, dass eine Behandlung, welche das Ensemble der dem Körper durch einen rollenden Wagen ertheilte Bewegung imitirt, eine wohlthätige Wirkung auf die Parkinson'sche Krankheit ausüben müsste.

Ein Schüler CHARCOT'S, JÉGU, erklärte, einen Apparat zu konstruiren, der den erwähnten Anforderungen genügen sollte. Mit Hilfe eines hervorragenden Ingenieurs, SOLIGNAC, liess er einen Fauteuil konstruiren, dem durch einen speziellen Mechanismus, axial nach vorn gerichtete und seitliche Lokomotion sehr schnelle oscillirende Bewegungen ertheilt werden. Durch diese Bewegung wird dem in dem Fauteuil Sitzenden eine Vibrationsbewegung mitgetheilt, die ganz ähnlich ist derjenigen, die ein auf der Bank eines in Bewegung befindlichen Waggons sitzender Passagier empfindet. Der Tod raffte JÉGU inmitten seiner therapeutischen Versuche hinweg. GILLES DE LA TOURETTE setzte auf der Klinik CHARCOT'S die unterbrochenen Versuche fort. Zur Zeit sind 8 Kranke, 6 Männer und 2 Frauen der Behandlung unterzogen worden, bedauerlicher Weise sind diese Kranken nicht an der Klinik internirt, und verhindert regelmässig zu erscheinen.

Gewöhnlich beobachtet man nach 5 bis 6 Sitzungen eine Besserung, dieselbe ist durch den Nachlass der die Parkinson'sche Krankheit begleitenden Schmerzen bemerkbar. Sobald der Kranke den Fauteuil verlässt, fühlt er sich bedeutend erleichtert, die Steife der Glieder ist geschwunden, er bewegt sich leichter als vorher. Ein fast konstanter Erfolg ist die Besserung des Schlafes. Die Kranken, die sonst in ihrem Bette während der Nacht in Pein sich hin und her wälzten, geniessen die Behaglichkeit der Ruhe des Schlafes, wodurch ihr Befinden im allgemeinen viel besser wird. Blos in einem Falle wurde das Zittern durch die Behandlung nicht beeinflusst. Die Besserung kommt insbesondere an den Tagen an dem die Sitzung stattfindet, zur Geltung, woraus sich ergibt, dass die Sitzung jeden Tag stattzufinden habe. Die Erleichterung des Zustandes der mit Paralysis agitans Behafteten, bei denen mit den gebräuchlichen Mitteln kaum irgend ein Erfolg zu erzielen ist, kann als eine sehr beachtenswerthe Errungenschaft angesehen werden.

GILLES DE LA TOURETTE versuchte das Heilverfahren auch bei anderen Nervenkrankheiten. Er adoptirte die von BOUDET aufgestellte Hypothese, dass die dem Schädel lokal ertheilte Vibration sich über die ganze Schädelkapsel fortpflanzend dem Gehirn mittheile, und die dadurch erzielten Erfolge mit Recht der Vibration zugeschrieben werden können.

Auf Ersuchen GILLES' konstruirten zwei hervorragende Elektriker LARAT und GAUTIER, unterstützt von GAIFFE, folgenden Apparat.

Derselbe stellt einen, dem Conformateur der Hutmacher ähnlichen, aus beweglichen Stäben bestehenden Helm vor. Mittelst einer einfachen Vorrichtung umschliessen die Stäbe vollkommen genau den Schädel; den Helm schliesst nach oben eine Platte ab, auf der ein durch eine Batterie in Bewegung gesetzter Motor sich befindet. Der Apparat ist leicht zu handhaben, portativ, sein Räderwerk kann, ohne dass man ein Derangement zu befürchten hat, ununterbrochen funktioniren. Der Motor macht ungefähr 6000 Umdrehungen in der Minute, die sehr regelmässig sind und dem Schädel mittelst der Mettallstäbe mitgetheilt werden. Der ganze Schädel geräth, wie man sich durch Anlegen des Fingers an den Processus mastoideus leicht überzeugen kann in Vibration. Der in Bewegung versetzte Apparat erzeugt ein continuirliches Geräusch, ein angenehmes Summen. Sowohl die Zahl als auch die Intensität der Vibrationen lassen sich durch eine Vorrichtung reguliren. Von Gesunden wird der funktionirende Apparat ohne irgend welche Störung vertragen. Nach 6—8 Minuten empfindet man eine Art Betäubung (une sensation d'engourdissement) die fast ausnahmslos zum Schlaf führt. Die Erfahrung bewiess, dass eine um 6 Uhr Abends vorgenommene Vibration von 10 Minuten, für diese Nacht einen ruhigen Schlaf erzeugte. Durch 8 bis 10 Mal vorgenommene Vibration gelingt es, der Schlaflosigkeit, sofern sie nicht durch organische Veränderungen des Gehirns bedingt ist, Herr zu werden. In drei Fällen hatte die Vibration, wie dies schon BOUDET beobachtete, die Anfälle von Migraine in wirksamer Weise coupirt.

Drei Neurastheniker wurden mittelst Vibration behandelt, zwei sind geheilt, der dritte, der die Kur unterbrach, bedeutend gebessert. Die Vibration beseitigt die Kopfsymptome, den Schwindel.

Insbesondere scheint ein Fall, in dem die spinalen Symptome vorherrschten, die Schwäche der Unterextremitäten, die Impotenz ohne dass auf das Rückgrat therapeutisch eingewirkt worden wäre, schwanden, dafür zu sprechen, dass die Vibration hauptsächlich aufs Gehirn wirkt. Bei diesem Kranken blieb die statische Elektrizität völlig erfolglos. Es unterliegt demnach keinem Zweifel, dass die auf diese Weise angewandte Vibration ein mächtiges Sedativum ist. Wir wissen, dass die Irrenärzte seit geraumer Zeit, bei der Behandlung mancher Formen von Geistesstörung transcerebrale elektrische Ströme in Anwendung bringen. Man begreift, dass die rapiden, dem Gehirn ertheilten Vibrationen eine wohlthätige Umstimmung hervorzurufen vermögen. In einem Falle von Melancholie, waren die durch die Vibration erzielten Resultate äusserst günstig und die Vibration hat den Anfall zum Schwinden gebracht, der zur Zeit, als die Behandlung begann, kein Zeichen einer möglichen Heilung bot. CHARCOT behält sich vor, nach weiteren im Zuge befindlichen Versuchen, die Resultate mitzutheilen. Die vorläufigen Mittheilungen genügen bereits, um die günstige Wirkung der Vibrationsmethode in der Behandlung diverser Nervenleiden zu beweisen.

(Progr. med Aug. 1892.) *Lg.*

Dr. Pollak: Ueber Tuberkulose des Herzmuskels. (Zeitschrift für klin. Medizin Bd. XXI. Hft. 1 u. 2, 1892.)

Die Lokalisation der Tuberkulose im Herzmuskel ist eine äusserst seltene; die Angaben ihrer Häufigkeit schwanken nach grösseren Statistiken zwischen 1 : 156 und 1 : 922 Fällen von Allgemeintuberkulose. Relativ am häufigsten ist sie bei Kindern und im früher Jugend (bis zum 15. Lebensjahre), relativ am seltensten in höheren Alter (über 60 Jahre) beobachtet. Die Betheiligung der Geschlechter an der Krankheitsfrequenz ist eine ganz gleichmässige. Verfasser konnte aus der Literatur 26 bisher veröffentlichte Fälle zusammenstellen und fügt denselben einen neuen aus dem Pester Israelitenspital hinzu. Der betreffende Patient, ein 65jähriger Mann, hereditär tuberkulös nicht belastet, bot das Bild einer zunehmenden Kachexie, wesshalb bei Mangel einer anderen wahrnehmbaren Ursache an ein bösartiges Neoplasma, dann auch an Morbus Addison gedacht wurde; denn die Erscheinungen von Seiten der Lungen (Dämpfung links oben) und von Seiten des Herzens (normale Dämpfung, reine, leise Töne, unfühlbarer Spitzenstoss, rhythmischer, kleiner Puls 70), traten klinisch durchaus in den Hintergrund; abendliche Temperatursteigerungen traten an einzelnen Tagen auf. Die Sektion entrollte nun ein unerwartetes Bild: Tuberkulose beider Lungen, der Leber und Milz, tuberkulöse Spondylitis, Tuberkulose des Herzmuskels: das Herz ist normal gross, das Fleisch von fester Konsistenz; «im Septum des rechten Vorhofes ein bis zur Basis der Valvula tricuspidalis reichendes, nahezu hühnereigrosses, in das das Lumen des Atrium sich vorwölbendes, hartes, unregelmässig rundes, scharf abgegrenztes Gebilde, mit zumeist weissen, derben, stellenweise aber gelben, schlaffen rundlichen Herden.» In den Schnitten der Geschwulst wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen. Der Fall ist besonders bemerkenswerth durch das Fehlen entsprechender klinischer Symptome bei so ausgedehntem pathologischem Befunde, durch das Alter des Patienten und durch die Grösse des Tumors; denn die häufigste Form der Herzfleischtuberkulose ist die der miliaren Knötchen; dieselben sitzen meist in der mittleren Muskelschicht, oder in den Papillarmuskeln und Trabekeln. Zugleich mit den miliaren Knötchen, sind sehr häufig grössere Tuberkel anzutreffen von Erbsen- bis Nuss- und ausnahmsweise auch Walnussgrösse und darüber, von grauweisser Farbe und theils derber Kon-

sistenz, theils erweicht, besonders im Centrum; diese grösseren Knoten sind meist multipel und bevorzugen die mittleren und äusseren Muskelschichten; sie sind leicht mit eingedickten Herzabscessen, Konkrementen und Syphilomen zu verwechseln. Die seltenste Form der Herztuberkulose ist die diffuse Tuberkulose des Myokards; hier ist die Herzmuskulatur in grosser Ausdehnung von konfluirenden Granulationen eingenommen, welche dieselbe mit der Zeit in eine homogene käsige Massse umwandeln. Diese diffuse Form wird theils allein, theils in Verbindung mit den beiden anderen geschilderten Formen beobachtet. Während das Endokard bei der miliaren und diffusen Form meist, bei der grossknotigen regelmässig frei gefunden wird, ist das Perikard bei der Form fast regelmässig, bei der miliaren ziemlich diffusen häufig und auch bei grossknotigen nicht selten ergriffen.

Die Herzmuskeltuberkulose ist in der überwiegenden Zahl der Fälle eine sekundäre Erkrankung; es ist jetzt bis nur ein Fall von primärer Tuberkulose des Myorkardiums bekannt (DEMME, 24. JENNER'scher Bericht, Bern 1886). Wenn auch sekundäre Veränderungen am Herzen (Hypertrophie, Dilatation etc.) bei Tuberkulose desselben nicht ganz selten sind, so kommen doch dieser Erkrankung keinerlei charakteristische Erscheinungen zu, ja in den meisten Fällen fehlte jedes Symptom, das auf eine Erkrankung im Myokard Verdacht erregt hätte; gewöhnlich sind nur die Zeichen der gleichzeitigen Allgemeintuberkulose zu beobachten. Die Diagnose auf Tuberkulose des Herzmuskels kann nur dann mit einiger Wahrscheinlichkeit gestellt werden, wenn neben Störungen in dem physikalischen Befund am Herzen und in der Beschaffenheit des Pulses (besonders Arhythmie), die Symptome allgemeiner oder anderweitig lokalisirter Tuberkulose sicher zu konstatiren sind. Die ganz seltenen Fälle von primärer Myokardtuberkulose sind intra vitam wohl überhaupt nicht zu bestimmen. Die Arbeit ist mit zahlreichen genauen Literaturangaben versehen.

Robinson: Ueber Tuberkulose der Brustdrüsen. (British medical Journal Juli 1892. — Medizin. Central-Zeitung Nr. 101, 1892.)

Wenn auch die tuberkulöse Affektion zu den weniger bekannten Krankheiten der Brustdrüse gehört, so ist sie doch keineswegs so selten, wie man bisher angenommen hat. Von ASTLEY COOPER unter dem Namen skleröse Geschwulst beschrieben, wurde sie zuerst von VELPEAU als lymphathisch-tuberkulöser Tumor registrirt. VIRCHOW zweifelte im Gegensatz zu CORNIL an ihrer Existenz. Was das anatomische Bild, unter dem sie verläuft, anlangt, so handelt es sich in der Regel um lobuläre, käsige Entzündung der Mamma. In den letzten Jahren sind in Folge der genaueren Untersuchungsmethoden auf Tuberkelbacillen, eine grosse Anzahl von Beobachtungen bekannt geworden, in welchen es sich um zweifellose tuberkulöse Affektionen der Brustdrüsen handelte.

Was die Ursache derselben anlangt, so spielen hier gewöhnlich tuberkulöse Affektionen in der Nachbarschaft eine Rolle; in der Regel besteht bei den mit Brustdrüsen-Tuberkulose behafteten Personen gleichzeitig Lungentuberkulose. Kommt die Affektion primär vor, so handelt es sich gewöhnlich um hereditäre Belastung des Patienten. Als praedisponirende Momente für den Ausbruch der Affektion werden Verletzungen, Stoss und Druck, angegeben. Von einigen wird auch Schwangerschaft und Laktation als wichtige Ursache bezeichnet.

So wird über einige Fälle berichtet, in welchen das Leiden während des Stillens zuerst ausbrach. Manche Fälle nahmen einen ganz eigenthümlichen Verlauf. So beobachtete ROBINSON einen Fall, in welchem es sich zuerst um eine schmerzlose Verhärtung der Drüsen handelte, welche plötzlich unter der Einwirkung des Stillens sich entzündete. Die Untersuchung ergab tuberkulöse Affektion der Mamma. In anderen Fällen beobachtete man auch, dass Kälte besonders für die Entwickelung des Leidens praedisponire.

Das Leiden ist begreiflicherweise weit häufiger beim Weibe als beim Manne, indessen kommen auch Beobachtungen vor, in denen die männliche Mamma tuberkulös erkrankt war. Unter 37 von DOURBERG beobachteten Fällen handelte es sich 2 Mal um Erkrankungen bei Männern. Was die Entwickelung des Leidens anbetrifft, so beobachtet man sie gewöhnlich im Alter von 25—30 Jahren, d. h. in der Blüteperiode des Geschlechtslebens. Indessen beobachtet man auch Verhältnisse, in welchen das Leiden bei sterilen Frauen sich entwickelte. Am häufigsten ist die linksseitige Brustdrüse angegriffen, auf 8 linksseitig erkrankte Brustdrüsen kommt erst eine rechtsseitig afficirte.

Die Beschwerden, welche das Leiden verursacht, sind in der Regel sehr gering; oft kann dasselbe bereits eine längere Zeit bestehen, ohne die Patienten im mindesten zu geniren. Was die anatomischen Erscheinungen des Leidens anlangt, so treten die Tuberkeln der Drüse zuerst disseminirt auf. Man konstatirt die Existenz mehr oder weniger zahlreicher Tumoren von der Grösse einer Haselnuss bis zu der einer Wallnuss.

Bei der Untersuchung scheint der Tumor aus infiltrirten kleinen Läppchen zu bestehen, welche mit tuberkulöser oder käsiger Materie angefüllt sind und zuweilen Eiter oder eitrig-seröse Flüssigkeit enthalten. Die entsprechenden Achseldrüsen sind entweder angeschwollen oder auch käsig entartet.

Häufiger als die eben erwähnte, findet sich eine Form der Brustdrüsen-Entzündung, in welcher die ursprünglichen Anfangsherde nicht konfluirt sind. Sie stellt sich dar als diffuser, mit der Drüse auf der Thoraxwand beweglicher Tumor, der in seinen Konturen nicht leicht von dem normalen Drüsengewebe abgrenzbar ist, und sich zu demselben ähnlich verhält wie carcinomatös degenerirte Partien, zum normalen Drüsengewebe. Das Verhalten der Haut über dem Tumor ist verschieden, zuweilen ihm adhärent, zuweilen auch nicht. In den letzteren Fällen finden sich in der Haut gewöhnlich tuberkulöse Herde. Die Warze ist eingezogen, wenn die entzündliche Schwellung central sitzt.

Bei der disseminirten Form besteht die unverkennbare Tendenz der einzelnen Knötchen, sich untereinander zu vereinigen. Indessen ist dies nicht immer der Fall, vielmehr gibt es Formen, in welchen diese Neigung zu Konfluenz nicht besteht. Insbesondere wird von MANDRY eine Form beschrieben, in welcher es sich um entzündliche Partien mit Degeneration, Verkäsung und Erweichung handelt, so dass es schliesslich auch zu Abscessen kommt.

Miliartuberkel der Brustdrüsen scheinen bisher noch nicht zur Beobachtung gekommen zu sein.

Der Verlauf der Affektion ist langsam und chronisch, nur in seltenen Fällen akut. Alsdann erweicht der Tumor sehr schnell vom Centrum aus und es entströmt ihm aus den an der Oberfläche sich öffnenden Abscessen eine Menge dünnflüssigen käsigen Eiters. Die Haut in der Umgebung wird gereizt, ulcerirt, sie öffnet sich und gewährt dem Eiter freien Abfluss; zurück bleibt gewöhnlich eine fistulöse Oeffnung. Die Sonde dringt gewöhnlich durch diese ohne Mühe bis in die Tiefe hinein. In einigen Fällen hat man Verkalkung des tuberkulösen Herdes beobachtet, ja in einzelnen Fällen ROBINSON's sogar fibröse Entartung. Das Leiden ist bedenklich insofern, als die Achseldrüsen bereits sehr früh ergriffen werden.

Gewöhnlich schreitet dann die Affektion schneller fort als zuvor, insbesondere beobachtet man nunmehr profusere Eiterung.

Was den Verlauf der Erkrankung anlangt, so ist derselbe im Allgemeinen zuerst langsam und schleichend, erst gelegentlich entdeckt man das Bestehen der Krankheit; schmerzhaft, besonders im Beginn der Entwicklung, ist die Affektion in der Regel nicht, indess gibt es auch hiervon Ausnahmen; denn manche Patienten klagen über lancinirende bis in den Arm ausstrahlende Schmerzen in der Brustdrüse. Abmagerung stellt sich in der Regel erst in späteren Stadien der Krankheit ein. Dieselbe ist ausgesprochen besonders dann, wenn gleichzeitig andere tuberkulöse Affektionen vorhanden sind.

Eine der gewöhnlichsten Anfangsstadien der Krankheit bildet die Mastitis tuberculosa. Dieselbe entsteht nicht selten im Anschluss an eine tuberkulöse Drüsenentzündung der Achselhöhle oder an eine Pleuritis tuberculosa, also sekundär.

Das tuberkulöse Virus gelangt wahrscheinlich durch die Blutgefässe in das interstitielle Gewebe; hier bleiben die Bakterien in den Gefässspalten sitzen und wuchern von hier aus weiter. Die histologischen Veränderungen des Leidens bestehen in einer periacinösen Zelleninfiltration. Das Drüsenepithel ist gewöhnlich proliferirt, die Kanäle dilatirt. In den Granulationen trifft man gewöhnlich auf Riesenzellen. Nach DELBET stammen die letzteren nicht,

wie die deutsche Schule will, aus dem Bindegewebe, sondern aus den Drüsenelementen.

Die Ansammlung von Rundzellen ist von schädlichem Einfluss auf den Fortbestand der kleinen Drüsenläppchen. Gewöhnlich findet man statt derselben nur noch einen grossen Rundzellenhaufen, in welchem sich einige zurückgebliebene dilatirte Gänge nachweisen lassen. Im allgemeinen ist die Zahl der gefundenen Riesenzellen ziemlich bedeutend, indessen ihre Anordnung nicht so regelmässig wie bei der Miliartuberkulose oder bei der tuberkulösen Infiltration. Die degenerativen Vorgänge beginnen im Centrum und führen zunächst zur Zerstörung des Parenchyms der Drüsen, in welchen Verkäsung stattfindet.

In einigen Fällen hat man epitheliale Wucherungen wie bei der Syphilis und Thrombose mit nachfolgender Nekrose wie bei Gummata konstatirt. Was die Bacillen anlangt, so werden dieselben gewöhnlich nicht in grosser Anzahl, zuweilen gar nicht angetroffen, ohne dass die Diagnose dadurch zweifelhaft ist, wenn der Eiter käsig und die Person, der er entstammt, hereditär belastet ist oder selbst tuberkulöse Antecedentien aufweist. Die Diagnose kann dann sehr schwierig werden, wenn die Affektion primär ist und die Haut keinerlei Abnormitäten zeigt; es kommt dann differentialdiagnostisch in Betracht submammäre Abscesse in Folge von Rippennekrose oder von Empyem. Von Affektionen der Brustdrüsen selbst kommen differential-diagnostisch in Betracht 1. chronische Mastitis suppurativa. Bei tuberkulöser mammitis ist der Eiter niemals dick, sondern immer dünnflüssig und käsig. Es besteht Schwellung der Achseldrüsen, letztere sind nicht schmerzhaft. 2. Chronische interstitielle Mastitis. Sie kommt differential-diagnostisch in Betracht bei diffusen, einen grösseren Theil der Drüsen einnehmenden Tumoren. Bei chronischer interstitieller Mastitis findet man nur sehr selten unlösbare Verwachsung der Haut mit ihrer Umgebung. Ein umgekehrtes Verhalten zeigt die tuberkulöse Affektion. Ferner spricht Schwellung der Achseldrüsen mehr für tuberkulöse Mammitis. 3. Carcinom. Hier findet man fast niemals Fluktuation, doch ist auch andererseits die Verwechselung von Carcinom mit tuberkulösen Affektionen möglich, wie es in einem Falle von HABERMAS sich ereignete. Hier stellte erst die mikroskopische Untersuchung des Präparats die Diagnose sicher.

Bezüglich der Prognose ist besonders darauf zu achten, ob die Affektion primär ist oder ob sie im Anschluss an andere tuberkulöse Organerkrankungen sich entwickelt hat. Im ersteren Falle bleibt sie gewöhnlich lokal, kann aber bei dem Bestehen letzterer auch die Achseldrüsen inficiren. Von 6 von DELBET gesammelten Fällen, in welchen sämmtliches Krankhafte entfernt wurde, trat bei 2 Patienten der Tod an Folgekrankheiten der Affektion ein und zwar bei Männern an Lungenphthise. Bei Frauen, wo sich die Affektion häufig während des Stillens entwickelt, ist dieses auch auf das Strengste zu verbieten, um einer Infektion des Kindes vorzubeugen. Man hat hier genau dieselben Grundsätze zu befolgen, wie bei der Viehzucht, wo man gleichfalls nicht das Kalb an dem Euter einer tuberkulösen Kuh saugen lässt. Uebrigens haben die Beobachtungen über diesen Punkt zu verschiedenen Resultaten geführt. Während einige Autoren angeben, dass so genährte Kinder ein blühendes Aussehen hatten, insbesondere keine Spur von Tuberkulose aufwiesen, berichtet ROBINSON über einen Fall, in welchem eine mit tuberkulöser Mastitis behaftete Frau ihre 5 Kinder stillte und diese letzteren sämmtlich an Tuberkulose zu Grunde gingen. Was die Behandlung anlangt, so ist nach COOPER eine Operation kontraindicirt, da sich herausstellte, dass sich nach der Operation ein schnellerer Fortschritt des Leidens bemerkbar machte als zuvor. In neuerer Zeit ist man dagegen hiervon abgekommen und gegenwärtig besteht, besonders wenn die Affektion primär ist, das Bestreben, sie in möglichst frühen Stadien radikal zu beseitigen, indem man erkannt hat, dass die früheren Misserfolge nur auf mangelhafter Entfernung des tuberkulösen Drüsengewebes beruhten.

Dr. Albu (Berlin): **Klinische und experimentelle Beiträge zur Kreosotbehandlung der Lungenschwindsucht.** — (Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 50, 1892.)

Dr. ALBU gibt in einem in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft am 23. November gehaltenen Vortrag einleitend eine kurze Geschichte der Kreosottherapie der Phthise, die insbesondere durch SOMMERBRODT's lebhafte Empfehlungen fast Gemeingut der Aerzte geworden ist. Im städtischen Krankenhause Moabit in Berlin ist das Kreosot seit dem Juni 1887 in Gebrauch und in immer steigenden Mengen verwendet worden und zwar in den letzten Jahren in Pillenform à 0·05 *gr* Kreosot an Stelle der früheren Kapseln mit Tolubalsam. Nach der Befürwortung hoher Dosen Kreosot durch SOMMERBRODT im Oktober 1891 ist dasselbe im Moabiter Krankenhaus bei einer sehr grossen Anzahl von Phthisikern in allen Stadien der Krankheit, besonders aber in initialen Fällen, in täglichen Dosen von 2—3 *gr* zur Anwendung gekommen. Es wurde mit der Zahl der Pillen durchschnittlich in etwa 14 Tagen von 3 bis auf 60 täglich gestiegen. Viele Patienten haben innerhalb weniger Monate 5000 Pillen genommen, einzelne haben es sogar auf 9000 Stück, d. h. 450 *gr* reines Kreosot, gebracht. Eine Schwierigkeit in der Aufnahme so kolossaler Mengen Kreosots hat sich im allgemeinen nicht ergeben. Während SOMMERBRODT das Kreosot anfangs nur als ein sehr nützliches Mittel in der symptomatischen Behandlung der Phthise ausgegeben hat, betrachtet er es neuerdings als ein wirkliches Heilmittel der Tuberkulose, durch das sogar schwere Formen mit Cavernen vollkommen und dauernd geheilt würden; in einer unlängst erschienenen Broschüre hat er es sogar für ein Spezificum gegen Tuberkulose erklärt und zwar lediglich auf Grund seiner praktischen Erfahrungen. Vortragender gibt eine Uebersicht der von P. GUTTMANN, COZE und SIMON, SORMANI und PELLACANI, SCHÜLLER und schliesslich CORNET gemachten experimentellen Arbeiten zur Prüfung einer etwaigen antituberkulösen, resp. antibacillären Wirkung des Kreosots, welche in der grossen Mehrzahl negativ ausgefallen sind.

Zur Beurtheilung des Werthes der Kreosottherapie der Phthisis muss man zu unterscheiden versuchen, was Wirkung des Kreosots und was den natürlichen Schwankungen des in seinem klinischen Bilde so mannigfach wechselnden Krankheitsprozess zuzuschreiben ist. Dabei ergibt sich, dass das Kreosot einerseits auf das einzige klinische Kriterium, welche es für die Erkennung der Einwirkung eines Arzneimittels auf den eigentlichen Krankheitsprozess bei der Phthise giebt, nämlich das Fieber, ohne jede Wirkung ist, andererseits aber auch durchgängig ohne Einfluss auf das ätiologische Kennzeichen der Phthisis bleibt. Vortragender sah in keinem Falle eine erhebliche, dauernde Verminderung der Tuberkelbacillen im Sputum. Auch unter der ständigen hochdosirten Kreosottherapie bilden sich Cavernen Peneumothorax, amyloide Degeneration u. A. aus und auch beginnende Phthisen nehmen öfters einen rapiden Verlauf. Andererseits sind die erzielten Besserungen nicht zahlreicher als bei lediglich hygienisch-diätetischer Behandlung. Vortragender hat in dieser Hinsicht eine grosse Anzahl vergleichender Beobachtungnn gemacht. Unter der günstigen Einwirkung des Krankenhausaufenthaltes bessern sich subjektive wie objektive Krankheitssymptome oft in kurzer Zeit. Vortragender erwähnt das Beispiel eines 53jährigen Dienstmannes, der unter drei verschiedenen Behandlungsmethoden (Tuberkulininjektionen, rein expektative Behandlung nnd Kreosot in hohen Dosen) jedesmal in 6 bis 8 Wochen 10 bis 12 Pfund an Körpergewicht zugenommen hat. Das Kreosot scheint nur durch seinen Einfluss theils auf die Expektoration, theils auf die Verdauung in vielen Fällen günstig zu wirken.

Durch gemeinschaftliche experimentelle Versuche mit Th. WEYL hat Vortragender nachgewiesen, dass auch die Aufnahme sehr grosser Mengen Kreosots ins Blut keinen Einfluss auf den tuberkulösen Prozess in den Lungen ausübt. Denn das Sputum solcher Patienten hat sich als vollvirulent für Thiere erwiesen. Bei Ueberimpfung des Sputums in die vordere Augenkammer von Kaninchen ist auf Iris und Cornea eine typische Tuberkulose entstanden. Bei allen Versuchsthieren haben sich Tuberkelbacillen in reichen Mengen in Iris und Cornea gefunden. Ferner wurde ebensolches Sputum von Patienten, die viele tausend Kreosotpillen genommen, Meerschweinchen intraperitoneal injicirt. Es entwickelte sich allgemeine

Miliartuberkulose, die wiederum bakteriologisch bestätigt werden konnte. Die Einzelheiten beider Versuchsreihen sollen demnächst in der «Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten» näher mitgetheilt werden. Durch das Ergebniss dieser Versuche ist demnach zweifellos erwiesen, was schon die klinische Beobachtung lehrt, dass das Kreosot auch in hohen Dosen keinen Einfluss auf die Tuberkelbacillen und den spezifisch tuberkulösen Prozess in den Lungen ausübt.

Abel (Berlin): **Zur Behandlung des Gebärmutterkatarrhs.** (Berliner Klinik Heft 33, November 1892.)

Verfasser verwirft energisch die sog. radikalen Methoden der Behandlung des Gebärmutterkatarrhs, d. h. die Vernichtung der Gebärmutterschleimhaut, sei es auf instrumentellem Wege, sei es durch ätzende Medikamente. Er empfiehlt statt dessen ein Verfahren, das ihn in nunmehr 50 Fällen der verschiedensten Arten des Gebärmutterkatarrhs mit geradezu frappanter Sicherheit zu einem befriedigenden Resultate geführt hat, nämlich die Behandlung der Endometritis durch Ausstopfen, Drainiren der Uterushöhle mit Jodoformgaze.

Das Ausstopfen der Uterushöhle mit Jodoformgazestreifen ist als Verbesserung einer Methode von VULLIET zuerst von Leopold LANDAU empfohlen worden. Während aber LANDAU den Hauptwerth der Behandlung mit Jodoformgaze darin sieht, dass man in den dadurch erweiterten Uterus Spülungen mit desinficirenden und adstringirenden Mitteln ohne Gefahr machen oder andere trockene Medikamente leichter und sicherer mit der erkrankten Fläche in Berührung bringen kann, liegt nach der Ansicht von ABEL der ausschliessliche Werth der Methode in der Drainage des Uterus; er sieht daher von jeder nachträglichen Uterusausspülung oder sonstigen medikamentösen Behandlung ab.

Seine Methode besteht also darin, dass er nach sorgfältiger Desinfektion der Scheide und der Portio vaginalis Jodoformgazestreifen in den Uterus hineinschiebt, resp. den Uterus mit einem solchen Streifen mit Hilfe des von LANDAU angegebenen und allgemein üblichen Uterusstopfers ausstopft. Diese Prozedur wird täglich vorgenommen. In ganz veralteten Fällen musste die Gaze mehrfach 18—20 Tage hintereinander eingeführt werden, während leichtere Fälle schon nach 3—4 maliger Ausstopfung geheilt waren. Auch bei akuten Fällen schwerer gonorrhoischer Erkrankung genügt eine Behandlung von 6—8 Tagen um den eitrigen fressenden und profusen Ausfluss in einen schleimigen zu verwandeln und die Sekretion auf ein Minimum herabzusetzen. Bei virginellem Uterus gelingt es in der Regel nicht, den mit der Gaze versehenen Stopfer durch den inneren Muttermund hindurch bis zum Fundus zu schieben, alsdann muss man sich am ersten Tage mit der Tamponade des Cervixkanales begnügen, jedoch genügt schon am zweiten Tage bequem die Ausstopfung des ganzen Uterus in Folge der anregenden Einwirkung des Tempors.

Da man zur Einführung des Tampons den Uterus herunterziehen muss, die Benützung der Kugelzange aber zu diesem Zwecke besonders bei täglicher Anwendung schliesslich zu einem Zerfleischen der Muttermundslippen führt, so hat Verfasser dafür eine besondere Zange angegeben, welche statt der scharfen Zinken zwei Halbkugeln hat, die auf ihrer planen Seite mit Reifen versehen sind. Diese Zange, sowie eine ebenfalls vom Verfasser angegebene, zur Aufbewahrung der Jodoformgazestreifen dienende Büchsen, werden von Engmann, Berlin, Charitéstrasse angefertigt.

Dr. Aufrecht (Magdeburg): **Eine Notiz über die Zubereitung der Milchnahrung für Säuglinge.** — (Deutsche med. Wochenschrift 1892, Nr. 51.)

Verfasser hat bei dem SOXHLET'schen Apparate an Stelle der bisher üblichen Verschlussvorrichtungen, deren Reinigung Schwierigkeiten machte, sterilisirte Watte verwendet. Milch, die unter Zuhilfenahme dieses Verschlusses sterilisirt wurde, war nach 5 Wochen noch unvermindert und vollständig schmackhaft. Zur Verdünnung der Milch benützt er an Stelle des Wasserleitungs- oder Brunnenwassers destillirtes Wasser und schützt dadurch die Milch vor der Aufnahme von Zersetzungsprodukten organischer Stoffe von unorganischen Salzen welche beide von Verunreinigung des Wassers herrühren können und endlich vor der Aufnahme von Ptomäinen der im Wasser lebenden Bakterien. Als bestes Mittel um jeglicher Zersetzung der Milch vorzubeugen, macht er den Vorschlag, die Milch sofort nach dem Melken, also womöglich noch im Stalle durch Kochen zu sterilisiren. *Schmey.*

Dr. Arnold: Zur Salolbehandlung des akuten und chronischen Blasenkatarrhs. (Therapeutische Monatshefte Mai, 1892.)

Dr. ARNOLD empfiehlt gegen Blasenkatarrh die Darreichung von Salol neben örtlicher Behandlung der Blase durch Ausspülungen. Erst durch diese Kombination ist es ihm in hartnäckigen Fällen gelungen, dauernde Heilungen zu erzielen. Nach seinen Erfahrungen äussern sich die günstigen Wirkungen des Salol in Folgendem:

1. der alkalische Urin wird sauer;
2. der faule Geruch wird beseitigt;
3. der trübe Urin klärt sich allmählich;
4. die Harnmenge wird in der Regel vermehrt;
5. das Mittel wird vom Magen gut vertragen;
6. es ist, besonders wenn nur schwache antiseptische Ausspülungen vertragen werden, ein gutes Unterstützungsmittel derselben.

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus Russland.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Am 13/25. Dezember findet in St. Petersburg ein Aerztekongress statt, behufs Besprechung der in den Choleragegenden gesammelten Erfahrungen, sowie behufs Ergreifung geordneter Massregeln gegen ein etwaiges Wiederauftreten der Cholera. Selbstredend werden als Gäste zu diesem Kongress vor Allem diejenigen Aerzte und, wie es scheint, auch administrativen Beamte erwartet, die in den Choleragegenden während der verflossenen Epidemie thätig gewesen. Im Interesse der Sache wäre es natürlich erwünscht, dass auch eine grössere Anzahl von Aerzten aus den bis jetzt verschont gebliebenen Gegenden erscheinen möchte, um durch die vox viva der Augenzeugen einen Fingerzeug für kommende Zeiten zu erhalten. Der Kongress wird eine ganze Woche tagen. Vorläufig kann ich Ihnen nur das nicht uninteressante Programm mittheilen. Ueber den Gang des Kongresses, sowie über die gewonnenen Resultate werde ich seinerzeit berichten (falls nur etwas Werthvolles zu berichten sein sollte).

Sonntag den 13/25.: a) Mittheilung statistischer Daten über die Bewegung der verflossenen Epidemie, über die Zahl der Erkrankten und Gestorbenen, über die Verbreitung und über die Bedingungen, welche die Verbreitung der Epidemie befördert haben. Demonstration von Karten, Plänen, Diagrammen; b) Uebersicht der angewandten anticholerischen Massregeln: 1. von Seiten der Centralverwaltung (Vorschriften, Ablass von Geldsummen, Anzahl der abkommandirten Aerzte, Feldscherer, Studenten, barmherzigen Schwestern); 2. von Seiten der lokalen Regierungs- und Gesellschafts-Institutionen; 3. von Seiten der verschiedenen Ministerien (Wegkommunikation, Eisenbahnen, Kriegsministerium etc.).

A. Erster Bericht: Allgemeine prophylaktische Massregeln bis zum Beginn der Epidemie; a) Sanitätskommissionen, Sanitätsvorschriften, Sanitätsbureaux, Sanitätskolonen, Sanitätskuratore etc.; Betheiligung der polizeilichen Gewalt; b) Assanirung bevölkerter Ortschaften, Mittel zur Sicherstellung der Reinheit des Bodens, Entfernung der Abfälle (Kanalisation, Drainage, Anweisung von Sammelplätzen für auszuführende Abfälle); c) Registration der Ortschaften mit ungesundem Trinkwasser, Mittel zur Beschaffung tadellosen Trinkwassers; d) Aufsicht über diejenigen Häuser, in denen Fremde verkehren und über solche Privathäuser, die sich in schlechtem sanitärem Zustande befinden. Einführung von Sanitätsheften in jedem Hause; e) Aufsicht über Fabriken, Handwerksanstalten, Verkaufs- und Herstellungsorten von Speisien und Getränken

B. Wahl einer Komission zur Systematisirung und vorheriger Durchsicht der angemeldeten Berichte.

Montag 14/26. A. Zweiter Bericht: Prophylaktische Massregeln gegen die Einschleppung der Cholera: a) Quarantaine, Cordon, Isolirung ganzer Ortschaften oder einzelner Gebäude, Verbot von Jahrmärkten, Zusammenkünften, Schliessung der Schulen; b) Aufsicht über die Bewegung der Bevölkerung: Heimkehrende Arbeiter, Durchreisende und besonders Anreisende aus seuchenhaften Ortschaften. Aerztliche Besichtigung von Anlegestellen von Schiffen, Eisenbahnstationen, Poststrassen, Visirung von Dokumenten, Baracken für Kranke und Verdächtige, Nachtquartiere, Speise- und Theehäuser für Durchreisende; c) Mittel den ersten Cholerakranken in Städten oder Dörfern ausfindig zu machen. Organisation einer Registrirung aller Erkrankten und Gestorbenen.

B. Organisation von Komissionen für obige Punkte.

Dienstag 15./27. Morgens: Sitzung der Kommissionen und praktische Beschäftigungen. Abends: A. Dritter Bericht: Massregeln zum Kampf gegen die Cholera: a) Beschaffung ärztlicher Hilfe für die Bevölkerung, Bestimmung der dazu nöthigen Anzahl von Aerzten, Feldscherern, Anstalten. Die stationäre und die Krankenhausbehandlung; b) Isolirung der Evacuirung der Kranken, Evacuirung der Gesunden aus Häusern, wo Kranke sich befunden haben. Bedingungen, welche die Behandlung der Kranken in ihrer eigenen Wohnung ungefährlich machen gegen eine Verschleppung; c) Mittel zur Isolirung, Mittel zur Ueberführung der Kranken in die Hospitäler; d) Umgang mit Choleraleichen; Kirchhöfe, deren Desinfektion; e) Desinfektion der Ausleerungen, der Sachen, Wäsche, Bettutensilien, Wohnungen, Senkgruben, Transporte etc. etc. Wie soll man in den Dörfern desinficiren? Verbrennen der Sachen; f) Sanitätsdiener und Desinfektore aus dem Volke.

B. Bildung von Kommissionen für diese Punkte.

Mittwoch 16/28. Morgens: Sitzung der Kommissionen und praktische Beschäftigungen. Abends: Mittheilungen über Therapie der Cholera. Bericht über solche Fragen, die im Programm nicht enthalten sind.

Donnerstag, Freitag, Sonnabend: Morgens: Sitzung der Kommission und praktische Uebungen in Desinfektion und Bakterioskopie. Abends: Allgemeine Versammlung zur Vernehmung der Resultate.

Sonntag, 20. Dez. 1892 / 1. Jänner 1892, 2 Uhr Nachmittags: Schluss des Kongresses. *Dr. J. F.*

Tagesnachrichten und Notizen

(Universitäts- und Personal- Nachrichten.) Dr. Heinrich Sterz, Direktor der Mährischen Landes-Irrenanstalt in Sternberg, wurde zum Direktor der Landes-Irrenanstalt, in Brünn, Dr. Konstantin Schubert, Primararzt der Landes-Irrenanstalt in Brünn, zum Direktor in Sternberg und Dr. Sigmund Kornfeld, Assistent der Klinik des Professor Freiherr v. Krafft-Ebing in Wien, zum Primararzte an der Landes-Irrenanstalt in Brünn ernannt. — Der Kaiser hat dem Professor Dr. Kahler, Vorstand der zweiten medizinischen Klinik in Wien, den Titel eines Hofrathes verliehen. — Prof. Neumann wurde in der Jahressitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft zum Präsidenten für 1896 gewählt. — Professor Dr. Adam Politzer in Wien, erhielt das Commandeurkreuz des königlich portugiesischen Christus-Ordens. — Der berühmte Pariser Chirurg Prof. Péan ist von der Leitung des Hôpital St. Louis zurückgetreten. Der Gelehrte nahm in einer interessanten, mit lebhaftem Beifalle aufgenommenen Rede von seinen Schülern und seiner Wirkungsstätte Abschied. — An der militär-medizinischen Akademie in St. Petersburg haben sich habilitirt: Dr. Blumenau als Privatdozent für Nerven- und Geisteskrankheiten, Dr. Masson als Privatdozent für Gynäkologie und Geburtshilfe, Dr. N. Russkow als Privatdozent für pathologische Anatomie. — Der ausserordentliche Professor der Hygiene an der militär-medizinischen Akademie in St. Petersburg, Dr. S. H. Schidlowski, ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

(Aus Budapest) schreibt man uns: Anlässlich der im Zuge befindlichen Revision des Sanitätswesens hat der Landes-Apothekerverein beschlossen, im Interesse der Abänderung der für die Apotheker gravaminösen Gesetze, dem Landes-Sanitätsrath ein Memorandum zu unterbreiten. Von den diesbezüglichen Wünschen der Apotheker erwähnen wir: Die Droguisten und Spezereiwaarenhändler sollen aus mehreren Bestandtheilen zusammengesetzte Mittel gar nicht, Medikamente aber nur über Anordnung von Apothekern verabreichen, während sie Heilkräuter und Wurzeln nicht unter einem halben Kilo verkaufen dürfen Den Kreisärzten soll es nicht gestattet sein, ausser den durch das Gesetz festgestellten Mitteln, auch noch andere zu führen, und müssen auch diese in der nächstliegenden Apotheke beschaffen. Thierärzte dürfen dort, wo eine Apotheke sich befindet, keine Apotheke führen und es soll denselben nicht gestattet sein, Medikamente selbst zu bereiten. Wo eine Apotheke ist, haben die Thierärzte ihren Bedarf aus der nächstliegenden öffentlichen Apotheke zu beschaffen. — Beim Unterrichtsminister Grafen Albin Csáky sprach dieser Tage der Professorenkörper der medizinischen Fakultät vor, um ihn zu ersuchen, die Ideen der Errichtung eines Landesspitals in Budapest, welches vom Standpunkte des praktischen Unterrichtes nothwendig sei, aufzugreifen und durchzuführen. Der Minister versprach, die Angelegenheit, mit welcher sich das Ministerium bereits beschäftigt, zu unterstützen. — Im militär-wissenschaftlichen Verein hat Oberstabsarzt Dr. Alois Paikert einen Vortrag gehalten: Ueber die Einwirkung des Lichtes auf den menschlichen Organismus und die Gesundheit, in welchem er die sanitären Verhältnisse Ungarns mit denselben anderer europäischer Staaten verglich und betonte, dass die Aufstellung eines besonderen Ministeriums für Gesundheitswesen in Ungarn geradezu eine Nothwendigkeit sei. In der letzten Generalversammlung des Orvosi kör (ärztlicher Klub) wurden gewählt: zum Präsidenten Prof. Julius Böke, zum Vicepräsidenten Dr. Samuel Pap, zum Schriftführer Dr. Koloman Szegö, zum Kassier Dr. Géza Hajnis und in den Ausschuss die DDr. Báron, Gebhardt und Glück. — In der nächsten Zeit soll in Budapest ein Kongress der Komitatsphysiker Ungarns stattfinden; die Idee hiezu ist vom Physicus des Zalaer Komitates, Dr. Margin ausgegangen.

Berlin. Unter dem Vorsitz des Herrn Geh. Rath Virchow hielt der Vorstand des X. Intern. Med. Kongresses (Berlin 1890) am 27. v. M. eine Sitzung ab, in welcher er nach erfolgter endgültiger Rechnungslegung und ertheilter Decharge seine Thätigkeit als beendet erklärte. Der Rechnungsabschluss stellt sich wie folgt: Der Kongress vereinnahmte

aus eigenen Leistungen	140 749 Mk.	81 Pf.
aus Reichsmitteln	70.000 »	
in Summa	210 749 Mk.	81 Pf.
die Ausgaben betrugen	206 040 »	42 »
mithin bleibt Bestand	4.709 »	39 »

Diese Summe ist der Reichskasse wieder zur Verfügung gestellt worden. Als Reichszuschuss war ursprünglich eine Summe von 80.000 Mk. bewilligt; davon sind 10.000 Mk. garnicht erhoben worden. In den Ausgaben sind die Druckkosten der Verhandlungen mit 56.998 07 Mk. enthalten

Die Versendung der Kongressverhandlungen wird bis auf Weiteres noch unter den bekannten Bedingungen (Einsendung des Portobetrages an die Hirschwald'sche Buchhandlung in Berlin) festgesetzt.

Im Anschluss an diese Sitzung konstituirte sich der bisherige Kongressvorstand unter Vorbehalt der Ergänzung durch Kollegen aus anderen deutschen Bundesstaaten als deutsches Reichskomité für den XI. Intern. Kongress, Rom 1893; die Bildung von Landeskomités in den einzelnen deutschen Staaten und in den preussischen Provinzen wird demnächst erfolgen.

Offene Konsultation.

Geehrter Herr Redakteur!

Beim Lesen einer in Nr. 39 der VOLKMANN'schen Sammlung klinischer Vorträge erschienenen Arbeit über Eklampsie von Prof. Dr. Robert OLSHAUSEN, erinnerte ich mich an einen Fall aus meiner Praxis der nun von Interesse zu sein scheint. Derselbe kann allerdings in pathologisch-anatomischer Hinsicht nicht verwerthet werden, da eine Sektion nicht möglich war, dagegen findet er seiner Seltenheit in anderer Beziehung wegen, in Ihrem geschätzten Blatt vielleicht Aufnahme:

Im Oktober d. J. an einem regnerischen Sonntag Morgens wurde ich in vorübergehender Abwesenheit meines Kollegen zu einer Frau gerufen, da sie in Krämpfen liege. Bei meiner sofortigen Ankunft finde ich die Patientin im Coma. Die Anamnese, Beobachtung, Untersuchung ergibt Folgendes: Es handelt sich um eine 23jährige I para im V. Monate der Schwangerschaft. Sie wurde am Morgen um 4 Uhr mitten im besten Wohlbefinden von Krämpfen befallen, welche sich wiederholten. Es traten auf Zuckungen der Extremitäten und der Gesichtsmuskeln, die Kiefer wurden zusammengepresst, Schaum trat vor den Mund, das Gesicht wurde cyanotisch, der Puls war hart, ziemlich voll, beschleunigt. Nach minutenlanger Dauer des Anfalls folgte Bewusstlosigkeit, Coma. Im Urin fand sich Eiweiss, derselbe wurde spärlich gelassen. Sämmtliche Erscheinungen weisen auf die Diagnose: Eclampsia gravidarum. Die Anfälle wiederholten sich an jenem Tage. Chloral und die dann durch den inzwischen angelangten Kollegen eingeleitete diaphoretische Behandlung schienen von Erfolg begleitet zu sein und die Frau zu genesen, aber nach 14 tägigem Unterbruch und ohne dass inzwischen die Geburt spontan eingetreten wäre, erfolgte ein neuer Anfall und Exitus im Coma.

Es ist bekannt und alle Autoren sind darin einig, dass die Eklampsie vornehmlich eine unter der Geburt eintretende Krankheit ist und wenn sie in der Schwangerschaft auftritt, zumeist die späteren Monate 8—10. bevorzugt. Ganz selten tritt sie auf in der ersten Hälfte der Schwangerschaft. OLSHAUSEN citirt zwei Fälle vom 4. und 3. Monat. OLSHAUSEN sagt pag. 328: Es ist selten, dass eine Eklampsie, die mehr als 24 Stunden pausirt hat, sich wiederholt, er citirt zwei eigene Fälle und einen von LEUDES, wo es doch vorkam. Bei meinem Falle finden wir frühes Auftreten und Wiederholung der Eklampsie nach 14 tägiger Pause kombinirt, was den Fall einigermassen interessant macht. Obschon ich mir nicht anmasse, angesichts dieser für mich ersten Erfahrung dieser Art, ein Urtheil zu fällen, so verzeichnen sie immerhin dem praktischen Arzte seine Skrupel in Beziehung auf die Therapie; die Fälle sind zu selten, aber immer so schwierig zu entscheiden, wenn man vor die Alternative gestellt ist, was thun, dass man nie genug Ansichten hören kann. Die meisten Autoren mahnen zur Vorsicht, ja DÜHRSSEN verwirft die Frühgeburt bei Eclampsia gravidarum. Gewiegten Urtheilen darf man sich nicht verschliessen. OLSHAUSEN hat mit expektativem Verfahren einen Fall, wo sich Eklampsie wiederholte, gerettet, aber der andere starb. Gewissenhafte expektative Behandlung hat von Seiten des Kollegen unseren Fall nicht retten können. Darum möchte ich die Frage stellen, ist es nicht erlaubt, eventuell doch zur Frühgeburt, respektive zum Arbort zu schreiten. Vielleicht gibt Ihr geschätztes Blatt einmal ein tröstendes Wort in Bezug auf diese Materie . . .».

Hochachtungsvoll

Dr. med. A. Kraft.

An die Leser!

Der ehrenvollen Aufforderung seitens der Herausgeber der «Internationalen Klinischen Rundschau», die Redaktion der «**Therapeutischen Blätter**» zu übernehmen, leisten wir gerne Folge. Dass trotz der fast übergross erscheinenden Anzahl medizinischer Zeitschriften für solche lediglich oder vorwiegend therapeutischen Inhaltes noch Raum ist, dafür zeugt die bedeutende Verbreitung der wenigen vorhandenen Blätter dieser Art, sowie die enorme Entwicklung, welche die Therapie in all ihren Abarten in den letzten Decennien genommen hat.

Die ars curandi ist und bleibt der wichtigste Theil der praktischen, sie ist das Ziel, der Endzweck der wissenschaftlichen Medizin. Die rationelle, moderne Therapie fusst auf der experimentellen Pharmakologie, kann aber ebenso wenig als die Therapie unserer Altvorderen der Erfahrung am Krankenbette entbehren. Geht ja doch selbst heute häufig genug der Versuch am Krankenbette der physiologischen Begründung in anima vili voraus.

Bei der immer mehr zunehmenden Verwendung fabriksmässig chemisch erzeugter und der reichlichen Zufuhr neuer überseeischer Arzneimittel gehören auch die pharmaceutische Chemie, sowie die Pharmakognosie zu den Grundlagen der Therapie. Viel wichtiger aber als die beiden letzteren sind für den Praktiker die immer höhere Bedeutung gewinnenden prophylaktisch-therapeutischen Massnahmen, welche die Hygiene lehrt.

Es sollen daher die «Therapeutischen Blätter» nicht nur das Interesse für therapeutische Fragen wecken und das vorhandene wach erhalten, sondern auch alles aus jenen Disziplinen, was für den Arzt (mag er in welcher Stellung immer sein) namentlich in Hinsicht auf die praktische Anwendung wissenswerth ist, in geeigneter Form vorbringen.

Dementsprechend wollen wir nebst Originalabhandlungen oder Vorträgen von bewährten Fachmännern zusammenhängende Berichte über Neuere Arzneimittel und Referate aus allen Gebieten der Therapie bringen. Die besonders bei neuen Mitteln wichtige Toxikologie soll im Anschlusse an die experimentelle Pharmakologie behandelt werden. Auch die nur zu sehr in Vergessenheit gerathende Receptirkunde wird eingehende Berücksichtigung finden; empfehlenswerthe Recepte sollen besonders im Auge behalten werden.

Und da für den nicht spezialisirenden praktischen Arzt nicht nur die Pharmakotherapie, sondern ebenso die übrigen Behandlungsmethoden von nicht minder grosser Bedeutung sind, so sollen auch diese so weit als thunlich beachtet, neuen Apparaten, Instrumenten, Utensilien die gebührende Aufmerksamkeit gezollt werden.

Durch praktische, den oben angegebenen Grundzügen folgende Anordnung des Stoffes hoffen wir den praktischen Aerzten eine leichte und bequeme Uebersicht alles dessen zu bieten, was die Therapie betrifft. Zeit und Mühe soll durch unser Blatt den Kollegen gespart werden.

Wir werden gerne bereit sein, an uns gerichtete Fragen therapeutischen Inhalts zu beantworten und hoffen durch die Einrichtung der «Anfragen aus dem Leserkreise» und einer «Korrespondenz der Redaktion» mit unseren Lesern in engere Fühlung zu treten.

Somit empfehlen wir die «Therapeutischen Blätter» dem Wohlwollen der Kollegen.

Dr. Josef Nevinny. Dr. Heinrich Paschkis.

Mit nächster Nummer erscheint Nr. 1 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend Hofrath Prof. Nothnagel: „Einige Bemerkungen zur Pharmakologie" und einen Originalartikel von Dr. Arthur Klein: „Der derzeitige Stand der Blutserum-Therapie"; ferner neuere Arzneimittel therapeutische Mittheilungen und Rezepte u. s. w., u. s. w.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 15. Jänner 1893.** **Nr. 3.**

„**Internationale Klinische Rundschau**" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die Entwickelung der Kinderheilkunde in Wien und die Aufgabe unserer Poliklinik.*)

Von

Professor Dr. Monti.

Motto: „Suum cuique."

Wir verdanken der Hochherzigkeit edler Gönner, in erster Linie dem Wohlthätigkeitssinne der Herren David und Wilhelm von GUTMANN, die Erbauung dieser der Humanität und wissenschaftlichen Forschung gewidmeten Heilstätte.

Bevor wir unsere Thätigkeit in dieser neuen, nach den modernen Prinzipien der Hygiene eingerichteten für das Wohl der Kinder und für die Pflege unseres Speciallaches bestimmten Anstalt beginnen, sei es mir gestattet, in kurzen Umrissen die Entwickelung der Kinderheilkunde und der Kinderheilstätten in Wien zu schildern um auf geschichtlicher Grundlage unsere künftige Aufgabe festzustellen.

Nachdem in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jarhundertes in Paris durch die Eröffnung des ersten Kinderspitales die Erforschung der Kinderkrankheiten begann, gründete in Wien Dr. MASTALLIER im Jahre 1787 das erste Institut für kranke Kinder. Durch sein selbstloses und unermüdliches Wirken gelang es alsbald in dieser neuen Anstalt vielen armen Kindern die Wohltaten einer fachmännischen Behandlung zugänglich zu machen. Unter MASTALLIER's Führung wurden zahlreiche Wiener Aerzte angeregt, das Studium der Pädiatrie zu pflegen. So wurde in Wien, wenn auch in bescheidener Weise, doch der Keim für die Entwickelung der Kinderheilkunde gelegt. Nach MASTALLIER's Tod erkaltete leider das Interesse der Wiener Aerzte für unsere Wissenschaft und der damalige Protomedicus Dr. v. FERRO musste wiederholt mehrere Aerzte Wiens vergebens zur Fortführung des Institutes auffordern, bis im Jahre 1794 Dr. GOELIS sich bereit erklärte, die Leitung des 1. Kinderkranken-institutes zu übernehmen. GOELIS war für die damalige Zeit ein hervorragender Arzt und besass speziell für einen Kinderarzt die vorzüglichsten Eigenschaften. Durch seine strebsame Leitung uud wissenschaftliche Tnätigkeit erwarb er der Kinderheilkunde rasch die gebührende Beachtung. Sein praktischen Abhandlungen über die vorzüglichsten Kinderkrankheiten und seine Vorschläge zur Besserung der körperlichen Kindererziehung in den ersten Lebensperioden waren der Beginn der klinischen Bearbeitung der Kinderheilkunde. GOELIS hat die Lehre des Hydrocephalus und der Meningitis tuberculosa aufgestellt. Aus GOELIS Schule sind GÖTZ und später LIHARZIK hervorgegangen, welche die Lehre des Wachsthums der Kinder begründet haben.

Nach den im Jahre 1827 erlolgten Austritt GOELIS übernahm der damalige Assistent der geburtshilflichen Klinik, Dr. Alexander WEISS, die Leitung des Kinderkrankeninstitutes. Während seiner dreijährigen Thätigkeit trat ein Stillstand in den Leistungen der Anstalt ein. In ähnlicher Weise wirkte sein Nachfolger Dr. LÖBISCH, vom Jahre 1830—1850. Es ist wohl begreiflich, dass der, damals durch ROKITANSKY und SKODA sich vollziehende Umschwung in der Medizin auf die weitere Gestaltung der Kinderheilkunde nicht ohne Einfluss bleiben konnte, und dass mit der im Jahre 1850 erfolgten Uebernahme der Leitung des Institutes durch POLITZER, eines Schülers der damaligen Wiener Schule, eine neue, erfreuliche und von Erfolgen begleitete Thätigkeit begann. POLITZER's Aufgabe war zunächst dahin gerichtet, die noch in der Kinderheilkunde herrschenden Vorurtheile und Irrthümer auf Grundlage der Errungenschaften der Wiener Schule zu bekämpfen und eine nüchterne Forschung auf diesem Gebiete allmälig anzubahnen. Von dem richtigen Grundsatze ausgehend, dass die anatomischen und physiologischen Eigenthümlichkeiten des kindlichen Organismus den Grundstein für die richtige Bearbeitung der Kinderkrankheiten bilden müssen, hat POLITZER in dieser Richtung schätzenswerthe Beiträge geliefert und den Weg angedeutet, auf welchen in Hinkunft die Kinderheilkunde aufgebaut werden soll. Durch mehr als drei Dezennien hat POLITZER das erste Kinderkranken-Institut geleitet und hiebei zahlreiche Aerzte ausgebildet. Aus seiner Schule sind mehrere tüchtige Forscher hervorgegangen, insbesonders der jetztige Leiter dieser

*) Vortrag, gehalten als Einleitung zu den Vorlesungen über Kinderkrankheiten, gelegentlich der Eröffnung des neuen Hauses, (Ambulatorium und Spital) der allgemeinen Poliklinik in Wien, am 10. Jänner 1893.

Ordinationsanstalt, Professor KASSOWITZ, welcher durch seine Arbeiten über Rhachitis und Lues sich um die Entwickelung der Kinderheilkunde Verdienste erworben hat. Unter seiner Leitung wird die Tradition des ersten Kinderkranken-Institutes hochgehalten und seine Schüler sind fortwährend bestrebt durch neue Beiträge den Aufbau unserer Wissenschaft zu fördern.

Die Nothwendigkeit, einer grossen Anzahl kranker Kinder die Wohlthaten einer fachmännischen Behandlung zu verschaffen führte bald zur Gründung von Ordinationsanstalten in den einzelnen Vorstädten Wiens. Im Jahre 1844 begann die Ordinationsanstalt für Kinder im Bezirke Wieden ihre Thätigkeit. In dieser Anstalt haben als Aerzte HÜGEL, GUNS, HEIM und DONAU gewirkt Ein ähnliches Institut wurde von LUZINSKY in Mariahilf und von WYSCHANSKY in der Josefstadt gegründet. Alle diese Heilstätten haben wesentlich dazu beigetragen, das Interesse für Kinderheilkunde unter den Aerzten wachzuhalten und für die armen kranken Kinder stets Erspriessliches geleistet.

Von grösserer Bedeutung war die Thätigkeit von Alois BEDNAR. In seiner Stellung als Sekundararzt und Primarius der überreiches liegendes Material verfügenden Findelanstalt betrieb BEDNAR in den Jahren 1847—1854 mit grossem Eifer das Studium der pathologischen Veränderungen an Neugeborenen und Säuglingen. Durch sein Werk «Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge von klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkt» hat BEDNAR die Grundlage für die pathologische Anatomie des ersten Kindesalters festgestellt.

Ein wesentlicher Fortschritt erfolgte aber erst mit der Gründung des ersten Kinderspitales in Wien.

Ein edler Menschenfreund, MAUTHNER VON MAUTHSTEIN fasste im Jahre 1837 den Entschluss, in Wien ein Kinderspital mit 12 Betten auf eigene Kosten zu gründen. Am 26. August 1837 wurde diese Anstalt in der Kaiserstrasse eröffnet. So schuf MAUTHNER das erste Kinderspital nicht allein in Wien und Oesterreich, sondern in ganz Deutschland. In Bälde war der Andrang der Kranken ein so grosser, dass nach zweijährigem Bestande der Anstalt MAUTHNER bereits in der Lage war, Vorlesungen über Pflege gesunder und kranker Kinder halten zu können und das Studium der Kinderdiätetik und die Ausbildung von Kinderpflegerinnen zu versuchen. Um die neue Anstalt zu fundiren und die nöthigen Mittel zur Erhaltung und Erweiterung derselben zu erzielen, gründete MAUTHNER einen Kinderspitalverein, welcher unter dem Protektorate der Kaiserin Maria Anna stand. Unverdrossen an der Vervollkommnung seines Werkes arbeitend, kam MAUTHNER im Jahre 1844 um die Erlaubniss ein eine Kinderklinik errichten zu dürfen und erhielt von der Regierung auf Grundlage eines Statutes hiezu die Bewilligung Nach diesem Statut wurde nur eine beschränkte Anzahl von Aerzten des In- und Auslandes zu dem klinischen Unterricht zugelassen. Die Dauer der Kurse wurde auf 4 Monate festgestellt. Wie in allen klinischen Anstalten wurde der Kandidat bei seinem Eintritte verpflichtet, unter der Anleitung des Direktors kranke Kinder als Ordinarius zu besorgen. Der Ordinarius ertheilte an jedem Bette Bericht über den Zustand des seiner Behandlung anvertrauten Kindes und zeichnete die Symptome und das Heilverfahren in das Protokoll auf. Ausser dem klinischen Unterricht wurden zweimal wöchentlich Vorlesungen über Kinderkrankheiten gehalten. Um den Kandidaten in dem schnellen Auffassen vorkommender Fälle Uebung zu bieten, stellte man es ihnen frei, den Ordinationen in der Poliklinik des Kinderspitales theilweise beizuwohnen. In dieser sehr zweckmässigen Weise wurde von MAUTHNER der Unterricht in der Kinderheilkunde begonnen. Seine Einrichtungen waren geradezu nachahmungswürdig und haben rasch reichliche Früchte getragen.

Als demnach der Andrang der Hilfesuchenden sehr gross wurde, die wissenschaftlichen Erfolge der Anstalt die allgemeine Anerkennung gefunden und der Verein durch die Privatwohlthätigkeit die nöthigen Geldmittel aufgebracht hatte, sah sich MAUTHNER genöthigt, dem St. Annen-Kinderspitale ein eigenes zweckmässig eingerichtetes Heim zu verschaffen. Zehn Jahre nach Gründung dieses Institutes, im Monate August 1847, begann MAUTHNER den Bau des jetzigen St. Annen-Kinderspitales und am 18 September 1848 erfolgte die feierliche Einweihung desselben. In Anerkennung der didaktischen Leistungen MAUTHNER's wurde die Kinderklinik im Jahre 1850 zur Universitätsklinik umgestaltet und MAUTHNER zum Professor der Kinderheilkunde ernannt. Es ist wohl begreiflich, dass MAUTHNER eine rastlose klinische Thätigkeit entwickelte und vielfach bemüht war, seine Erfahrungen zu veröffentlichen. Seine Kinderdiätetik und Abhandlungen über Gehirnerkrankungen der Kinder fanden die Beachtung der Zeitgenossen. Aus seiner Schule sind mehrere Kinderärzte hervorgegangen, und zwar LUZINSKY, HÜGEL, POLITZER, WYSCHANSKY und viele Andere. MAUTHNER wirkte als klinischer Lehrer bis zum Jahre 1858. Zu seinem Nachfolger wurde der damalige Director des Josef-Kinderspitals, Franz MAYR ernannt.

Bevor wir Franz MAYR's Thätigkeit als klinischer Lehrer schildern, müssen wir mit einigen Worten der Anstalt gedenken, in welcher MAYR zuerst seine kinderärztliche Thätigkeit entfaltete.

Die erfreulichen Erfolge, welche das St. Annen-Kinderspital erzielte, hatten Dr. ALEXOVITZ aufgemuntert, in gleicher Weise im Jahre 1842 das Josefs-Kinderspital im Bezirke Wieden zu gründen. Franz MAYR trat nun im Jahre 1845 in diese Anstalt als Secundararzt ein und im Jahre 1846 wurde er zum dirigirenden Primararzt dieses Kinderspitales ernannt. Das Josefs-Kinderspital dankt MAYR die Grundzüge seiner jetzigen Organisation und seinen Ruf als Humanitätsanstalt. Schon in den ersten Jahren seiner kinderärztlichen Carrière hat MAYR zahlreiche wichtige pädiatrische Arbeiten veröffentlicht, die seine besondere medizinische Bildung und Begabung kundgaben. Seine erfahrungen über ererbte Syphilis, seine Beobachtungen über Masern, ihre Komplikationen und Nachkrankheiten sowie epidemische Verbreitung, seine Abhandlungen über Herpes, Lichen, Miliaria, Erysipelas, Erythema nodosum, Urticaria, Croup etc.; seine Anleitung zu einer naturgemässen und verständigen Kinderpflege haben ihn zum künftigen klinischen Lehrer prädestinirt.

Erst unter MAYR's Leitung erlangte die Kinderklinik des St. Annen-Kinderspitales jene Bedeutung, die zur Anerkennung der Kinderheilkunde als eines mit anderen Zweigen der Medizin gleichberechtigten Specialfaches führte. Durch seine gründliche allgemeine medizinische Bildung und seine pädiatrische Erfahrung wurde MAYR der Begründer der klinischen Pädiatrik in Wien. MAYR hat zuerst die klinische Untersuchung des Kindes gepflegt: er hat auch in Folge dessen die klinische Diagnostik auf eine für die damalige Zeit bedeutende Höhe gebracht: er war auch bemüht, die Therapie zu vereinfachen und in rationelle Bahnen zulenken. Seine umfassenden Abhandlungen über Scharlach und Masern in VIRCHOW's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, seine Impfversuche bei Masern, insbesonders seine Semiotik haben MAYR's Ruf als klinischer Lehrer und Forscher für immer gesichert, er war gewiss der bedeutendste Kinderarzt seiner Zeit. Aus MAYR's Schule sind viele tüchtige Kinderärzte hervorgegangen, GELMO, HAUCKE, WIDERHOFER und viele Andere. Die Wiener pädiatrische Schule erlangte unter MAYR einen europäischen Ruf und die Mehrzahl der ausländischen Kinderärzte hat bei MAYR die Grundzüge der klinischen Pädiatrik gelernt.

Nach MAYR's Ableben im Jahre 1863 übernahm sein begabtester Schüler WIDERHOFER die Leitung des St. Annen-Kinderspitales und der Wiener pädiatrischen Klinik. Schon als Secundararzt der Wiener Findelanstalt und als Assistent MAYR's hat WIDERHOFER durch seine zahlreichen klinischen Arbeiten und insbesonders durch seine Monographie über die Erkrankungen des Nabels Neugeborener, seine pädiatrische Begabung kundgegeben. WIDERHOFER's Thätigkeit als klinischer Lehrer ist Ihnen wohl bekannt. — Sie wissen, dass WIDERHOFER nicht allein die Tradition seines hochverehrten Lehrers MAYR hochhielt, sondern auch durch seine Arbeiten den Ruhm der Wiener Kinderklinik vermehrt hat. Seine Abhandlungen über Darmkrankheiten, über Bronchialdrüsen, sowie seine zahlreichen

populären Aufsätze über Kinderpflege sind die besten Beweise, dass die Wiener pädiatrische Schule unter seiner Führung einen achtunggebietenden Antheil an dem Aufbaue der Kinderheilkunde in Anspruch nehmen kann. Insbesonders hat sich WIDERHOFER durch die Einführung der Tracheotomie bei der Behandlung der Diphtheritis, sowie in den letzten Jahren durch Ausübung der Intubation besondere Verdienste erworben. Seine Klinik gehört zu den bestfrequentirten und es ist gewiss, dass viele der jetzt wirkenden Kinderärzte ihre Ausbildung und die besten Anregungen, der lehramtlichen Thätigkeit WIDERHOFER's verdanken. Aus seiner Klinik sind viele Schüler hervorgegangen. Die ältesten seiner Schüler sind der leider früh verstorbene College KIRCHSTETTER und ich, es folgen dann HÜTTENBRENNER, AUCHENTHALER, VENINGER, LATZL, GNÄDINGER, GALLASCH, FRÜHWALD, FOLTANEK und viele Andere, die als Kinderärzte eine geachtete Stelle einnehmen.

Die Erfolge des St. Annen-Kinderspitales führten allmälig zur Gründung anderer Kinderspitäler, und zwar des Leopoldstädter Kinderspitales, 1869 (durch die Oesterreichische Sparkasse), des Kronprinz Rudolf-Kinderspitales im Jahre 1872 durch die Familie MAUTHNER, das Karolinen-Spital im Jahre 1875 durch Frau RIEDL und im Jahre 1878 des LEBENSWARTH-schen Kinderspitales in Gumpendorf. Alle diese Anstalten, an welchen tüchtige Kinderärzte thätig waren und sind, wie HAUCKE, GÜNS, UNTERHOLZER, HOFMOKL, GNÄDINGER, HÜTTENBRENNER, HEIM, EISENSCHÜTZ etc. etc. gereichen nicht allein den armen Kindern zum Wohle, sie sind auch Stätten wo die pädiatrische Wissenschaft gepflegt wird und wo junge Aerzte als Hilfsärzte zu tüchtigen Kinderärzten herangebildet werden.

Alle diese Kinderinstitute verdanken ihre Gründung und Erhaltung vorwiegend der Privatwohlthätigkeit, wahrlich ein Denkmal, welches den künftigen Generationen stets bekunden wird, dass das Herz der Wiener Bevölkerung den armen Kranken hilfreich ist.

Welchen Antheil haben nun die Kinderabtheilungen der allgemeinen Poliklinik auf die Pflege und den Unterricht in der Kinderheilkunde gehabt?

(Schluss folgt.)

Ueber ein bisher nicht beschriebenes Symptom von hereditärer Syphilis.

Von **Dr. Antonino Carini**, Dozenten an der Universität in Palermo*)

(Fortsetzung.)

Ich lasse hier zunächst einen kurzgefassten Bericht über die von mir beobachteten Fälle folgen:

I. Fall. M. F., 5 Tage alt, wurde den 11. März 1888 auf die medizinische Klinik des verstorbenen Prof. Silvestrini gebracht, mit welcher eine unter meiner Leitung befindliche Abtheilung für Kinderkrankheiten verbunden war. Die Mutter erzählte mir, dass sie vor der Geburt des gegenwärtigen Kindes (Mädchen) zwei Fehlgeburten überstanden hatte. Der Vater acquirirte vor 5 Jahren ein syphilitisches Geschwür am Präputium. Darauf zeigte sich eine Roseola und es trat auch Alopecie auf. Bei der Mutter finden sich die Erscheinungen einer luëtischen Infektion deutlich vor: Drüseninfiltration am Halse und in der Leistengegend

Seit der Geburt leidet das Kind an hartnäckigem Singultus. Aus der Vagina sondert sich ein weisslicher Fluss ab. Stuhl normal. Kein Vomitus. Gegen das Schluchzen rieth ich Verabreichung von Milch mit etwa vierstündigen Intervallen. Dies half jedoch nichts und das Uebel milderte sich nur gegen Verabreichung einiger Löffel gezuckerten und lauwarmen Wassers.

Nach 10 Tagen trat Coryza, sowie trockener und stark belästigender Husten auf.

23. März 1888. Status präsens: Röthliche Flecken am Unterleibe, in den unteren Thoraxpartien, und an der inneren Fläche der Extremitäten. Der Singultus besteht fort. Ich verschreibe dem Kinde den Liquor VAN SWIETEN und der Mutter .50 Jodkalium pro die. Das Kind erhielt so indirekt cirka 0.64 Jodkalium innerhalb 24 Stunden.

1. April 1888. Roseola und Singultus verschwunden. Das Kind bedeutend gebessert, setzte die Behandlung fort.

II. Fall. B. S., 10 Tage alt, wurde am 2. Mai 1888 im «Ospedale Clinico della Concezione» zur Konsultation gebracht. Ueber hereditäre Antecedentien ist nichts bekannt. Status präsens: Frühreifes Kind, lästiger intermittirender Singultus von der Geburt an. Seit zwei Tagen Coryza, Kein Vomitus, keine Diarrhoe. Charakteristische Verkrümmung der oberen und unteren Extremitäten, knisterndes Geräusch in der Höhe der oberen Epiphyse der linken Tibia und der unteren Epiphyse des Schenkels der gleichen Seite; Hautabschuppung an der Handfläche und der Fusssohle.

Diagnose: Singultus als prämonitorisches, spezifisches Zeichen der hereditären Syphilis.

III. Fall. Das 3 Monate alte Kind P. V. wurde mir auf dem «Ambulatorium für medizinisch-chirurgische Krankheiten» am 12. Juni 1889 vorgestellt. Die Aussagen der Mutter deuteten auf keine spezifische Krankheit hin. Sie erzählte mir, dass das Kind zuerst an hartnäckigem Singultus litt, welcher 20 Tage dauerte, worauf profuse Nasensekretion und Athembeklemmung sich zeigten. Nach diesen Erscheinungen trat an Händen und Füssen eine Eruption auf. Status präsens: Schlecht entwickeltes Kind, jedoch anscheinend gesund; Röthe an den Rändern der Nasenlöcher, an den Mundwinkeln und am Kinn; papulöse Eruption bestehend aus kreisförmigen kupferfarbenen Plaques circa 1 *cm* breit, erhaben, mit centraler Depression und von einem rosa-violetten Ringe umgeben; deren Oberfläche ist mit einem dicken Häutchen und Schüppchen bedeckt.

Diagnose: Hereditäre Syphilis. Singultus als erstes Symptom.

IV. Fall. G. P., 8 Tage alt, wurde mir am 2. August 1890 im «Ospedale Civico» vorgestellt. Seit der Geburt war sein Befinden ein schlechtes, da es Tag und Nacht von einem sehr hartnäckigen Singultus gequält wurde. Status präsens: Gesichtshaut bleich, Grösse und Gewicht unter der Norm; kein Vomitus, keine Diarrhoe; am Halse und an den Schultern Flaumenhaare; pes varus in leichtem Grade; Haut an der Fusssohle glänzend und von violetter Färbung. Ich verordne den Liquor VAN SWIETEN. Nach 4 Tagen wird das Kind wieder in's Krankenhaus gebracht; es leidet jetzt an Coryza, und am linken Fusse auf violettem Grunde finden sich zwei Bläschen von syphilitischem Pemphigus.

Diagnose: Hereditäre Syphilis.

V. Fall. Das Kind S. S., 4 Tage alt, atrophisch, frühreif, beobachtete ich in meiner Privatpraxis am 2. Dezember 1890. Ich erfuhr, dass der Vater, als er seiner militärischen Dienstpflicht oblag, ein ulcus durum acquirirte. Er machte eine Quecksilberbehandlung durch und heirathete nach 6 Jahren. Die Mutter bietet keinerlei Erscheinung dar, behauptet jedoch während der Schwangerschaft viel gelitten zu haben, wegen Ausfluss aus der Scheide und wegen grosser Schwäche. Status präsens: Kind sehr blass, kachektisch mit Runzeln an der Stirn; es leidet an Singultus, der es seit der Geburt nur wenige Stunden im Tage zur Ruhe kommen lässt. Coryza und Roseola syphilitica, pes varus, Verdickung der Epiphysen.

Diagnose: Singultus auf hereditärer Syphilis beruhend.

VI. Fall. S. B., 3 Tage alt, sah ich auf der Ambulanz am 7. März 1891. Die Mutter hat zwei Fehlgeburten gehabt; ein anderes Kind, das vor der Zeit auf die Welt kam, starb schon nach 24 Stunden.

S. B. hat eine trockene, gelbliche, runzelige Haut und leidet an hartnäckigem Singultus, hat weder Erbrechen noch Diarrhoe. Die Leber ist vergrössert und man fühlt sie zwei Finger breit unter dem Rippenbogen. Die Milz ist ebenfalls verdickt. Es besteht kein spezifisches Exanthem.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 1, 1893.

Diagnose: Singultus mit hereditärer Syphilis. Diese Diagnose fand im weiteren Krankheitsverlaufe ihre Bestätigung, denn auf den Singultus folgten Coryza und Roseola.

VII. Fall. R. J., 12 Tage alt, wurde mir in die Ordination auf der Polyambulanz (Poliklinik) am 1. November 1891 gebracht. Die Mutter hat zwei Mal aborhirt Das Kind leidet an Singultus und Rhinitis. Status präsens: Gesichtsfarbe schmutziggelb. Stirn runzelig, Roseola syphilitica am Stamm. Risse an den Lippen; erschwerte Athmung in Folge der intensiven Coryza; Leber und Milz normal.

Diagnose. Singultus und hereditäre Syphilis.

VIII. Fall. S. F., 10 Tage alt. Tochter eines Rechnungsofficials, wurde von mir in meiner Privatpraxis am 10. Februar 1892 beobachtet. Seit der Geburt leidet das Kind an Singultus und seit zwei Tagen an Athembeklemmung und Nasensekretion. Die hereditären Präcedentien wurden mir von dem Vater des Kindes heimlich mitgetheilt. Er hat viele Jahre vor seiner Heirath an Syphilis gelitten. Status präsens: Frühreifes Kind. Singultus auch während der Untersuchung auftretend: Athembeklemmung während des Säugens; heftige Coryza. Am 25. Februar, dem Tage, an welchem auch Professor PROFETA zur kleinen Patientin gerufen wurde, besteht die Coryza fort, der Singultus ist nicht so häufig, am ganzen Stamme und an den Füssen bemerkt man syphilitische Papeln.

Diagnose: Singultus cum Syphilide.

IX. Fall. C. S., 6 Tage alt, gut entwickelt, gelangte zu meiner Beobachtung den 2. Juni 1892. Nach fünf todt und vorzeitig geborenen Kindern ist dieses das erste lebend Geborene. Es leidet an hartnäckigem Singultus. Sonst bietet es keine weiteren spezifischen Erscheinungen dar. Vier Tage später treten Coryza und syphilitische Papeln auf.

(Schluss folgt.)

Ueber Keuchhusten und dessen Behandlung

Von Dr. **S. Schwarz** in Konstantinopel.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Krankengeschichten.

Folgende 3 Fälle wurden im Pavillon 13 (Krankenhaus Moabit, Berlin) behandelt.

1.) C. 5 Jahre altes Mädchen leidet seit 4 Wochen an Pertussis. Die Untersuchung ergibt starke Bronchitis. Temperatur 39 3. Jede Medikation wurde ausgesetzt und am 4. Juni 1892 die erste Einblasung gemacht.

Vom 4.—5. 28 heftige Anfälle; 5. Juni: 2. Einblasung.
» 5.—6. 21 kürzere » 6. » 3. »
» 6.—7. 16 » » 7. » 4. »
» 7.—8. 12 kurze » 8. » 5. »
» 8.—9. Kein Keuchen mehr, sondern katarrhalischer Husten. Am 9. letzte Einblasung. Temperatur normal.

2.) H., $2^1/_2$ Jahre altes Mädchen, seit 3 Wochen Keuchhusten.

Am 4. Juni 1. Einblasung. Bis 5. Juni 30 Anfälle.
» 5. » 2. » » 6. » 22 kürzere Anfälle.
» 6. » 3. » » 7. » 18 » »
» 7. » 4. » » 8. » 11 sehr leichte Anfälle.
» 8. » 5. » » 9. » Husten ohne Juchen.
» 9. » 6. und letzte Einblasung. Bis 10. leichter Katarrh. Husten.

3.) E., 1 Jahr, 3 Monate altes, sehr schwaches anämisches Kind, hat keinen Appetit, ist mürrisch und leidet an Pertussis seit 3 Wochen.

4. Juni 1. Einblasung. Bis 5. Juni 25 sehr heftige Anfälle.
5. » 2. » » 6. » 26 » » »
6. » 3. » » 7. » 18 » » »
7. » 4. » » 8. » 16 leicht. Anf., Appetit besser.
8. » 5. » » 9. » 12 » » Kind munter.
9. » 6. » » 10. » 8 » » Spielt im Bett.
10. Juni 7. Einblasung. Bis 11. Juni Kein Anfall mehr.
11. » 8. » » 12. » » » »
12. » Keine Einblasung mehr. Alle 3 Kinder wurden noch mehrere Tage im Krankenhause behalten und geheilt entlassen.

Aus der Ambulanz des Krankenhauses Moabit.

4.) Karl B., $4^3/_4$ Jahre alt. leidet seit Wochen an Keuchhusten, täglich 20, 1—2 Minuten lang dauernde, Anfälle. Am

Am 7. Juni 1. Einblasung, bis 8. Juni 20 Mal etwas gelinder gekeucht.
» 8. » 2. » » 9. » 17 Mal kürzer gehustet. Kind munter
» 9. » 3. » » 10. » 15 sehr kurze Anfälle, wenig Auswurf.
» 10. » 4. » » 11. » 17 noch schwächere Anfälle.
» 11. » 5. » » 13. » (12. ausgebl.) 26 gelinde Anfälle.
» 13. » 6. » 14. » 11 kurze Hustenanfälle ohne Juchen.
» 14. » 7. » liessen das Kind zwei Tage ausbleiben. in diesen Tagen 31 sehr kurze und schwache Hustenanfälle; liessen es bis zum 21. Juni ausbleiben. In diesen 4 Tagen zusammen 34 Anfälle mit Keuchen. Am 21. Juni Insufflation. Bis 22. Juni 8 schwache und kurze Anfälle. Am 22. Juni Insufflation. Bis 23. Juni schwache und kurze Anfälle.

Noch andere 2 Einblasungen, alle Symptome geschwunden. Ich erwähne diesen Fall nur aus dem Grunde, weil er uns die spezifische Wirkung des Coclyt beweist. Kaum hatten wir die Einblasungen eingestellt so kehrte nach einigen Tagen schon das Keuchen wieder, kaum die Einblasung wieder aufgenommen, so schwand der Husten nach einigen Tagen gänzlich.

5.) Fritz B. wurde nach 6 Einblasungen geheilt entlassen.

6.) E. Albert. 7 Wochen alt, seit 4. Juni 2—3 stündlich ein Keuchanfall, Nachts häufiger.

7. Juni. Erste Einblasung. Nach der Einblasung 3 Anfälle im Laufe von 10 Minuten, dann ruhig bis 5 Uhr Abends. Nachts ganz ruhig, hät nur etwas aufgehustet.

8. Juni 2. Einblasung. Bis 9. Juni am Tage ruhig, in der Nacht nur 3 Mal kurz gehustet.

9. Juni 3. Einblasung. Bis 10. Juni 8 Mal gehustet

10. Juni 4. Einblasung. Der hier in der Poliklinik gehörte Anfall kann kein Keuchhusten genannt werden.

11. Juni keinen Anfall mehr, wird entlassen.

7.) E. Alfred, 1 Jahr alt. In der 3. Woche Keuchhusten; keucht alle $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde, wird blau. 7. Juni 1. Einblasung.

Vom 7.—8. Juni 40 starke Anfälle mit Erbrechen. Am 8. Juni zweite Insufflation. Vom 8.—9. Juni 39 Anfälle. Am Tage waren die Anfälle sehr kurz, schlief bis 4 Uhr Morgens ruhig, von 4—6 Uhr 11 längere Anfälle Ist viel munterer und hat besseren Appetit.

Am 9. Juni 3. Insufflation. Vom 9.—10. Juni 31 kurze Anfälle.
» 10. » 4. » Bis 11. Juni 31 gelinde Anfälle.
» 11. » 5. » Vom 11.—12. Juni 21 kurze Anfälle.
» 12. » keine Einblasung, bis 13. Juni 26 stärkere Anfälle.
» 13. » 6. Insufflation. Bis zum 14. in der Nacht 4 Anfälle.
Am 19. alle Anfälle kürzer und lose, wird nicht mehr blau. Appetit gut. Vom 14.—21. Juni wurden täglich Einblasungen gemacht. Die Anfälle nahmen täglich ab, und vom 17. Juni hörten die Anfälle Nachts vollständig auf. Selbst die am Tage vorgekommenen Anfälle waren mehr katarrhalischer Husten.

8.) J. Ella. 1 Jahr 7 Monate alt. seit 7 Wochen Keuchhusten. Am Tage seltener. in der Nacht und im Liegen häufiger und stärker. Jeder Anfall dauert 5 Minuten. 11. Juni 1. Einblasung. Vom 11.—12 Juni 8 Anfälle. 12. Juni 2. Einblasung. Vom 12. bis 13. Juni 8 schwache Anfälle in 24 Stunden. 13. Juni 3. Insufflation. Vom 13.—14. Juni am Tage 7 kurze Anfälle. 2 schwerere, in der Nacht 3 sehr leichte Anfälle ohne Erbrechen. 14. Juni 4. Insufflation. Bis zum 15. Juni 20 Mal gehustet, aber nur 4 Mal gekeucht, davon in der Nacht 2 Mal. 15—16. Juni 19 Mal gehustet, 4 Mal Keuchen. Das Kind spielte im Sande

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 1 und 2 1893.

Am 16. Juni 6. Insufflation, 3 Mal gekeucht, starke Anfälle, das Kind blieb bis zum 20. Juni aus, in diesen 3 Tagen 16 leichte Anfälle, Nachts ruhig. Vom 20.—21. Juni nur 5 Mal, davon 2 Mal stark mit Erbrechen. Am 23. geheilt entlassen.

9.) H. Willy, 7 Wochen alt, leidet seit dem 4. Tage nach der Geburt an Keuchhusten. Die alle $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ stündlich ausgelösten Anfälle sind sehr heftig, das Kind wird schwarz.

14. Juni 1. Einblasung. Vom 14.—15. Juni 21 sehr starke Anfälle. Nachts 5.
15. » 2. » » 15.—16. » 16 sehr starke Anfälle. Nachts 2.
16. » 3. » Bis 17. Juni 11 starke Anfällle
17. » 4. » » 18. » 11 schwächere Anfälle.
18. » 5. » » 19. » 9 » »
19. » ausgeblieben » 20. » 11 etwas stärker.
20. » 6. Insufflation. » 21. » 9 schwache Anfälle.
21. » 7. » » 22. » 8 sehr schwache.
22. » 8. » ausgeblieben

In der Poliklinik des Herrn Geheimrath Henoch hatte ich erst kurz vor meiner Abreise Gelegenheit, einige Fälle zu beobachten, von denen zwei nach einigen Einblasungen geheilt entlassen wurden. Da ich abreisen musste, ist mir der Erfolg bei den andern unbekannt; Herr Assistenzarzt Dr. Hauser behandelte in der Privatpraxis 3 Kinder und ein Dienstmädchen und alle wurden nach 6—8 Einblasungen geheilt.

In Wien hatte ich leider keine Gelegenheit den Verlauf bis zum Schlusse zu beobachten, denn totz notirter Besserung, nach einigen Einblasungen, blieben die Kinder aus. Herr Assistent Dr. Krauss hatte die Güte die Notizen persönlich zu machen.

Hier einige Beispiele:

1.) Protokoll Nr. 3574. B. Karl, 21 Monate alt, seit 3 Wochen Pertussis. Wir liessen die Anfälle vor den Einblasungen zählen und waren diese 27 in 24 Stunden.

Am 15. Juli 1. Einblasung. Vom 15.—16. Juli 25 Anfälle.
» 16. » 2. » » 16.—17. » 24 »
» 17. » 3. » » 17.—18. » 21 »
» 18. » 4. » ausgeblieben.

2.) Nr. 3526. Anna A., 3 Jahre ist nach 5 Einblasungen auf 6 Keuchanfälle in 24 Stunden gekommen; bleibt aus.

3.) Nr. 3590. Antonio N., 1 Jahr alt, seit 5 Tagen Keuchen. Am 17. Juli erste Einblasung. Nach der zweiten Einblasung Anfälle kürzer; nach der dritten wieder einmal erbrochen, dagegen Nachts ruhig; bleibt aus.

4.) Nr. 3591. Gisela N., 4 Jahre alt. seit 5 Wochen Keuchen. Am 17. Juli 1. Einblasung. Nach der 2. Insufflation waren die Anfälle leichter. Nach der dritten, Nachts ruhig — ausgeblieben.

5.) Nr. 3653. Hedwig W., 10 Monate altes, rhachitisches Kind, hustet seit 4 Wochen. Vor den Einblasungen 23 Anfälle, hustet auch Nachts

Am 23. Juli 1. Einblasung.
» 24. » ausgeblieben.
» 25. » 2. Einblasung; hat die Anfälle nicht gezählt.
» 29. » 3. » bis 29. Juli 13 Mal wird blau und roth; seit 3 Tagen nicht mehr erbrochen.
» 30. » 4. » 13 Mal. Nachts ruhig.
» 1. Aug. 5. » In 48 Stunden 13 Mal gehustet, 1 Mal erbrochen; bleibt aus.

6.) Nr. 3679. 6 Monate alte, seit 8 Tagen Pertussis. Am 20. Juli 1. Einblasung. Nach 3 Insufflationen, Anfälle seltener und kürzer.

Am 25. Juli 4. Einblasung. Bis 26 Juli 4 leichte Anfälle. Nachts ruhig.
» 26. » 5. » » 28. » (27. Juli ausgeblieben.) 6 Anfälle, wird nicht mehr blau, aber roth, Nachts ruhig.
» 28. » 6. » » 29 » 4 sehr leichte Anfälle (bleibt aus).

7.) Nr. 3786. K M.. 21 Monate alt, seit 4 Wochen Pertussis, erbricht Blut aus Mund und Nase. Vom 24.—25. Juli 41 Anfälle.

Am 25. Juli 1. Einblasung. Vom 25.—26. Juli 19 Mal gekeucht, ohne Blut.
» 26. » 2. » » 26.—27. » 16 Mal gekeucht, ohne Blut.
» 27. » 3. » » 27.—28. » 16 Mal gekeucht, die Anfälle sind schwächer, schläft besser, blutet nicht.

Am 28. Juli 4. Einblasung. Bis 29. Juli 14 leichte Anfälle.
» 29. » 5. » » 30. » 10 Anf., 1 Mal geblutet.
» 30. » Kind fiebert, Insufflation ausgesetzt, bleibt aus.

Da der Raum des Blattes ein zugemessener ist, so unterlasse ich die anderen 90 Krankengeschichten zu veröffentlichen, mit dem Wunsche, dass die Herren Kollegen diese Behandlungsweise nachahmen und sie zum Wohle der kleinen Patienten gereichen möge.

Militärärztliche Zeitung.

Unser Militär-Sanitätswesen und dessen zeitgemässe Reorganisirung.

Der anonyme Verfasser der unter obigem Titel jüngst im Verlage von Wilhelm Braumüller 1892 erschienenen Schrift hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Gesundheitspflege innerhalb des Heeres einer eingehenden Besprechung zu unterziehen und die in dieser Richtung erforderlichen Neuerungen, welche ja mit der modernen Kriegstechnik stets gleichen Schritt halten müssen, in Vorschlag zu bringen. Alle bedeutenden Feldherren von jeher, erblickten in der Gesundheitspflege den mächtigsten Hebel zur Schlagfertigkeit ihrer Armeen und versuchten durch Hebung derselben den Sieg an ihre Fahne zu fesseln. Was das österreichische Militär-Sanitätswesen anlangt, so ist dasselbe heute noch für den Fall eines grösseren Krieges absolut nicht ausreichend. In erster Linie macht sich der Mangel an Militärärzten sehr bemerkbar, da das jetzige Verhältniss derselben ihnen weder in ethischer, noch in materieller Richtung jene Befriedigung bietet, die zu fordern sie als gebildete Menschen das unbestreitbare Anrecht haben. Verfasser erhebt den dringenden Ruf nach einer Reorganisation unseres Militär-Sanitätswesens, wobei die Frage der Selbstständigkeit desselben, dessen Gleichwerthigkeit und Gleichberechtigung mit den anderen Waffen, der künftigen Ergänzung des Sanitäts-Offizierskorps und endlicher Verbesserung der materiellen Lage derselben ventilirt wird.

Die Militärärzte müssen, um ihrer Aufgabe vollkommen zu genügen, unverkürzt in die Militärhierarchie mit gleicher Vollmacht wie die Armeeoffiziere aufgenommen werden. Die militärärztliche Literatur, welche die spezifischen Verhältnisse der Armee zu ihrem ausschliesslichen Studium erwählt hat, hat sich im Laufe der Zeit zu einer militärischen Spezialwissenschaft ausgebildet und den Armeekrankheiten ihre besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Statistik zeigt auch, dass diese Wissenschaft zu einer Hilfskraft wird, die keiner anderen technischen Hilfskraft im Heeresverbande an Nutzen nachsteht, dass sie zu einer Hilfswaffe wird, welche das volle Recht hat, in den Rahmen einer eigenen technischen Waffengattung unter Aufrechthaltung einer vollkommenen militärischen Form und Fassung, dem grossen Heereswesen angepasst zu werden. Der Militärarzt soll und muss daher auch äusserlich als ein vollkommen gleichwerthiger Faktor, gleichwie jeder Armeeoffizier von der militärischen Gesammtheit anerkannt werden. Ausser diesen ethischen Gründen liegen aber auch gewichtige Utilitätsgründe für dieses Postulat vor. In einem so gross angelegten Organismus, wie es eine Armee ist, kann und darf nicht zugegeben werden, dass auf ihrem Gebiete Individuen sich bewegen, deren Thätgkeit nicht durch die ausgedehnteste Verantwortlichkeit ihrerseits sichergestellt ist; darum stattet auch die Armee ihre leitenden Persönlichkeiten mit dem ausschliesslichen Commandorechte aus; nur Befehlen und Gehorchen ist da anerkannt, eine Nebenordnung oder gar Theilung der Machtvollkommenheiten vollkommen ausgeschlossen. Es soll daher

auch der Militärarzt mit der vollen, entsprechenden Disziplinargewalt über alle Individuen, die sich auf diesem Gebiete bewegen, ausgestattet werden. Der Arzt allein kann die Situation fachgemäss beurtheilen und nur ihm allein gebührt hier das Recht der Befehlgebung. Es bleibt daher nichts Anderes übrig, als den Aerzten die Combattantenstellung voll einzuräumen, damit sie den Combattanten vis-à-vis, die sich auf dem Gebiete des Sanitätswesens bewegen, als Commandanten, ausgestattet mit Disziplinargewalt, auftreten können. Bestehen doch im Verbande einer Armee noch andere technische Truppengattungen, die zur Combattanz gehören, ohne aber selbst mit den Waffen in der Hand zu kämpfen; warum sollte daher den Militärärzten, die doch mit den Waffen der Wissenschaft und Kunst in den Reihen der Combattanten so manchen schönen Sieg errungen, dieses Recht abgesprochen werden? Und schlägt der Militärarzt im Kriege nicht gerade so gut wie jeder andere sein Leben in die Schanze? Sogar noch mehr. Der Combattant — einmal die feindlichen Affairen hinter sich — ist so ziemlich gesichert, nicht aber der Arzt. Hier die Seuche, dort die Kugel! Die Gefahren der Combattanten und der Aerzte sind die gleichen, denn wenn auch die feindlichen Waffen den Aerzten nicht in dem Maasse wie den Combattanten gefährlich werden, so werden die ersteren nicht minder dezimirt. Von Seite der Combattanten wird stets auf die Genfer Convention hingewiesen; doch ist diese ja nicht den Aerzten zu Liebe geschaffen worden, sondern vielmehr im Interesse der Verwundeten. Heute muss der Militärarzt ferner ausreichend Soldat sein, um sein Thun und Wissen vollkommen dem Militärleben anzupassen, er muss sich manchen Abschnitt aus der Militärwissenschaft, wenigstens in nuce aneignen, um für seine selbstständige Stellung in der Armeeorganisation ausreichend gerüstet zu sein. Wenn die Militärärzte ihre militärische Ausbildung nach jeder Richtung zu ergänzen sich bestreben, um sich das Recht zu erwerben, auch als befehlende und administrative Organe der Armee in ihrem Wirkungskreise mitzuthun, warum haben die Combattanten, die das Recht sich vindiciren, in möglichst alle Militär-Sanitätsinstitutionen einzugreifen, nicht versucht, wenigstens die gleiche Summe spezialärztlicher Kenntnisse sich anzueignen, wie es die Militärärzte bezüglich ihrer Lücken im militärischen Wissen thun? Die Geschichte zeigt aber auch, von welch' schweren Folgen die Nichtanerkennung fachmännischer Leitung für die armen Kranken und Verwundeten stets gewesen ist! Dieses Bevormundungssystem hat sich im letzten russisch-türkischen Kriege auf Seiten der russischen Armee bitter gerächt. Dagegen blickt uns das Ideal eines wohl eingerichteten Militär-Sanitätswesens mit triumphirenden Blicken entgegen, bei der Kriegsarmee der amerikanischen Union, wo das Perzentverhältniss der Sterblichkeit geringer war, als in allen europäischen Friedensheeren. Dort herrschte aber kein Dualismus, sondern das Militär-Sanitätswesen stand selbstständig unter seinem Surgeon-General, der dem commandirenden Generale direkt unterstand.

Seit Jahren wird fast in allen Staaten an einer wirksamen Reorganisation des Militär-Sanitätswesens gearbeitet. Bei allen Organisationen derselben sehen wir drei Hauptmomente deutlich hervortreten: 1. Ein den anderen Waffen gleichartiges Sanitätskorps, bestehend aus Sanitäts-Unteroffizieren und der Sanitätsmannschaft, commandirt von einem den Armeeoffizieren vollkommen gleichgestellten, mit Befehlsgebung ausgestatteten Sanitätsoffizierskorps. 2. Ein direkt dem Kriegsminister untergeordneter Chef des Sanitätswesens und 3. vollkommene Selbstständigkeit des Sanitäts-Offizierskorps auf dem ganzen Gebiete seiner Thätigkeit nicht nur in technischer, sondern auch in administrativer und disciplinärer Richtung hin.

Wer es also mit der Armee gut meint, der kann nicht anders als mit der ganzen Macht seiner Ueberzeugung für ein selbstständiges, gleichberechtigtes Militär-Sanitätswesen eintreten. Der Militärarzt muss somit dem Armeeoffiziere gleichgestellt werden.

In den Rahmen des österreichischen Militär-Sanitätswesens gehören auch die Sanitätsabtheilungen, über welche der Militärarzt das volle Commando übernehmen soll. Ein Verfügungsrecht über dieselben ohne Commando verträgt sich nicht. Dabei soll aber durchaus nicht gesagt werden, dass diese Truppe nicht militärisch ausgebildet werden soll; es ginge das am besten, wenn man an dieselben, zum Theile wenigstens, militärisch ausgebildete Mannschaft abgeben würde. Zu Blessirtenträgern sollen ferner intelligente Leute verwendet werden. Alle sollen dazu beitragen, aus dieser Truppe eine Elitetruppe zu ziehen. Und dazu eben ist der Arzt am geeignetsten, bei ihm ist die Sanitätstruppe in den besten Händen.

Unser Militär-Sanitätswesen wäre daher in die Armeeorganisation als «Sanitätskorps» aufzunehmen. Dasselbe bestünde daher: I. aus den Sanitätsoffizieren, welche Aerzte sind; II. aus der Sanitätstruppe, welche für den Dienst in den Militärspitälern und bei der Feldarmee bestimmt ist; sie wird von Sanitätsoffizieren commandirt und untersteht in technischer Beziehung direkt dem Sanitätschef. An der Spitze des Sanitätskorps steht der rangälteste Sanitätsgeneral. Unter direktem Verkehre des Kriegsministers fungirt in administrativer Hinsicht die 14. Abtheilung des Ministeriums, deren Vorstand ein Sanitätsgeneral ist. In ihr Ressort gehören: a) Personalien der Sanitätsoffiziere und der Militärapotheker, b) Heilanstalten und Sanitätsmaterial, c) technische Ausbildung, Evidenzführung des Militär-Sanitätswesens anderer Staaten, d) Militär-Sanitätsstatistik e) Sanitätstruppe.

Dabei müsste dann folgende Besetzung stattfinden und zwar

1	Generalchefarzt
5	Generalstabsärzte
35	Oberstabsärzte I. Cl.
50	„ II. Cl.
125	Stabsärzte.
454	Regimentsärzte I. Cl.
190	„ II. Cl.
190	Oberärzte.
1050	Zusammen.

Dadurch wären nicht nur 20·5 Percent Stabsoffiziersstellen erreicht, sondern auch das Militär-Sanitätswesen für den Kriegsfall gesichert. Es wäre ferner ein Akt der Gerechtigkeit, jedem Regimentsarzte eine gleiche Alterszulage zuzuwenden, für den Fall, als der jüngste Hauptmann von demselben Beförderungstage zum Major befördert wird.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 11. Jänner 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

***Dozent Freud**: Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene.*

Alle neueren Kenntnisse in Bezug auf die Hysterie knüpfen an die Arbeiten von Charcot an, und hat besonders die Lehre von den traumatischen Lähmungen durch ihn eine wesentliche Klärung erlangt. Um eine hysterische Lähmung hervorzurufen, muss das Trauma schwer sein und die Bedrohung der Existenz in sich schliessen. So erwähnt Charcot z. B. eines Falles, wo einem Arbeiter ein Scheit Holz auf den rechten Arm fällt. Der betreffene Mann hat zwar im Anfang das Gefühl, als sei ihm der Arm zerschmettert worden, überzeugt sich aber bald, dass ihm nichts geschehen sei. Eines schönen Tages aber erwacht er und der Arm hängt schlaff herab. Charcot ist aber auch im Stande, solche Lähmungen in der Hypnose durch Suggestion hervorzurufen, u. zw. sowohl durch verbale als auch durch die That. Merkwürdig ist es, dass solche Lähmungen ganz denselben Charakter haben, wie die gewöhnlichen traumatischen Lähmungen. Analogisirt man die beiden Entstehungsarten der Lähmung, so liegt es nahe anzunehmen, dass auch der spontanen traumatischen Lähmung eine ähnliche Vorstellung der Gefahr zu Grunde liege. Es muss aber auch angenommen werden, dass zur Erzielung eines solchen Endeffektes ein besonderer Geisteszustand des betroffenen Individuums vorhanden sein müsse. Die Lähmung ist daher so aufzufassen, dass der psychische Vorgang das Entstehen der Symptome eindeutig determinirt. Dieselbe Erklärung hat auch Charcot den anderen hysterischen Symptomen (Kontraktur, Schmerz u. s. w.) zu Grunde gelegt.

Dr. Breuer hat hier in Wien eine Dame behandelt, welche sich bei der Pflege ihres kranken Vaters eine schwere Hysterie mit mannigfachen Symptomen zugezogen hatte. Dieser Fall hat deswegen eine so hohe Bedeutung, weil er der *erste* ist, wo es gelang alle Symptome zu durchleuchten und den Grund für dieselben aufzufinden. Freud hat hierauf noch eine ganze Reihe Hysterischer untersucht und gefunden, dass das Verhalten derselben ein typisches sei und dass die Erfahrungen an denselben Schlüsse auf die Gesammtzahl zulassen. Bei der Anamnese nach der Ursache bekommt man oft gar keine Antwort, einmal weil sie die Patienten selbst nicht wissen, ein andermal, weil sie einen Grund haben, dieselbe zu verheimlichen. Um eine befriedigende Antwort zu bekommen, muss man die Kranken hypnotisiren, sie bekommen dann die Erinnerung, über welche sie im wachen Zustande nicht verfügen. Es hat sich dabei herausgestellt, dass hinter den meisten Symptomen der Hysterie irgend ein mit Affekt vor sich gegangenes Erlebniss steckt und dass dasselbe das entstandene Symptom leicht verstehen lässt. *Ueberall handelt es sich um die Wirkung eines psychischen Traumas, welches zu den späteren Effekten eine bestimmte Beziehung hat, so dass es dieselben eindeutig determinirt.* So hatte z. B. die Kranke von Breuer eine Kontraktur des rechten Armes; sie sass einmal am Bette ihres kranken Vaters, den Arm über die Sessellehne hängend, welcher ihr einschlief. Durch eine schreckhafte Hallucination aus dem Schlafe geweckt, wollte sie den Arm erheben, konnte es aber nicht. Der Arm behielt in der Folge eine Kontraktur und war anästhetisch.

Eine andere Frau hatte tic-ähnliche Zuckungen mit einem eigenthümlichen Zungenschnalzen. Als sie einmal ihr krankes Kind nach langer Mühe eingeschläfert hatte, war sie bestrebt, sehr ruhig zu bleiben, die Furcht schlug aber in die Aktion um und sie machte das Geräusch, welches sie in der Folge nicht los werden konnte. Wohl hörte es später auf, bei einer Fahrt aber, wo in der Nähe des Wagens der Blitz einschlug und die Pferde scheuten, war sie wieder bestrebt sehr ruhig zu bleiben und das Zungenschnalzen stellte sich wieder ein. Es ist dies ein Beweis, dass eine einzige Veranlassung oft nicht hinreicht ein Symptom zu fixiren.

Ein sehr häufiges Symptom ist das Erbrechen. So hatte Freud eine Patientin, die einmal einen kränkenden Brief bekam, als sie gezwungen war mit ihr unliebsamen Personen gemeinschaftlich zu essen. Hierauf trat das Erbrechen ein.

Auch jede Art von Schlafstörung findet auf diese Weise ihre Erklärung. So konnte eine Patientin erst um 6 Uhr Morgens einschlafen. Sie hatte durch Jahrelang ihren kranken Mann gepflegt und durch eine Thür von seinem Schlafzimmer getrennt, achtete sie die ganze Nacht auf seine Athemzüge. Um 6 Uhr Früh stand der Mann auf und da erst konnte die Frau einschlafen.

Ein Mann schlief seit 12 Jahren sehr schlecht. Im Sommer schlief er sehr gut, im Winter dagegen sehr schlecht, am ärgsten im November. Vor 12 Jahren war nämlich seine kleine Tochter im November an Diphtheritis erkrankt und er brachte bei derselben so manche schlaflose Nacht zu.

Auch Sprachstörungen lassen sich auf diese Weise erklären. So kannte Freud eine Patientin, welche während ihrer Krankheit nur englisch sprach und kein deutsches Wort finden konnte. Sie versuchte nämlich einmal früher in ihrer Angst zu beten, fand aber keine Worte; endlich fielen ihr aber einige Worte eines englischen Kindergebetes ein. Als sie hierauf erkrankte, war sie nur der englischen Sprache mächtig.

Oft ist die Determination des psychischen Traumas nur symbolisch. So hatte eine Patientin einen stechenden Schmerz zwischen den Augenbrauen, den sie davon ableitete, dass sie von ihrer Grossmutter oft prüfend angeschaut wurde. Der Blick derselben drang ihr in dieser Gegend ein. Komisch ist folgender Fall, in dem ein junges Mädchen an eigenthümlichen Schmerzen in der rechten Ferse litt. Als Grund dafür gab sie an, dass sie zu der Zeit, wo sie das erste Mal in die Welt eingeführt wurde, Angst bekam, nicht das rechte Auftreten finden zu können. So wird der seelische Schmerz oft umgearbeitet in körperliche Schmerzen.

Einige typische hysterische Symptome lassen sich aber nicht determiniren, so z. B. Anästhesien, Gesichtsfeldeinschränkung. Die anderen hysterischen Formen lassen sich aber ungezwungen als *psychisches Trauma* auffassen.

Eine andere Ursache dieser hysterischen Dauersymptome kann durch das Beispiel eines Fremdkörpers illustrirt werden. Dieser wirkt solange als reizende Ursache, bis er entfernt wird. Breuer hat die Erfahrung gemacht, *dass die Mühe, nach der Ursache des Symptoms zu suchen, gleichzeitig ein therapeutisches Verfahren ist.* Gelingt es den Kranken in der Hypnose zum ordentlichen Erinnern zu bringen, so geschieht dies gewöhnlich mit grosser Lebhaftigkeit, die Schmerzen treten noch ein Mal so heftig auf, um dann für immer zu verschwinden. Erinnerung ohne Affekt nützt aber gar nichts, ebenso hat die Mittheilung im wachen Zustande keine lösende Wirkung. Man muss daher annehmen, dass das psychische Trauma noch immer in dem Individuum fortwirke und das hysterische Dauersymptom erhalte.

Es fragt sich nun, unter welchen Bedingungen verfallen Vorstellungen der Usur, wann entgeben sie dem Vergessen? Bekommt ein Individuum einen psychischen Eindruck, so ist sein Bestreben die entstandene Erregungssumme wieder zu verkleinern, die Steigerung geht vor sich auf sensiblen Bahnen, die Verkleinerung auf motorischen. Eine erfahrene Beleidigung ist z. B. ein psychisches Trauma, gelingt es dem Beleidigten, so viel von Erregung abzuführen, als ihm z. B. durch den Schlag zugefügt wurde, so wird ihm gleich leichter. Durch die motorische Reaktion wird dann der Effekt verkleinert. Für kleine psychische Traumen genügt Weinen, Toben, Schimpfen u. s. w. Für intensivere psychische Trauma aber ist eine grössere Reaktion nothwendig. Muss die Reaktion unterdrückt werden, dann behält die Erinnerung ihren ursprünglichen Effekt. Es gibt aber auch eine Erledigung durch kontrastirende Vorstellungen z. B. Vergleich der eigenen Würde mit der Unwürdigkeit des Anderen. Der gesunde Mensch kann daher den Effekt, welcher mit dem psychischen Trauma verbunden ist, durch Wort oder That corrigiren und so der Vergessenheit zuleiten.

Bei der Hysterie dagegegen sind die Erinnerungen pathogene geworden und sie nehmen daher der Usur gegenüber eine Ausnahmsstellung ein. Hier handelt es sich überall um psychische Traumen die nicht vollständig erledigt wurden. *Der Hysterische leidet an Reminiscenzen, mit denen er nicht fertig werden kann.* Oft findet sich aber als Ursache einer hysterischen Erscheinung ein ganz geringfügiges Erlebniss, das aber dadurch zu einem psychischen Trauma erhoben wurde, dass es in einem Momente krankhaft gesteigerter Disposition stattfand, also in einem hypnoiden Zustande.

Der Hysterische leidet daher an Reminiscenzen psychischer Traumen, zu denen jene Erlebnisse werden, welche nicht vollständig erledigt werden können, sei es, dass er sich die eine oder andere Art der Erledigung versagt, oder sei es, dass das Erlebniss in einem Zustande aufgetreten ist, der sich zur Erledigung nicht eignet.

Ein wesentlicher Charakter der Hysterie liegt in der Neigung zur Entstehung von mannigfachen Bewusstseinszuständen, die pathologisch sind. Es gibt aber keine Hysterie ohne hypnoiden Zustand.

Es handelt sich dabei um ein psychisches Trauma, das sich vollkommen erhalten hat, dessen Affekt noch so ist wie im Anfange, ohne dass er verkleinert worden wäre. Die Therapie kommt dabei einem häufigen menschlichen Wunsche entgegen, nämlich etwas zwei Mal thun zu dürfen. Man lässt nun den Patienten die Begebenheit in der Hypnose ein zweites Mal erleben, man nöthigt ihn, die Reaktion zu erneuern. Wir beheben die einzelnen Symptome dadurch, *dass wir den eingeklemmten Affekt die unerledigte Reaktion vollziehen lassen.*

Dr. Em. Mandl.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 21. Dezember 1892.

Dr. A. Baginsky: *Tetanussymptome bei Diphtherie mit Vorstellung eines geheilten Falles.*

Am 30 Mai dieses Jahres wurde ein 4³/₄ Jahr altes Kind dem Krankenhause übergeben. Dasselbe war mit tiefem Schmutz bedeckt und sah sehr verwahrlost aus. Anscheinend bestand bei demselben Trismus und Tetanus. Es war seit etwa 4 Tagen ohne bekannte Ursache erkrankt. Das Kauen war schmerzhaft. Das Kind hatte Schmerzen in den Armen und Beinen und im Leibe. Das Schlucken war erschwert. Die Kiefer waren fast gar nicht auseinander zu bringen; es bestand ein eigenthümliches inspiratorisches Pfeifen, die Augen waren fest zugekniffen. Der Kopf war in den Nacken gebogen, die Nacken- und Rückenmuskulatur steif. Die Gelenke waren schwer beweglich, die Daumen eingeschlagen. Arme und Beine flektirt. Das Sensorium war frei; an den Pupillen war nichts Abnormes zu bemerken. Die Temperatur und der Puls waren normal.

Auf der rechten Seite der Zunge befand sich ein tiefes Ulcus mit grau-gelblichem Grunde. Es bestand starker Foetor ex ore. Die Untersuchung des Pharynx war unmöglich.

Es war nun die Frage, ob es sich hier um Diphtherie handle. Allein Diphtheriebacillen waren in dem Ulcus nicht nachweisbar. Das Kind bekam die ersten drei Tage Klysmen von Chloral ohne jeden Erfolg. Darauf wurde die S e r u m t h e r a p i e eingeleitet gegen den Tetanus. Der Knabe bekam am Abend des dritten Tages 15 *cm*³ Heilserum injicirt, in der Nacht drei Mal 10 *cm*³, am nächten Morgen 30 *cm*³ und nochmals 15 *cm*³. Allein der Tetanus wich nicht. Am Abend des fünften Tages trat ein scharlachähnliches Exanthem auf, wegen dessen der Knabe auf den Scharlachpavillon verlegt wurde. Am siebenten Tage erhält er 24 *cm*³ carbolsäurehaltiges Heilserum injicirt. Darauf ging der Tetanus zurück. An den Injektionsstellen entstanden jedoch Schwellungen, die zu langwierigen Phlegmonen führten.

Am 10. Juni bekam das Kind eine diphtherische Ophthalmie. Das Ulcus auf der Zunge hatte sich gebessert.

Es wurden nunmehr von dem Eiter der Phlegmonen Mäuse inficirt: dieselben blieben jedoch gesund.

Bald jedoch konnte mit Sicherheit festgestellt werden, dass die eigentliche Krankheit des Kindes Diptherie war. Denn die Nachbarkinder desselben erkrankten in grosser Zahl an Diphtherie. Nun gelang es auch im Pharynxschleim Diphtheriebacillen nachzuweisen. Ganz unumstösslich wurde die Diagnose, als das Kind nacheinander Otitis media, Oculomotoriuslähmung, Lähmung des Gaumensegels, der unteren Extremitäten, Schlundlähmung und Arythmia cordis bekam. Der Knabe war nun im höchsten Grade elend geworden. Erst Anfang September besserten sich die Lähmungserscheinungen und das Kind nahm an Gewicht zu. Fünf Monate nach Beginn der Krankheit konnte es endlich als geheilt entlassen werden.

Hat es sich nun hier vielleicht um echten Tetanus gehandelt? Doch wohl nicht. Es ist ja bekannt, dass Tetanus bei Verletzung der Zunge auftreten kann, aber in Bezug auf die Diphtherie ist nur ein Fall in der Literatur vorhanden, wo bei einem Manne nach einer Halsentzündung Kopftetanus aufgetreten war; wahrscheinlich hat es sich um eine von einem Ulcus im Schlunde ausgehende Intoxikation gehandelt.

Baginsky selbst habe bei einem 5jährigen Kinde, das zugleich an Morbillen und Diphtherie erkrankt war, klonischen Krampf in den Kau- und Armmuskeln beobachtet; auch Facialislähmung war vorhanden, also ausgesprochener Kopftetanus. In einem anderen Falle, bei dem Scharlach und Diphtherie zugleich vorlagen, traten kurz vor dem Tode tonische Kontrakturen auf.

Nun gibt es einzelne Bakterien neben dem Tetanusbacillus, welche ebenfalls Krämpfe erzeugen können, z. B. Proteus. Es ist immerhin möglich, dass das Kind den Proteus in der Mundhöhle gehabt hat.

Zweifelhaft bleibt es, ob das Blutserum einen Heilungseffekt ausgeübt hat. In einem Falle von Tetanus neonatorum, der 31 Stunden nach dem Ausbruch des Tetanus mittelst Injektion von 20 *cm*³ Blutserum behandelt wurde, trat der Tod ein.

Gegen das Auftreten von Phlegmonen empfiehlt Behring einen Zusatz von Carbolsäure zum Blutserum. Als die Erscheinungen von Seiten des Herzens bei dem Kinde bedrohlich zu werden begannen, wurden mit Erfolg Sauerstoffinhalationen angewandt. Wegen der Schlundlähmung musste das Kind 22 Tage lang mit der Schlundsonde ernährt werden.

Prof. Henoch: Redner hat noch niemals im Beginn einer DiphtherietetanischeSymptomebeobachtet. Mit immunisirendemHammelblutserum hat Henoch ebenfalls Versuche gegen Diphtherie angestellt. Er hat zwar keinen Schaden von dieser Therapie gesehen, allein genützt hat dieselbe wohl auch nicht. Denn die leichten Fälle genasen, wie sie dies unter jeder Behandlung thuen und die schweren Fälle wurden durch die Serumtherapie nicht gerettet. Dennoch will H. kein absprechendes Urtheil über diese Therapie fällen; sie bedarf noch weiterer sorgfältiger Prüfung.

Man nimmt allgemein an, dass die pathologisch-anatomische Ursache der Herzlähmung bei Diphtherie eine Myocarditis ist. Man thut am besten, bei der diphtherischen Herzlähmung drei Fälle zu unterscheiden: 1. In Folge plötzlichen Collapses tritt schneller Tod ein. 2. Es treten im Verlaufe der Diphtherie bedrohliche Erscheinungen von Seiten des Herzens hervor; in diesem Falle verläuft die Herzaffektion langsamer; allein in der Mehrzahl der Fälle tritt doch der Tod ein. 3. Es bestehen gar keine Symptome von Seiten des Herzens. Das Kind erscheint vollkommen genesen und nach 4—7 Wochen tritt plötzlicher Tod ein.

Es kommt H. so vor, als ob viel weniger die Myocarditis als die diphtherische Intoxikation den Tod herbeiführt. Die Kinder haben eine so eigenthümlich grünlich-cadaveröse Gesichtsfarbe, wie man sie sonst nur bei Vergiftungen antrifft.

Der diphtherische Herzcollaps widerstrebt jeder Therapie noch in weit höherem Grade als der bei Scharlach. Wir können nur Reizmittel dagegen anwenden. Es ist H. in zwei derartigen Fällen von allerdings ziemlich chronischen Collapszustand gelungen, durch zweckmässige Kombination von Reizmitteln Genesung zu erzielen. H. gibt vor allen Dingen Kampher auch dann, wenn Nephritis besteht, in Mengen von über 1·0 pro die subkutan. Dazu tritt dann noch die Tinktura ferri chloratiätherea in Dosen von 25—30 Tropfen alle zwei Stunden. (Prager mediz. Wochenschr. Nr. 1, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit mit und ohne Icterus.

Von **Prof. Riedel** in Jena.

Verlag von A u g u s t H i r s c h w a l d, Berlin 1892.

Riedel hat nahezu 60 Gallensteinoperationen ausgeführt, sicherlich eine imponirende Zahl, wenn man sie mit der von anderen, selbst über ein reiches chirurgisches Material verfügenden Operateuren vergleicht. Unter diesen Verhältnissen ist es selbstverständlich, dass er eine Summe von Erfahrungen sammeln konnte, die er nun in vorliegendem Werke niedergelegt hat. In einem kurzen pathologisch-anatomischen Theil schildert Riedel das Verhalten der Gallenblase (Katarrh, Obliteration, Divertikelbildung), des Ductus cysticus (Verlegung durch Schwellung, seltener durch Steine), des Ductus choledochus (häufig Dilatation), der Leber (Riedel's zungenförmiger Fortsatz) und der umliegenden Intestina (Adhäsionen und Perforationen). Ein kleiner Abschnitt handelt von Gestalt und Grösse der extrahirten Steine. Der lehrreichste und inhaltreichste Theil des Werkes ist der über den klinischen Verlauf der Gallensteinkrankheit berichtende. Zunächst betont Riedel gegenüber Fürbringer, dass die Gallensteinkolik durchaus nicht immer auf Einklemmung eines Steines beruhen müsse, sondern oft nur der Ausdruck einer akuten Entzündung der steinhaltigen Gallenblase sei. Auch hebt Riedel die Bedeutung des Hydrops vesicae felleae in klinischer Beziehung hervor, dessen akut entzündliches Stadium den Chirurgen besser bekannt sei, als den Internisten. Sehr interessant sind einige im folgenden Abschnitt mitgetheilte Fälle von hochgradigsten Gallenblasenerkrankungen ohne subjektive Beschwerden. Fast die Hälfte von Riedel's Patienten (25) erkrankte

mitten in scheinbarer Gesundheit plötzlich an Gallensteinkolik, doch 18 hiervon ohne Icterus beim ersten Anfall.

In Folgendem geben wir nun RIEDEL's Schilderung vom Verlaufe der Gallensteinkrankheit und zwar fast mit des Autors eigenen Worten wieder: Die Gallensteine bilden sich in der Gallenblase und können, wenn sie klein sind, unter Gallensteinkoliken, welche auf Einklemmung der Steine in den Gallenwegen beruhen und Anfangs ohne, später mit Icterus verlaufen, durch die Papille entleert werden. So verlauft die Mehrzahl der dem internen Kliniker zur Behandlung gebrachten Fälle, während sie dem Chirurgen selten zu Gesicht kommen. Letzterer hat es wesentlich mit den Steinen zu thun, die in der Gallenblase liegen bleiben und sich dort vergrössern und zur Bildung neuer Steine Anlass geben. In diesen Fällen folgt meist Entzündung der Gallenblase und des Ductus cysticus, mit eventueller Verlegung des letzteren, woraus Hydrops vesicae felleae resultirt. Dieser kann wieder bestehen, ohne Beschwerden zu verursachen, oder aber Gallensteinkoliken veranlassen und zwar sowohl solche im alten Sinne, d. h. mit Eintreibung von Steinen in den Ductus cysticus, als auch einfache Entzündung der Gallenblase und der Gallenwege. Meist gesellt sich erst bei den späteren Anfällen Icterus zur Kolik hinzu und zwar wieder entweder in Folge von Steineinklemmung oder vor Angiocholitis. Ersteren nennt RIEDEL «reell lithogenen Icterus», letzteren «entzündlichen». Dieser ist meist vorübergehend, jener stationär. Betreffs der Gelegenheitsursachen für das Auftreten der Entzündungen, respektive der Gallensteinkoliken erklärt RIEDEL nach Zurückweisung naheliegender Hypothesen: Ignoramus! Bei Besprechung der Diagnose der Cholelithiasis behandelt RIEDEL die Fälle mit Icterus gesondert von denen ohne Icterus und hebt die enormen Schwierigkeiten der Diagnose in jenen Fällen hervor, in denen weder Koliken noch Icterus, noch auch ein Tumor konstatirbar sind. Was den Icterus betrifft, so bedeutet er für den Chirurgen «den schweren Fall», wie RIEDEL meint, und der Patient hätte schon vor dem erstmaligen Auftreten dieses Symptomes der nothwendigen Therapie zugeführt werden sollen. Die geschwellte Gallenblase bietet häufig Schwierigkeiten in der Erkennung dar, und insbesondere ist die Verwechslung von Gallenblasentumor mit rechtsseitiger Wanderniere eine häufige, fast typische. In demselben Kapitel theilt RIEDEL einige Fälle mit, die zur Verwechslung mit Gallensteinen Anlass gaben (Tuberkulose des Pylorus, perihepatitische Adhäsionen).

Auch der eventuellen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber einer beginnenden Hernia lineae albae gedenkt RIEDEL. Selbst wenn Koliken bestehen, bleibt die Diagnose oft schwer und bei 19 derartigen Kranken RIEDEL's war 12 Mal die Diagnose von Seite der behandelnden Aerzte falsch gestellt worden (auf Ileus, Typhlitis, Pyelitis calculosa, Wanderniere, Ruptur. der Bauchmuskeln.)

Das ausführlichste Kapitel des Buches ist der Therapie gewidmet. Zunächst opponirt RIEDEL dem Satze FÜRBRINGER's: «Wo aber trotz aller hygienischer, medikamentöser und balneologischer Massnahmen die Qual der Koliken und sonstigen Schmerzen den Träger der Gallensteine aufreibt, ihm das Leben verbittert, die Cholämie und Pyämie droht, dann stehe ich nicht an, auf die Segnungen der modernen Chirurgie mit Nachdruck zu verweisen, der unerträglichen Qual, der schweren Gefahr ein Ende zu machen». RIEDEL stellt vielmehr die Ansicht auf: «Am Anfange der Tragödie, nicht am Ende derselben soll die moderne Chirurgie eingreifen. prophylaktisch soll sie wirken, die Steine aus der Gallenblase selbst entfernen, ehe sie in die tiefen Gänge gerathen sind, dann bringt sie den grössten Segen.» Und weiterhin schreibt RIEDEL: «. . . Bei der Operation der Gallenblasensteine operiren wir Anfangs unter den denkbar günstigsten Verhältnissen (normaler Leib, kleine, kaum 5 *cm* lange Incision, oberflächliche Lage des anzugreifenden Organes). Tag und Nacht können sich nicht mehr unterscheiden, als der Schnitt in die Gallenblase und der Schnitt in den Ductus choledochus . . . . . Also f r ü h z e i t i g operiren bei Gallensteinen, nicht spät, das möchte ich allen Kollegen immer und immer wieder zurufen, aber mein Ruf wird unerhört verhallen.» Allerdings gesteht RIEDEL selbst zu, dass in der Majorität der Fälle so kleine Gallensteine bestehen, dass sie den Ductus passiren können, es kann also nur die Minorität der Fälle dem Chirurgen zufallen. Indicirt ist nach RIEDEL die Operation bei lange dauernden oder oft sich wiederholenden Koliken, insbesondere bei solchen ohne Icterus, weil ja in diesen Fällen die Steine noch leicht zugänglich sein müssen. Andererseits ist dauernder Icterus eine unbedingte Indikation zum operativen Eingriff, weil ja hier der Stein im Ductus choledochus stecken muss. Endlich ist die Operation indicirt bei allen eitrigen Prozessen in und um die Gallenblase und Gallengänge.

Was die Operationsmethode betrifft, so ist RIEDEL's Normalverfahren die zweizeitige Cholecystotomie. Er verwirft die ideale Cholecystotomie als nicht absolut ungefährlich und als unsicher in Bezug auf Radikalheilung, weil man nicht wissen könne, ob alle Steine entfernt seien. Die zweizeitige Operation mit Drainage der Gallenblase vermeidet diese Nachtheile und ausserdem erscheint die Drainage RIEDEL als ein gutes Mittel gegen den katarrhalischen, respektive entzündlichen Zustand der Gallenblase. RIEDEL schildert die Technik seines zweizeitigen Gallenblasenschnittes genau und bezeichnet ihn als absolut ungefährliche Operation, was wohl mit derselben Berechtigung behauptet werden darf, wie es von der zweizeitigen Colotomie oder Gastrostomie gesagt werden darf. Zwischen der Eröffnung der Bauchhöhle und Einnähung der Gallenblase und der Eröffnung der letzteren lässt RIEDEL 12 Tage verstreichen. Die nach dieser Operation eventuell zurückbleibenden Fisteln bezeichnet er als Vortheil der Methode, da durch dieselben eine Art von Drainage resultirt, die der erkrankten Gallenblase zu Gute kommt. Meist schliessen sich die Fisteln nach 2—6 Wochen spontan. Bleibt die Heilung aus, so kann die Indikation zur Exstirpation der Gallenblase sich ergeben und zwar nach RIEDEL die einzige Indikation zu diesem von ihm sonst verpönten Eingriff.

Cholelithiasis mit rell lithogenem Icterus und Vorhandensein von Steinen im Ductus choledochus unterliegen der einzeitigen Incision in den Ductus mit folgender Naht. Der hiezu nothwendige Laparotomieschnitt verlauft durch den rechten Rectus abdominis, vom Rippenbogen bis zur Nabelhöhe. Stets müssen sämmtliche Adhäsionen zwischen Leber und den Därmen, respektive Magen gelöst werden, nicht nur wegen der vollkommenen Orientirung, sondern auch, weil diese Adhäsionen Quelle grosser Beschwerden bilden können. In einem Falle schnitt RIEDEL bei Lösung der Adhäsionen nacheinander Colon transversum, Gallenblase und Magen an. Die Kranke genas. Bei Resumirung seiner operativen Erfolge geht RIEDEL mit einer seltenen Objektivität vor und vermeidet jede Beschönigung bei Erörterung der 3 Todesfälle, die er nach Gallensteinoperationen zu verzeichnen hatte, gesteht er zu, dass diese letalen Ausgänge hauptsächlich Fehlern in der Methode zur Last fallen, indem er damals in Folge der geringeren Erfahrung auf diesem Gebiete noch keine so strenge Indikationsstellung formuliren konnte. Immerhin verfügt RIEDEL über 90 Perzent definitiver Heilungsresultate. Energisch betont RIEDEL auch in diesem Abschnitte seines Werkes wieder die Nothwendigkeit, mit der Operation der Gallensteine nicht zu lange zu warten, erstens um die Operation nicht später in einem ungünstigeren Stadium vornehmen zu müssen und zweitens wegen der Möglichkeit der Entstehung eines Gallenblasencarcinoms auf Grundlage von Gallensteinen. Auch die durch Gallensteine bedingten Adhäsionen, deren Symptome und Behandlung werden eingehend erörtert. In einem Nachtrage berichtet RIEDEL über weitere vier von ihm operirte Fälle und den Abschluss des Werkes bildet eine alle Fälle des Verfassers zusammenfassende Tabelle.

RIEDEL spricht am Ende seiner Arbeit die Ansicht aus, dass «um die Gallensteine fast unschädlich zu machen, es nur der Verständigung zwischen den Chirurgen und den inneren Kliniken bedürfe.»

Wir glauben, dass kaum irgend ein Werk diese Verständigung mehr fördern konnte, als eben das in Vorstehendem kurz skizzirte. Es ist ein Muster gründlichster klinischer Beobachtung und aussergewöhnlicher Selbstkritik. Mit reichstem Gewinne wird und soll jeder Arzt dieses Werk studiren. Wir wünschen dem — Prof. KÖNIG gewidmeten — Werke RIEDEL's rasche Verbreitung im Interesse der Lehren, die es vertritt.

J. S.

Pathologisch-anatomische Tafeln

nach frischen Präparaten mit erläuterndem anatomisch-klinischem Texte. Unter Mitwirkung von **Prof. Dr. A. Kast**, redigirt von **Dr. Theodor Rumpel**, Direktions-Assistent am neuen allgemeinen Krankenhause in Hamburg.

Chromographie-Druck und Verlag der Kunst-Anstalt (von S. W. Seitz) A. S. Wandbeck, Hamburg.

Es liegen uns zwei Lieferungen eines neuen medizinisch-literarischen Unternehmens vor, das wärmste Anerkennung verdient. In mustergiltigen, bisher noch selten in so vollkommener Weise ausgeführten Tafeln finden wir Abbildungen von frischen Präparaten, die geradezu im Stande sind, die Präparate zu ersetzen. Die Bilder, die bisnun vorliegen — Aortenaneurysma, Aneurysma der Pulmonalarterie, chronisch-interstitielle Entzündung der Leber und Leberkapsel, Gangrän des weichen Gaumens, Lepra laryngis et pharyngis, Varices oesophagi, accessorische Struma und Schwefelsäure-Verschorfungen der Speiseröhre und des Magens, sind alle gleich vortrefflich ausgeführt. Plastik und Farbenton sind von prächtigster Naturtreue und man kann beinahe die Bilder zur Kontrole des begleitenden — übrigens sehr gut gearbeiteten — Textes benutzen. Im Interesse des Unterrichtes ist diesen Tafeln weite Verbreitung zu wünschen.

Zeitungsschau.

W. Wyssokowitsch: Ueber die antiseptischen Eigenschaften des Calomels. (Jan.—Febr.) Petersb. med. Wochenschr. 1892.

Verfasser gelangt am Schlusse einer eingehenden Arbeit über die antiseptischen Eigenschaften des Calomels zu folgenden Resultaten:

1. Calomel tödtet als feinstes Pulver in Wasser suspendirt im Verhältniss 1:500 alle Anthrax-Sporen binnen 3 Minuten.

2. Es wurden getödtet: B. Choler. as. schon bei 1:1250, B. Typhi bei 1:660, Staphylococ. aur. fast vollständig bei 1:900.

3. Ein Zusatz von NaCl oder Serumeiweiss ist ohne Einfluss auf das Resultat des Versuches.

4. Ein Gehalt der Nährgelatine an Calomel im Verhältniss von 1:16000 oder 1:20000 macht dieselbe unbrauchbar für die Entwickelung aller untersuchter Bakterien. Ein Gehalt von 1:40000 hinderte das Wachsthum von B. anthrac. und Choler. as. — aber selbst bei 1:250000 war noch scharf und deutlich eine Abnahme der Kolonienzahl und eine Verlangsamung ihres Wachsthums zu bemerken.

5. Calomel wirkt augenscheinlich dann tödtend auf die Bakterien, wenn ihm die Möglichkeit geboten ist, sich in Pulverform auf dieselben niederzusetzen.

6. Wenn auch nicht stärker, so doch auch nicht schwächer als das Calomel wirkt das weisse Präzipitat.

7. Die übrigen unlöslichen Hg-Verbindungen wirken sehr schwach, nur bei grossem Perzentzusatz u. zw. indem sie nur die Eigenschaften des Nährbodens verändern.

8. Hunden per os in abführenden Dosen eingeführt, nachdem sogar Blut in den Exkrementen auftrat, bewirkte das Calomel keine sichtliche Abnahme in der Zahl der lebenden Bakterien; es ist daher nicht im Stande den Darmtraktus zu desinficieren.

9. Unter die Haut eingeführt, zeigt es gar keinen heilsamen Einfluss auf den Verlauf der Tuberkulose bei Meerschweinchen.

10. Verschiedene in Wasser unlösliche pulverförmige Körper, in relativ grosser Menge dem Nährsubstrat zugefügt, erweisen gar keine Wirkung, auf den Bakterienwuchs, wenn sie nicht lösungsfähige schädliche Stoffe enthalten. So wird der Bakterienwuchs nicht verlangsamt, wenn man zum Nährboden hinzufügt: Talk 1 und 2:100 oder Kohlenstaub 1:100. Andere Körper z. B. Lycopodium 2:100, Berliner-Blau 1·5—4·5:100, Zinnober 1·3:100, Russ und Aethiops mercurialis 1:100 verlangsamen das Wachsthum und nur Zinnober 2·6—4:100 und Russ 2:100 verhindern endgiltig die Entwickelung von Anthrax, Staphyloc. aur. und sporenhaltiger saprophyter Bakterien.

Dr. A. Neumann: Zur Behandlung der Diphtherie. — (Berliner Klinik. Heft 48. Juni 1892.)

Seit dem Jahre 1880 sind auf der chirurgischen Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhause im Friedrichshaine zu Berlin 3611 Diphtheriekranke behandelt worden. Bei diesen Patienten sind natürlich fast alle therapeutischen Vorschläge, welche nur die Möglichkeit eines Erfolges in Aussicht stellten, im Laufe der Jahre geprüft worden, sie sind sämmtlich wieder verlassen worden, so dass jetzt im Krankenhause Friedrichshein eine sehr einfache, durchaus nicht spezifische Therapie üblich ist. Vor allen Dingen ist jeder energische lokale Eingriff, als da ist Aetzen, Kratzen, Pinseln, Einpudern, jeder Versuch durch innerliche Verabreichung von Medikamenten die Krankheitserreger an Ort und Stelle oder deren giftige Produkte im ganzen Körper vernichten zu wollen, vollkommen aufgegeben worden.

Alle Patienten mit diphtherischen Rachenaffektionen, welche Symptome einer bestehenden Kehlkopferkrankung nicht aufweisen, werden sofern sie gurgeln können, angehalten, viertelstündlich mit einer 4 perzentigen Lösung von Kalium chloricum zu gurgeln. Sind sie zu matt zum Gurgeln oder schlafen sie, so wird über Mund und Nase kontinuirlich ein mit reinem Wasser gesättigter Dampfstrahl gehen gelassen. Kinder, welche nicht gurgeln können, und alle Patienten, welche beiser sprechen, husten, über Kitzelgefühl klagen, und bei denen der Verdacht einer Kehlkopferkrankung besteht, liegen mit Ausnahme der Pausen zum Essen und zu den nothdürftigsten Verrichtungen kontinuirlich unter dem Dampfspray. Bei der Neigung zur Bildung von zähen Schleimmassen in den Luftwegen, besonders wenn dieselben, wie bei Tracheotomirten, in trockenen Pfröpfen sich ansammeln, wird dem Dampfstrahl an Stelle des reinen Wassers eine schwache Kochsalzlösung oder Kalkwasser zugeführt. Bei starkem Foetor wird die Kalium chloricum-Lösung durch eine $\frac{1}{4}$‰ige Lösung von Kalium hypermanganicum ersetzt, selten wird diese Lösung ebenfalls mit dem Dampfspray zerstäubt. Die Erwachsenen erhalten ausserdem Eispillen und soweit sie es vertragen können, Eiskravatten, welche nach dem Scheitel zu geknüpft werden, um so das Eis besser gegen die hinter dem Kieferwinkel befindlichen Halspartien wirken zu lassen; alle anderen bekommen einen PRIESSNITZ'schen Halsumschlag. Bei Nasendiphtherie werden täglich 3—4 Mal Ausspritzungen mit lauwarmer 2 perzentiger Borsäure oder $\frac{1}{4}$‰ Kalium hypermangan-Lösung bei vornüberhängendem Kopf vorgenommen; neigen die Patienten dabei zu starken Blutungen, so werden an Stelle der lauwarmen eiskalte Lösungen verwendet.

Sehr oft gehen noch relativ schwere Stenosen-Erscheinungen unter dieser Therapie nach kurzer Zeit zurück, ohne dass es zur Tracheotomie kommt. Die Indikationen zu dieser Operation selbst sind in folgender Weise präcisirt. Bei Kindern mit sägeartigem, inspiratorischem Stridor, inspiratorischen Einziehungen im Epigastrium, im Fugulum und an den Interkostalräumen und entsprechend hochgradiger Dyspnoe wenn, insofern nicht der Patient einen exquisit septischen Geruch verbreitet, sofort die Tracheotomie vorgenommen. Das Bestehen einer Pneumonie neben diphtherischen oder kroupösen Larynxstenose sind nicht als Kontraindikation gegen die Operation betrachtet. Dagegen sind bei ausgesprochenen septischem Foetor nicht tracheotomirt, weil das Resultat der Operation bei diesen Patienten ein absolut schlechtes ist und die Erfahrung lehrt, dass hier meist die Dyspnoe nach der Tracheotomie nur wenig oder nur ganz vorübergehend geringer wird, da sie nicht sowohl durch die Larynxstenose bedingt, als vielmehr eine Folge der Allgemeinintoxikation des Körpers war

Bei Kindern unter 2 Jahren wird die Tracheotomia superior, bei Kindern von 2—10 Jahren die Tracheotomia inferior, bei mehr als 10 Jahre alten Patienten endlich vornehmlich die Tracheotomia superior oder die Cricotomia gemacht. Von Canülen werden nur solche von Silber mit leicht herausnehmbarem Innenrohr benutzt, dagegen sind die früher gebräuchlichen Hartgummicanülen ganz ausrangirt worden. Während der ersten drei Tage bleibt der Patient kontinuirlich unter dem Spray liegen, am vierten Tage, wenn keine Neigung zur Bildung von Croupmembranen besteht und die Expectoration durch die Canüle gut von statten geht, wird der

Spray für einige Stunden, am fünften während des ganzes Tages entfernt. Was die Resultate dieser Behandlung betrifft, so schwankt die Mortalität bei den nicht operativ behandelten in den einzelnen Jahren von 11·6 Perzent im Jahre 1888—89 bis zu 44·6 Perzent im Jahre 1883—84; bei den operativ behandelten dagegen von 54·2 Perzent im Jahre 1891—92 bis zu 81·4 Perzent im Jahre 1880. Bei den operirten Patienten unterscheiden sich in Bezug auf die Mortalität sehr wesentlich die Patienten unter 2 Jahren von denen über 2 Jahren; bei jenen ist die Mortalität nahezu doppelt so gross als bei diesen.

Waldo: Paralyse des Diaphragma bei peripherer Neuritis.
(Brit. med. journ. — Centralbl. für klin. Medizin Nr. 52, 1892).

Die sogenannte akute aufsteigende Paralyse des Rückenmarkes, welche zuerst von LANDRY beschrieben worden ist, scheint nach dem Ergebnisse einer Anzahl neuerer Untersuchungen gar keine Rückenmarkserkrankung, sondern eine periphere, sehr akute Erkrankung der Nerven zu sein. Der von WALDO beschriebene Fall bildet einen neuen Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme und verdient daher allgemeine Beachtung. Es handelte sich um eine 40jährige westindische Spinnerin, welche erblich nervös nicht belastet, aber von Jugend auf kränkelte, namentlich an Magenbeschwerden und Unterleibsschmerzen litt, überdies hysterische Erscheinungen bot und besonders noch von Schlaflosigkeit heimgesucht war. Desshalb war sie ausserordentlich an Narcotica gewöhnt und zwar an grosse Mengen der verschiedensten Sorten.

Die Krankheit zeigte den gewöhnlichen Verlauf; zuerst Schwäche in den Beinen, dann in den Armen, wobei die Extensoren zuerst, später die Flexoren erkrankten, schliesslich schlaffe Lähmung der Extremitäten, die dann auf den Rumpf überging. Die Reflexe fehlten insgesammt, während Sensibilitätsstörungen nicht vorhanden waren. Dabei leichte Fiebererscheinungen und starke Pulsbeschleunigung. Sodann gesellte sich Lähmung der Sphincter ani et vesice hinzu und leichte Pupillendifferenz; die Empfindlichkeit derselben gegen Licht und Accommodation blieb dabei erhalten. Der Urin, Anfangs sauer, war bereits am 2. Tage alkalisch, am 3. Tage trat eine doppelseitige Zwerchfellslähmung ein, was sich durch inspiratorische Einziehungen des Epigastriums kenntlich machte. Gleichzeitig arbeiteten die Interkostalmuskeln verstärkt und vikariirend zur Aufrechthaltung der Athmung. Schliesslich traten Bulbärsymptome ein, nämlich Unbeweglichkeit der Zunge und Unvermögen zu schlucken, so wie Heiserkeit.

Es wurde, als der Tod nach 6 Tagen eingetreten war, die Diagnose periphere Neuritis gestellt. Der Umstand, dass das Zwerchfell gelähmt war, als die Interkostalmuskeln noch funktionirten, wurde als Bestätigung der Diagnose aufgefasst; bei zentraler Ursache hatte das höher gelegene Zwerchfellcentrum nicht eher afficirt werden können, als das tiefer gelegene Centrum der übrigen Athemmuskeln. Allerdings widersprach es der Regel, dass keinerlei Sensibilitätsstörungen vorhanden waren und dass die Blase afficirt war.

Die Obduktion bestätigte die Annahme. Das Rückenmark erwies sich, wie stets, als ganz normal, dagegen zeigten die peripheren Nerven nach Härtung und mikroskopischer Untersuchung Veränderungen, welche in einer Verwischung der scharfen Grenze zwischen Nervenmark und Achsencylinder bestanden; besonders der Nervus tibialis anticus zeigte diesen Defekt in hohem Masse.

WALDO nimmt an, dass es sich um eine toxische Neuritis im vorliegenden Falle gehandelt habe, bedingt durch abnorm grosse Aufnahme von Narcoticis. Die übrigen Organe erwiesen sich, abgesehen von der Veränderung der Blasenschleimhaut, als völlig gesund.

Ein zweiter Fall von genau demselben Verlaufe und gleichem Obduktionsergebnisse wurde ebenfalls von WALDO beobachtet; hier war nach seiner Ansicht Alkoholismus die Ursache der Neuritis.

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 13. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien bringt der Vorsitzende Hofrath Professor Ditte ein Schreiben Hofrath Professor Billroth's zur Verlesung, in welchem derselbe lebhaft bedauert, seinen Pflichten nicht nachkommen zu können, der Gesellschaft ein herzliches «Prosit Neujahr» entbietet mit der frohen Hoffnung, dass schon im nächsten Jahre der Gesellschaft gegönnt sein werde, den collegialen Geist und das ernste wissenschaftliche Streben im neuen Hause pflegen zu können. Der Vorsitzende macht hierauf die Mittheilung, dass an Esmarch, zu Ehren seines 70. Geburtstages, im Namen der k. k. Gesellschaft ein Glückwunsch-Telegramm abgesandt wurde. Ferner macht derselbe Mittheilung von dem Ableben zweier verstorbener Mitglieder, nämlich des Dr. Seeger und des correspondirenden Mitgliedes Dr. J. Maier, deren Andenken die Gesellschaft durch Erheben von den Sitzen ehrt. Professor Kundrat zeigt hierauf an, dass er anlässlich der von Dr. Hackenberg im Gemeinderathe gefallenen Aeusserungen das stenographische Protokoll desselben durchgesehen habe, dass der erste citirte Grund, Stellung gegen die Aeusserungen derselben zu nehmen, hinfällig geworden sei, da sich das Doktoren-Collegium im Jahre 1884 für eine Nutzwasserleitung ausgesprochen; der zweite, die scharfen Aeusserungen betreffende Punkt, sei aber im Protokolle so corrigirt, dass sich demselben nicht viel entnehmen lasse; wesshalb er es unter der Würde der Gesellschaft halte, sich noch weiter mit diesen Dingen beschäftigen zu wollen. Ueber die wissenschaftlichen Vorträge und Demonstrationen berichten wir in der nächsten Nummer.

(Universitäts- und Personal- Nachrichten.) Der a. o. Prof. Dr. S. H. Schidlowski wurde zum ordentlichen Professor der Hygiene an der militär-medizin. Akademie in Petersburg, der Professor der Arzneimittellehre an der Universität Göttingen, Dr. Wilhelm Marmé, zum geheimen Medizinalrath, geh. Medizinalrath A. Hirsch, Prof. H. Hirsch und Professor Glück zu Mitgliedern der kaiserlichen Leopoldinisch-Karolinischen Deutschen Akademie der Naturforscher in Halle a. S. ernannt. — Die Pariser Akademie der Wissenschaften hat dem Prof. Dr. Richard Ewald für sein vor kurzem im Verlage J. F. Bergmann, Wiesbaden, erschienenes Werk «Physiologische Untersuchungen über das Endorgan des Nervus octavus» eine «Mention honorable» zuerkannt. — Dr. Grönouw hat sich als Privatdozent für Augenheilkunde an der medizinischen Fakultät in Breslau habilitirt. — Professor v. Esmarch, Director der chirurgischen Klinik in Kiel, feierte am 9. d. M. seinen siebzigsten Geburtstag. In den zahlreichen Adressen und Zuschriften, welche der 70jährige, in voller Schaffenskraft stehende Kieler Chirurg erhalten hat, kennzeichnet sich sowohl seine Stellung in der Wissenschaft, wie seine soziale Stellung.

(Vom Obersten Sanitätsrathe.) In der Sitzung vom 7. Jänner d. J. des k. k. Obersten Sanitätsrathes gelangten nachstehende Angelegenheiten zur Berathung und Begutachtung: 1. Die Verwendung des Maleïn als diagnostisches Hilfsmittel bei Rotzverdacht. O. S. R. Prof. Dr. St. Polansky. 2. Ableitung der Abwässer einer Bierbrauerei. O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer. 3. Die Ansuchen mehrerer Interessenten um Aufhebung der aus Anlass der Choleragefahr erlassenen und noch in Kraft stehenden Haderneinfuhr-Verbote. O. S. R. Prof. Dr. A. Weichselbaum.

(Zur Reform der Institution der Kreis- und Kommunalärzte Ungarns). Anlässlich der bevorstehenden, höchst dringend gewordenen Reorganisation dieser für exakte Sanitätspflege des Landes unentbehrlichen Institution, erheben sich fortwährend kompetente Stimmen mit geeigneten Vorschlägen und Anträgen. Im «Közegészségügyi Kalauz», (Führer der Sanitätsangelegenheiten) dem amtlichen Vereinsorgane der Kreis- und Kommunalärzte, haben sich jüngstens wieder zwei Komitatsphysiker vernehmen lassen. Der Eine führt aus: dass diese Institution, in der bisherigen Form unhaltbar ist, weil die Gemeinden allein die daraus entstandenen Lasten nicht ertragen können, und dass dieselbe deshalb ohne Staatshilfe zusammenbrechen muss. Der zweite Physiker proponirt, dass für die Kreis- und Kommunalärzte eigene

Wohnhäuser erbaut werden müssten, da es diesen ansonst auf ihrem Posten zu verbleiben unmöglich ist; sind die Gemeinden dies nicht im Stande, so müssten sie dazu im Sinne des Gesetzes ein Staatsanlehen in Anspruch nehmen. Uebrigens ist der Reformvorschlag für diese Institution, wie wir dies auch jüngstens angedeutet haben, schon fertiggestellt und soll nach authentischer Quelle auf folgenden Punkte basiren: 1. Lebenslängliche Ernennung der Kreis- und Kommunalärzte. 2. Fixirung des Minimalgehaltes auf 600 Gulden jährlich. 3. Sollen auf einen Kreis nicht mehr als 10.000 Seelen kommen. 4. Aermeren Gemeinden trägt der Staat zum fixen ärztlichen Gehalt ein gewisses Perzent bei. 5. Wird für eine entsprechende Pension der Kreis- und Kommunalärzte vorgesorgt.

(Der Budapester neue Verein der Spitalsärzte) hat sich bereits in einer jüngstens stattgefundenen Konferenz mit der Abfassung der Statuten beschäftigt. Denselben entnehmen wir Folgendes: Zweck des Vereines ist, die Verwerthung und Mittheilung der an den Spitalskranken gewonnenen wissenschaftlichen Beobachtungen. Der Verein besteht aus inneren (sämmtliche Budapester Primar- und Sekundarärzte), äusseren (jeder sich meldende und in der Generalversammlung mit Stimmenmehrheit gewählte praktische Arzt der Hauptstadt) und theilnehmenden (Spitals-Praktikanten) Mitgliedern. Zu Vorträgen sind nur die inneren Mitglieder berechtigt, an der Diskussion können jedoch auch die äusseren Theil nehmen, ebenso haben auch diese Stimmrecht in den Generalversammlungen. Der Verein besteht aus: Präsident, Schriftführer, Kassier, Direktions- und Verwaltungsausschuss. Vortrags-Sitzungen werden jede zweite Woche abgehalten. Der Jahresbeitrag für innere und äussere Mitglieder beträgt 10 Kronen; Spitals-Unterärzte und Praktikanten sind vom Jahresbeitrag befreit.

(Elfter internationaler medizinischer Kongress.) Der XI. Kongress wird im Beisein des Königs von Italien am 24. September d. J. in Rom feierlich eröffnet werden. Am 25. September werden die Arbeiten sowohl in den allgemeinen Sitzungen als in denen der Sektionen beginnen. Gleichzeitig mit dem Kongress wird in Rom eine internationale medizinische und hygienische Ausstellung stattfinden, die alles das in sich begreifen wird, was in der Praxis Aerzte und Spezialisten interessiren kann. Ein spezielles Komité hat sich hiezu bereits die Theilnahme der bedeutendsten Industriellen der Welt gesichert. In Folge der vom Central-Komité eingeleiteten Verhandlungen mit den europäischen Eisenbahnen und den Schifffahrts-Gesellschaften sind den Kongressbesuchern bereits folgende Begünstigungen gesichert: die französischen Eisenbahnen haben eine 50perzentige Fahrpreisermässigung eingeräumt, der Norddeutsche Loyd hat spezielle Vorzugsbedingungen zugestanden, die spanische überseeische Schifffartsgesellschaft hat eine 30perzentige Fahrpreisermässigung bewilligt, die französische ähnliche Begünstigungen zugesagt, die Reise-Agentie Cook und Sohn in London hat es übernommen, bei den nordeuropäischen Bahnen Preisnachlässe zu erwirken. In Italien werden die Kongressbesucher auf Eisenbahnen und Dampfschiffen besondere Begünstigungen geniessen und es werden für sie spezielle Rundreissen kombinirt, die sie zum Besuche der wissenschaftlichen Centren und der bedeutenderen Städte des Reiches benützen können. Rom besitzt eine bedeutende Anzahl von Gasthöfen ersten und zweiten Ranges, so dass jedem Bedürfnisse der Kongressisten in Bezug auf Unterkunft vorgesorgt sein wird. Das Executiv-Komité wird, auf vorhergegangene Benachrichtigung, den Damen der Kongressmitglieder Legitimationskarten zur Verfügung stellen, wodurch sie zum Genusse der den letzteren eingeräumten Begünstigungen und zur Theilnahme an den in Rom zu veranstaltenden Festlichkeiten berechtigt sein werden. Der Zweck des Kongresses ist ausschliesslich wissenschaftlich. Ausser den Doktoren der Medizin können auch solche Personen zum Kongresse Zutritt erhalten, die ohne Aerzte zu sein, in Folge ihrer Spezial-Studien sich für die Arbeiten des Kongresses interessiren. Solche haben dieselben Rechte und Pflichten wie alle anderen Kongressmitglieder und können wie diese Vorträge halten und an den Diskussionen theilnehmen. Der Mitgliedsbeitrag ist auf 25 Lire festgesetzt wie bei den vorhergegangenen internationalen Kongressen und berechtigt zum kostenfreien Bezuge eines Exemplares der Kongress-Akten. Die Arbeiten des Kongresses sind unter 18 Sektionen vertheilt; jeder Kongressist ist gebeten, mit seiner Beitrittserklärung die Sektion zu bezeichnen, welcher er anzugehören wünscht. Die Vorträge in den allgemeinen Sitzungen sind den vom Komité hiezu ersuchten Mitgliedern vorbehalten. Am Kongresse zu haltende Vorträge müssen dem General-Sekretariat des XI Internationalen Kongresses — Genua — bis spätestens 30. Juni angemeldet werden. Bis spätestens 31. Juli muss von jedem angemeldeten Vortrage ein kurzgefasster Auszug mit den Schlussfolgerungen eingesendet werden, deren Druck und Vertheilung unter die Kongressisten durch das Sekretariat besorgt wird. Nach dem 30. Juni angemeldete Vorträge können nur dann auf die Tagesordnungen gesetzt werden, wenn die rechtzeitig angemeldeten die hiezu nöthige freie Zeit lassen. Der Text jedes Vortrages muss den Sekretären vor Schluss der bezüglichen Sitzung übergeben werden. Ein besonderes Redaktions-Komitè hat zu bestimmen, ob und in welchem Umfange die Vorträge in die Kongress-Akten aufzunehmen seien. Die offiziellen Sprachen für alle Sitzungen sind: italienisch, französisch, deutsch und englisch; die Statuten, Programme und Tagesordnungen werden in diesen vier Sprachen veröffentlicht. Es ist gestattet, sich für kurze Bemerkungen anderer Sprachen zu bedienen, wenn ein anwesendes Kongressmitglied sich bereit erklärt, selbe in eine der offiziellen Sprachen zu übersetzen. Ein spezielles Komité wurde in Rom aus einflussreichen Persönlichkeiten gebildet, um im Einvernehmen mit der Regierung und der römischen Stadtvertretung eine Reihe passender Festlichkeiten zu veranstalten. Die Regierungen sämmtlicher civilisirter Staaten sind eingeladen worden, durch besondere Abgesandte am Kongresse theilzunehmen. Bereits liegen Berichte über die Bildung von 34 Lande-Komités der verschiedensten Nationen vor und die Zusicherung der Theilnahme weltberühmter Gelehrten. Die medizinischen Lehrkörper, Akademien und Gesellschaften aller Länder der Welt wurden zum Kongresse geladen und ein grosser Theil derselben hat bereits die Annahme der Einladung und die Namen der Delegirten angezeigt.

(Aus dem Gerichtssaale). Streitende Aerzte am Krankenbette. Vor dem Strafrichter des Bezirksgerichtes Hietzing, fand am 13. d. M. eine Ehrenbeleidigungsverhandlung statt, welche, trotzdem sie mit einem Ausgleiche endigte, dennoch einen ziemlich peinlichen Eindruck zurückliess und zugleich die Nothwendigkeit der baldigen Etablirung der Aerztekammern darzulegen geeignet erscheint. Zwei Aerzte, Dr. Karl Jantsch und Dr. Alexander Popper, trieben ihre persönliche Animosität so weit, dass es zwischen ihnen am Krankenbette eines Kindes zu einer erregten Szene kam. Diese bildete, und zwar auf Grund der von Dr. Jantsch gegen Dr. Popper eingebrachten Ehrenbeleidigungsklage, das Substrat der Verhandlung. Beide Aerzte wurden gleichzeitig von einem besorgten Vater an das Krankenbett eines im heftigen Fieber darniederliegenden Kindes gerufen. Sie trafen im Hause zusammen, begrüssten sich und begaben sich gemeinsam zum Bettchen des kleinen Patienten. Es grassirten damals die Masern und Dr. Popper stellte die Diagnose, dass das Kind sie ebenfalls bekommen werde. Inzwischen trat Dr. Jantsch an den Tisch und schrieb, ohne mit seinem Kollegen weiter zu sprechen, ein Rezept. Dr. Popper trat hinzu und frug was derselbe verschreibe, worauf Dr. Jantsch antwortete: «Etwas für's Fieber, übrigens werde ich das verschreiben, was mir beliebt und was ich für gut finde.» — «Herr Doktor,» replizirte Dr. Popper «ich finde, dass Ihr Benehmen sehr unkollegial ist, aber Sie machen es jedem Kollegen so!» — «Ich bitte,» entgegnete Dr. Jantsch sehr erregt, «ich lasse mir von Ihnen keine Rüge ertheilen oder erklären, was kollegial ist oder nicht. Ich verschreibe, was ich für gut befinde, fertig!» — Dr. Popper, nicht minder aufgeregt, nannte nun dieses Vorgehen «Frechheit», «Gemeinheit» und «unloyale Konkurrenz». Diese Szene spielte sich ab, während das kranke Kind in seinem Bettchen ächzte. Der geängstigte Vater musste vom Bette seines Lieblings weg, um die streitenden Aerzte zu beschwichtigen. — Dr. Popper gab bei der heutigen Verhandlung zu, die inkriminirten Ausdrücke gebraucht zu haben. Ich habe, sagte er, mit den berühmtesten Professoren Konsilien am Krankenbette abgehalten, aber so etwas ist mir noch nie vorgekommen. Ich wurde von jedem Professor kollegial behandelt, Herr Dr. Jantsch hatte mich aber nicht nur vollständig ignorirt, sondern mich förmlich an-

geschnauzt. Für meine Behauptung, dass Herr Jantsch . . . — Dr. Jantsch (einfallend): Ich bitte, Doktor Jantsch . . . — Dr. Popper: Entschuldigen Sie . . . dass der Herr Doktor Jantsch sehr unkollegial auch andern Aerzten gegenüber handelt, kann ich den Wahrheitsbeweis erbringen. Er verschreibt mir zum Trotz andere, wenn auch gleichwirkende Medikamente. Richter: Nun, mit einem Worte, es herrscht eine grosse Animosität zwischen Ihnen und Dr. Jantsch. Dr. Jantsch verlangt, Dr. Popper möge ihm eine Ehrenerklärung ausstellen und in derselben den Vorfall «von ganzem Herzen» bedauern, Dr. Popper weigerte sich, «von ganzem Herzen» zu schreiben — diese Stelle blieb sodann weg und der Ausgleich kam zustande.

Chicago. Gelegentlich der Weltausstellung in Chicago findet ein medizinischer pan-amerikanischer Kongress vom 5.—8. September 1893 in Washington statt. Die offiziellen Sprachen des Kongresses werden spanisch, portugiesisch, französisch und englisch sein. Sonderbarerweise wird die deutsche Sprache nicht als offizielle Vortragssprache des Kongresses erklärt. Die Folge davon dürfte sein, dass sich die deutschen Aerzte von dem Kongresse überhaupt fernhalten werden.

Todesfälle. In Wien Hofrath Dr. Josef Stefan, Professor der Physik an der Universität Wien Präsident der mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Akademie der Wissenschaften, Präsident derselben. — Dr. Ludwig Seeger, Elektrotherapeut im k. k. Wiedener Krankenhause und Eigenthümer einer heilgymnastischen Anstalt in Wien, welchem wir neben wissenschaftlichen Arbeiten, meist dem Gebiete der Orthopädie angehörig, auch eine Reihe belletristischer Werke und Dichtungen in Vorarlberger Mundart verdanken. — In Greifswald der a. o. Professor für Medizin Dr. Karl Eichstedt, dessen Arbeiten namentlich über Scabies und Pityriasis von hervorragender Bedeutung sind. — In London Dr. James H. Aveling, der sich als Geburtshelfer und Gynäkologe eines bedeutenden Rufes erfreute.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit **1. Jänner 1893** begann ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom 1. Jänner 1893 ab erhalten unsere Anonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende Dezember erloschen ist, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"

Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.



Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 1 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Hofrath Prof. Nothnagel: „Einige Bemerkungen zur Pharmakologie" und einen Originalartikel von Dr. Arthur Klein: „Der derzeitige Stand der Blutserum-Therapie"; ferner neuere Arzneimittel therapeutische Mittheilungen und Rezepte u. s. w., u. s. w.

DENAEYER'S flüssiges Fleisch-Pepton

ist durch künstl. Verdauung aufgelöstes Ochsenfleisch und daher Kindern, Reconvalescenten, schwachen oder kranken Magen als Nahrungsmittel zu empfehlen.

Erprobt und angewendet in zahlreichen Kliniken und Spitälern: u. a. Charité, Berlin, Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinder-Krankenhaus, Berlin.

Denaeyer's flüssiges Eisenpeptonat

vorzüglich bei Blutarmut, Bleichsucht etc., von massgebender Seite als das hervorragendste aller Eisenpräparate anerkannt.

Haupt-Depot:

A. BARBER, Wien, I., Operngasse 16

Apotheke „zum heiligen Geist."

1268) **Zu haben in allen Apotheken.**

ICHTHYOL

wird mit Erfolg angewandt:

bei **Frauenleiden** und **Chlorose**, bei **Krankheiten** der **Haut**, der **Verdauungs-** und **Circulations-Organe**, bei **Hals-** und **Nasen-Leiden**, sowie bei **entzündlichen** und **rheumatischen Affektionen** aller Art, theils in Folge seiner durch **experimentelle** und **klinische** Beobachtungen erwiesenen **reducirenden, sedativen** und **antiparasitären** Eigenschaften, anderntheils durch seine die **Resorption befördernden** und den **Stoffwechsel steigernden** Wirkungen.

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über **Ichthyol** nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.

Hamburg. (1214)

K. u. k. Patent





System Johann Nadler.

Metallfreier Syphon-Verschluss

patentirt in Oesterreich-Ungarn und allen übrigen Culturstaaten.



Dieser Verschluss, aus **feinstem weissen Porzellan** gefertigt, entspricht in Folge seiner **vollständigen Metallfreiheit** allen **sanitätsbehördlichen Anforderungen** in vollstem Masse, ist **sehr leicht zu reinigen, beinahe unzerbrechlich,** jede Explosionsgefahr ausschliessend, da vom k. k. technologischen Gewerbemuseum auf **41 Atmosphären** geprüft (**der Normalbedarf ist 8—10 Atmosphären**) präsentirt sich dem Auge stets wohlgefällig, ist daher (trotz seiner Billigkeit) das **Ideal aller Syphon-Verschlüsse.**

Gesellschaft zur Erzeugung metallfreier Syphon-Verschlüsse

Stef. Obermayer & Cie.

Comptoir und Fabrik: (1287)

Wien, IX, Spittelauergasse 12.

Prospecte gratis und franco.

Cacao Küfferle

um 30 bis 40 Perzent billiger als die ausländischen Cacaos, ohne Potasche und Gewürz erzeugt. (1098)

Pizzala's Eisenpeptonat-Essenz

(Liquor ferri peptonati Pizzala).

Seit **zehn Jahren** nur in berufenen Fachblättern bekannt gegeben, erfreut sich dieses bewährte Präparat hohen Ansehens und ausgezeichneter Anerkennung in der medicinischen Welt, in weitesten akademischen und ärztlichen Kreisen Deutschlands. Es steht auf wissenschaftlicher Höhe und bietet eine nach eigenem Verfahren hergestellte chemische Verbindung von Eisen mit derjenigen Umsetzung des Albumins, wie sie der Arzt und Physiologe einzig gebrauchen kann: «Albumosen-Pepton». Das Medicament ist bei **Bleichsucht, Blutarmuth, Reconvalescenz, Magen-** und **Nervenleiden von ebenso rascher, wie zuverlässiger Wirkung** und greift die Zähne nicht an, sowie es auch selbst von dem schwachsten Magen vertragen und sicher resorbirt wird. Es zeichnet sich durch milden Geschmack, angenehme Form, bedeutende Haltbarkeit und billigen Preis hervorragend aus, ist anerkannt das vorzüglichste, **von keiner Nachahmung erreichte** Eisenmedicament der Neuzeit. — Prospecte mit Analysen, sowie **Proben und Material zu Versuchen gratis und franco** direct von der Fabrik in **Linz a. D.** zu beziehen. (1101)

Gutachten von Professoren und hervorragenden Aerzten in grosser Anzahl.

Nur in Apotheken käuflich. Garantie bieten unsere Originalflaschen.

Biederts' Kindernahrung.

Künstliches Rahmgemenge für Kinder mit empfindlichen oder kranken Verdauungsorganen.

Dieses künstliche Rahmgemenge hat, wie auch das von Dr. Biedert angegebene natürliche Rahmgemenge, den Zweck, dem Kinde nicht mehr Eiweiss (Caseïn) zuzuführen, als auch schwache und kranke Verdauungsorgane vertragen können, daneben aber doch eine grössere Menge des Fettes, als in der verdünnten Kuhmilch enthalten sein würde. Dadurch wird es leichter verdaulich und nahrhafter als die entsprechend verdünnte Kuhmilch. Siehe: Im Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. XI 2 und 3, pag. 117, 1877, von Dr. Biedert. N. F. XII 4, pag. 366, 1878, von Dr. Biedert. N. F. XVII 2 und 3, 1881, von Dr. Biedert.

Die Fabrikation, welche seit einigen Monaten in meinem Besitz ist, hat von mir wesentliche Verbesserungen erfahren, die sich vorzugsweise auf die Haltbarkeit und vorzügliche Reinheit des Präparates erstrecken.

Nur in Apotheken käuflich in luftdicht verschlossenen Dosen à 60 kr.

Rud. Pizzala, Apotheker

Fabrik chemisch-pharm. Präparate

Linz a. D.

Zur Anfertigung von

Drucksorten aller Art

für

Aerzte, Apotheker, Instrumentenerzeuger etc.

empfiehlt sich auf das Beste die

Buchdruckerei und lithografische Anstalt

von

M. Engel & Söhne

WIEN

I., Lichtenfelsgasse Nr. 9.

RONCEGNO

Stärkstes natürliches arsen- und eisenhaltiges Mineralwasser

empfohlen von den Herren Professoren: **Albert, Benedikt, Bergmeister, Billroth, Braun, Chrobak, Drasche, Gruber, Hofmokl, Kahler, Kaposi, Krafft-Ebing, Lang, Monti, Neumann, Nothnagel, Oser, Rokitansky, Reder, Stoffela, Wiederhofer** etc.

bei Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Blutleere, Malaria etc.

Die Trinkkur wird das ganze Jahr gebraucht. (1143)

Bade-Etablissement

ersten Ranges, Hydro- und Electrotherapie, Dampfbäder, Massage, Molken- und Traubenkur in Roncegno, Südtirol, 535 Meter Seehöhe, windgeschützte herrliche Lage, schattige Promenaden, lohnende Ausflüge, würzige Luft, konstante Temperatur 18—22° R., 3 Stunden von der Eisenbahnstation Trient entfernt. — Saison Mai bis Oktober. — Prospecte und Auskünfte durch die **Bade-Direction in Roncegno.**

Depots in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken.



Die anerkannt **besten massiven Eisenbettstellen** mit **Stahldrahtnetz** und **Stahldrahtmatratzen** für **Kranken-Anstalten,** sowie auch für **Privatgebrauch,** liefert die Fabrik von

Wilhelm Schmid's Nachf.
FRANZ KOCZOR

Wien, XI., Simmering, Leberstrasse 24.

Die Fabrik lieferte schon mehr als 25.000 Stück für **Militär-** und **Civilspitäler** und stehen ihr zahlreiche Anerkennungsschreiben zu Gebote. **Illustrirte Preiscourante gratis und franko.** 1130

F. EBELING

optisch - mechanische Werkstätte, WIEN, XVII., Hernalser Gürtel Nr. 2.

MIKROSKOPE

für Bacteriologie

und alle Bedürfnisse der Wissenschaft

MIKROTOME

und sämmtliche Nebenapparate, (1271)

Ausführliche illustrirte Preislisten.



Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten.

Brand & Co.'s Essence of Beef.

Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.

Diese Fleisch-Essenz besteht ausschliesslich aus den Säften des feinsten Fleisches, welche nur durch gelinde Erwärmung und **ohne** Zusatz von Wasser oder andern Stoffen gewonnen **werden.** Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, **dass die hervorragendsten Autoritäten** dasselbe seit vielen Jahren als **Stärkungs- und Belebungsmittel mit ausserordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben.**

„LANCET" brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz auf welche wir uns speciell hinzuweisen erlauben.

BRAND & Comp. Mayfair, London W.

Auszeichnungen. — **(Gründungsjahr: 1835.)** — *Preis-Medaillen.*

Depôts in Wien: **Pezoldt & Süss,** I., Schottenhof; **Köberl & Pientok,** I., Kärntnerstrasse 33; **A. Hagenauer,** I., Tuchlauben 4; **M. Löwenthal,** I., Heidenschuss 3; **Math. Stalzer,** I., Lichtensteg 5. (1247)

Sanatorium und Kaltwasser-Heilanstalt,

in Purkersdorf bei Wien. (1011)

In windgeschützter, staubfreier Lage im Wienerwalde, in einem 150.000 Quadratmeter grossen Parke gelegen, enthält das Sanatorium alle Kurbehelfe einer medizinisch-chirurgischen sowie einer Kaltwasserheilanstalt.

Im Besonderen sind vorhanden: Badeanstalt mit Voll-, Douche- und Dampfbädern, Wannenbädern. **Elektrisches Bad (System Professor Gärtner), Inhalationskammern, pneumatische Kammern, Stahlquelle,** Wandelbahn, sowie sämmtliche nothwendigen medizinisch-chirurgischen Instrumente und Apparate.

Sämmtliche Räume sind bequem eingerichtet, elektrisch beleuchtet.

Vorzügliche Verpflegung wird bei mässigen Preisen geboten.

Das Sanatorium eignet sich daher vorzugsweise zur Aufnahme von: Nerven- und Rückenmarkskrankheiten, Anämie, Rekonvalescenz nach schweren Krankheiten, Lungen- und Kehlkopfkrankheiten, Frauenleiden, Magen- und Darmkrankheiten und Morphinismus. — **Auskünfte** ertheilt der Eigenthümer

Dr. Anton Loew.

25 Medaillen I. Klasse, 9 Ehrendiplome!

Empfehle meine als vorzüglich anerkannten

(1139) **Maximal-**

und gewöhnliche

ärztl. Thermometer

zur Bestimmung der Körpertemperatur.

Urometer nach **Dr. Heller** und **Dr. Ultzmann, Bade-** und **Krankenzimmer-Thermometer** etc., sowie alle Arten **Thermometer, Barometer** und **Instrumente** für Bade- und Heilanstalten. **Meteorologische Wetterhäus'chen** für Curorte,

Heinrich Kappeller

Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9.

Illustr. Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.



Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15 — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9

VII. Jahrgang. **Wien, 22. Jänner 1893** **Nr. 4**

„**Internationale Klinische Rundschau**" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die Entwickelung der Kinderheilkunde in Wien und die Aufgabe unserer Poliklinik.

Von

Professor Dr. Monti.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Bekanntlich wurde die «allgemeine Poliklinik» im Jahre 1872 gegründet und zwei Kinderabtheilungen an derselben eröffnet, Die erste Abtheilung übernahm Dr. FLEISCHMAN, welcher dieselbe durch 6 Jahre führte. Seine Wirksamkeit als Vorstand war von bestem Erfolge gekrönt. Alsbald gelang es FLEISCHMAN sich ein gutes Lehrmateriale zu schaffen und während seiner 6jährigen Thätigkeit wurden auf seiner Abtheilung 8462 Kranke behandelt. Seine Kurse frequentirten 167 Hörer und 7 Aerzte waren als Assistenten thätig und zwar: LUHATZKY, STAUBER, EISENSTEIN VON GENSER, FLESCH, PEKK und HERTZKA. Durch seine wissenschaftliche Thätigkeit war FLEISCHMAN bestrebt an der Entwickelung der Kinderheilkunde theilzunehmen. Im Beginne seiner ärztlichen Laufbahn waren die akuten Exantheme sein Lieblingsthema, und die damals von mir angeregte Frage des gleichzeitigen Auftretens zweier akuter Exantheme bei ein und demselben Individuum, bewog FLEISCHMAN eine längere Arbeit zu veröffentlichen, die zur Erledigung dieser Frage beitrug. Auch die Varicellen-Frage veranlasste FLEISCHMAN die bereits von VETTER, von mir und STEINER gemachten Impfversuche zu wiederholen, wodurch der Glaube an die Identität der Varicella und Variola erschüttert wurde. Seine Beiträge über die Röthelfrage sowie die im Anschlusss an meine Arbeit: «Ueber die Betheiligung der Schleimhäute bei den akuten Exanthemen» verfassten Aufsätze trugen bei, die Symptomatik dieser Infektionskrankheiten richtig zu deuten. Von Bedeutung für die Kinderheilkunde sind FLEISCHMAN's Monographie über Gehirntuberkel ferner seine Klinik der Pädiatrik, insbesonders die Abhandlung über die Anatomie und Physiologie des Säuglingmagens, die Körperwägungen der Säuglinge, der erste Zahndurchbruch des Kindes und die Schilderungen der Veränderungen des Kiefers in Folge von Rhachitis. Nach FLEISCHMAN's Ableben übernahm diese Kinderabtheilung Dr. FÜRTH, welcher vom Jahre 1878—1888 dieselbe führte. FÜRTH war stets bestrebt, den Ruf der übernommenen Abtheilung zu erhalten und zu heben. Innerhalb seiner zehnjährigen Thätigkeit wurden auf seiner Abtheilung 13.332 kranke Kinder behandelt. FÜRTH's Kurse wurden von 190 Hörern frequentirt und 6 Aerzte: BECK, HERTZKA, EISELBERG, SPIRER, Julius POLLAK verdanken der Thätigkeit FÜRTH's ihre Ausbildung in der Kinderheilkunde. FÜRTH's literarische Thätigkeit lieferte Beiträge zur Frage des Impferysipels sowie des Erysipels bei Neugeborenen, ferner zur Pathologie und Therapie der angeborenen Syphilis, der Rhachitis und eine Abhandlung über Erkrankungen des Nabels bei Neugeborenen.

Dr. HERZ wurde sein Nachfolger. Derselbe hatte im Jahre 1880 eine dritte Abtheilung geführt, die nach dem Tode FÜRTH's mit der ersten Abtheilung vereinigt wurde. HERZ hat an der allgemeinen Poliklinik vom Jahre 1880—1890 gewirkt. Während dieser Zeit wurden an seiner Abtheilung 6251 Kinder behandelt. Vier Assistenten, GRÜNWALD, LAUFER, KOHN, GALATTI haben bei ihm hilfsärztliche Dienste geleistet. und seine Kurse wurden von 110 Hörern frequentirt. HERZ hat eine grosse Reihe von Arbeiten veröffentlicht. Seine Abhandlungen über das Saugen der Neugeborenen, über Gangrän der Weichtheile, über akute Periostitis und Ostitis im Kindesalter. seine Beiträge über Fettentartung der Neugeborenen, über Darminvaginationen etc. sind wohl geschätzte Arbeiten, die dem Namen HERZ einen ehrenvollen Platz in den Annalen der Kinderheilkunde sichern. Dr. FRÜHWALD ist jetzt sein Nachfolger und führt diese Abtheilung seit zwei Jahren.

Bei der Gründung der allgemeinen Poliklinik wurde ich zum Vorstande der zweiten Kinderabtheilung gewählt und nun führe ich diese Abtheilung bis zum heutigen Tage. Es sind jetzt, meine Herren, 20 Jahre, dass ich ununterbrochen an dieser Stelle wirke. und es wird nicht ohne Interesse sein, einen Rückblick auf die hier entfaltete Thätigkeit zu werfen.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 3, 1893.

Meine erste Aufgabe war es, das nöthige Materiale zu beschaffen. Im ersten Jahre hatten wir die bescheidene Zahl von 1000 Kranken, alljährlich stieg aber die Anzahl der hilfesuchenden Kinder, so dass wir in den letzten Jahren die Zahl von 6000 erreichten. Während der zwanzigjährigen Thätigkeit haben wir auf unserer Abtheilung 79.639 Kinder behandelt. Auf Grundlage dieser Ergebnisse können wir wohl annehmen, dass es uns gelungen ist, das für den Unterricht nothwendige Materiale zu beschaffen. Es ist wohl begreiflich, dass ich stets die Nothwendigkeit empfunden habe, die poliklinische Abtheilung durch eine stationäre Klinik zu ergänzen, um in der Lage zu sein, den Unterricht so vollkommen als möglich zu gestalten. Meine langjährigen Bemühungen wurden von Erfolg gekrönt, und durch die hochherzige, grosse Spende der Herren Wilhelm und David v. GUTMANN ist unser Pavillon für kranke Kinder — als ein Theil unseres poliklinischen Spitals — entstanden, welcher in hervorragender Weise geeignet ist, sowohl für die Pflege kranker Kinder als auch den Unterricht in der Kinderheilkunde zu fördern.

Es erübrigt uns jedoch, um den fortwährenden Betrieb dieser Anstalt zu sichern, noch die nöthigen Geldmitteln zu schaffen, um die Kranken erhalten zu können. Wir hoffen, dass es gelingen wird, in nächster Zeit auch diese Aufgabe zu lösen.

Mein zweites Streben ging dahin, die nöthigen Hilfsärzte heranzubilden, die nicht allein die Kranken zu besorgen hatten, sondern thatkräftig das Krankenmateriale wissenschaftlich ausnützten und so eine Ausbildung in unserem Spezialfache erlangend, an der Bearbeitung mehrerer pädiatrischer Fragen theilnahmen. 12 Assistenten haben in diesem Zeitraume an meiner Abtheilung gewirkt und zwar: LÖWY, BANZE, JARISCH, EHRENDORFER, DEUTSCH, HRYNTSCHAK, FRANKL, REINHARDT, KRAUSS, SCHNIRER, BRUNNER, BERGGRÜN, POPPER und eine grosse Anzahl von Aspiranten, darunter GUEMBEL, BRUN, MYAMOTO, CZILLAG, die ein besonderes Interesse an den Tag gelegt haben.

Während unserer Thätigkeit auf der Poliklinik haben uns zahlreiche Fragen beschäftigt und ich will nur jener Arbeiten gedenken, die hier auf Grundlage unseres poliklinischen Krankenmaterials hervorgegangen sind.

Anschliessend an meine Arbeit über Thermometrie und Behandlung des Tetanus neonatorum, die ich bereits als Assistent der Kinderklinik veröffentlicht hatte, haben meine Assistenten EHRENDORFER, JARISCH und HRYNTSCHAK diesbezügliche Fälle bearbeitet und meine früheren Resultate über das Verhalten der Temperatur bei Tetanus neonatorum und über die Wirsamkseit der Calabarbohne und des Chloralhydrats bestätigt und ergänzt.

Nach dem heutigen Ergebnisse der bakteriologischen Forschung müssen wir jedoch die künftigen Fälle von Tetanus in dieser Richtung studiren, und in Anbetracht der erzielten Immunisirungsversuche die Serum-Therapie prüfen. Bei diesem Studium werden wir unsere Ansicht über die verschiedenen Formen des Tetanus nochmals kontrolliren und vielleicht in die Lage kommen zu begründen, dass je nach der Form des Tetanus neonatourm eine verschiedenartige Behandlung wird eingeleitet werden müssen.

Vielfach hat uns die Frage der Ernährung der Kinder beschäftigt. Zunächst haben wir uns mit den Methoden der Frauenmilchuntersuchung befasst und Dr. DEUTSCH hat einen lehrreichen Beitrag zur mikroskopischen Untersuchung der Frauenmilch geliefert. Nach zehnjährigen Beobachtungen habe ich selbst einige Ergebnisse der Frauenmilchuntersuchung feststellen können, die eine Anregung bilden, diese für die Praxis so wichtige Frage weiter zu verfolgen. Wir werden auch jetzt diese Untersuchung fortsetzen. Wir müssen hiebei trachten, sowohl die Methode der Untersuchung zu vervollständigen, als auch durch zahlreiche Beobachtungen, neue wichtige Ergebnisse zu gewinnen. Die sanitätspolizeiliche Regelung des Ammenwesen- war ein weiteres Thema einer Arbeit und gab die Anregung für die Behörde, das Ammenwesen gesetzlich zu regeln. Betreffs der künstlichen Ernährung haben wir Versuche, mit Kindermehlen angestellt, die von Dr. EHRENDORFER veröffentlicht wurden. Die hier gesammelten Erfahrungen trugen wohl dazu bei, den Werth der Kindermehle als Ersatz für Frauenmilch und Kuhmilch richtig zu stellen. In der gleichen Weise haben Dr BANZE und ich Erfahrungen über die Verwendbarkeit von BIEDERT's Rahmgemenge gesammelt. Ebenso wurden sorgfältige Beobachtungen über konservirte Milch, Lactin, peptonisirte Milch, Kumiss und Kefir von BANZE, HRYNTSCHAK, KRAUSS und von mir angestellt.

Mit allen diesen Beiträgen haben wir an der Bearbeitung der Lehre der künstlichen Ernährung nur in bescheidenem Maasse theilgenommen. Die Prüfung des Werthes der Sterilisirung der Milch ist Gegenstand eingehender Studien und wir werden demnächst in die Lage kommen, dieselben abzuschliessen.

Ich habe einige Beiträge zur Lehre des Dünndarmkatarrhs, und der Stuhlverstopfung geliefert und eingehende Studien über Darmirrigationen und ihren therapeutischen Werth, sowie über das Vorkommen von Taenia im Kindesalter angestellt. Dr. MYAMOTO hat sich eingehend mit dem Verhalten des Körpergewichtes bei Darmkrankheiten und Dr CZILLAG mit der manuellen Behandlung des Prolapsus ani befasst. Wir haben die Absicht, nachdem das Studium der Darmbakterien in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte gemacht hat, uns in Hinkunft mit der bakteriologischen Erforschung der Darmkrankheiten zu beschäftigen und hoffen auf diese Weise die klinischen Erscheinungen von einem anderen Gesichtspunkte aus beurtheilen zu können.

Ueber Croup und Diphtheritis habe ich eine Monographie veröffentlicht und in jüngster Zeit hat Dr. KRAUSS unsere Versuche mit Jodum tribromatum mitgetheilt.

Die zahlreichen Fälle von Luës congenita gaben uns Gelegenheit neue Erfahrungen betreffs der Heilbarkeit der Luës mit Ferr. jod. sacch, mit Hydrarg. tannic. oxydat. und der Verwendbarkeit der älteren und neueren Methoden zu sammeln. Dr. KRAUSS hat unser statistisches Materiale wissenschaftlich verwerthet. Die luëtische Erkrankung der inneren Organe muss in Hinkunft unsere Aufmerksamkeit auf sich lenken, und wir hoffen mit Hilfe der stationären Abtheilung in die Lage zu kommen uns mit dieser Frage zu beschäftigen.

Das Studium der Nabelkrankheiten gab uns den Anlass, einen Beitrag zur Lehre der Arteritis umbilicalis zu veröffentlichen und die Anwendung des Collodiumverbandes bei der Behandlung der Nabelringbrüche einzuführen.

Nachdem die genaue Beobachtung der Wachsthumverhältnisse der Kinder von hoher klinischer Bedeutung ist, haben wir uns eingehend mit dieser Frage beschäftigt und auf Grundlage fremder und eigener Beobachtung in übersichtlicher Weise die Wachsthumsverhältnisse der Kinder erörtert. Wir werden unsere diesbezüglichen Beobachtungen auch in der neuen Anstalt fortsetzen und zwar in der Absicht den Einfluss der Erkrankungen auf das Wachsthum der Kinder kennen zu lernen.

Eingehende therapeutische Beiträge wurden geliefert von Dr. BRUNN, über Verwendbarkeit des Podophillins und Podophilotoxin in der Kinderheilkunde, von HRYNTSCHAK über Anwendung von Propilamin bei Keuchhusten, von SCHNIRER über Antipyrin bei derselben Erkrankung, von HRYNTSCHAK zur Behandlung der Rhachitis mit Posphor, KRAUSS, Behandlung des Ikterus mit Darmirrigationen und dem faradischen Strom, Anwendung mehrerer neuerer Medikamente in der Kinderpraxis, CZILLAG, manuelle Behandlung der Enuresis nocturna. Wir müssen selbstverständlich die Prüfung neuer Medikamente betreffs ihrer Wirksamkeit und Verwendbarkeit in der Kinderpraxis fortsetzen.

Auf Grundlage der hier gemachten Beobachtungen habe ich mehrere die Aetiologie und Pathogenese der Stomatitis aphtosa betreffende Ergebnisse feststellen können.

Stets waren wir bemüht, interessante kasuistische Mittheilungen aus dem Gebiete der gesammten Kinderheilkunde, die uns für die Bearbeitung der betreffenden Kapitel beachtenswerth erschienen, zu liefern. Hieher gehören unsere Beiträge zur Lehre der Bauchtumoren und GUMPEL's lehrreiche Mittheilung über das Nierencarcinom, BANZES's Fälle von marantischer Sinusthrombose, von multiplen Tuberkeln des verlängerten Markes, von Tuberkel des Kleinhirnes, JARISCH's Fall von Tuberkel

des Pons Varoli und der Pedunculi cerebelli, mein Fall von Stenose des Coecum und des Ostium ileocoecale, mein Fall von Carbolsäurevergiftung, von gelber Leberatrophie, von Laryngostenose in Folge fremder Körper, von Kephalohämatom, von Morbus Addisonii und JARISCH's Fall von Tumor im hinteren Mediastinum.

Auch die bacteriologische Erforschung der Vulvovaginitis hat uns vielfach beschäftigt und Dr. BERGGRÜN hat die diesbezüglichen Resultate veröffentlicht.

In jüngster Zeit habe ich mit Dr. BERGGRÜN die chronischen Anämieen im Kindesalter auf Grundlage eingehender Blutuntersuchungen studirt und die diesbezüglichen Resultate monographisch dargestellt. Das interessante Studium der vom Blute bei den verschiedenen Erkrankungen dargebotenen Veränderungen werden wir mit Eifer fortsetzen, in der Anhoffnung, neue, für die Beurtheilung der klinischen Erscheinungen wichtige Anhaltspunkte zu gewinnen.

Nach dem Gesagten ergibt sich, das die sorgfältige klinische Beobachtung der Fälle, ergänzt durch chemische, bacteriologische und pathologisch-anatomische Untersuchung unsere künftige Aufgabe ist, die allmälig uns in Stand setzen wird, an der modernen Entwicklung der Kinderheilkunde einen regen Antheil zu nehmen.

Ich habe während meiner 20jährigen Thätigkeit 60 Kurse gelesen, die von 2135 in der Universitätsquästur inskribirten Hörern frequentirt wurden. Ausserdem hat noch eine grosse Anzahl von Gästen meine Vorlesungen besucht. Ich werde mit demselben Eifer und Interesse die Vorlesungen fortsetzen und wie bis jetzt Alles aufbieten, damit Sie durch Selbstbeobachtung die Grundzüge der Kinderheilkunde erlernen.

Die Grundlage der Kinderheilkunde ist eine eingehende Kenntniss der anatomischen und physiologischen Eigenthümlichkeiten des kindlichen Organismus. Es wird deshalb meine Sorge sein, Sie mit denselben vertraut zu machen: ich werde demnach auch fernerhin einmal wöchentlich die propädeutische Vorlesung halten, um Ihnen einen kurzen Ueberblick des normalen kindlichen Organismus zu ermöglichen.

Um eine Ausbildung in der Kinderheilkunde zu erlangen ist es ferner nothwendig, viele kranke Kinder zu untersuchen und zu beobachten. Das poliklinische Krankenmateriale und die Kranken der stationären Abtheilung werden uns Gelegenheit bieten, eine grosse Zahl Kinder verschiedenen Alters mit verschiedenen Erkrankungsformen zu untersuchen und zu beobachten. Bei diesen Untersuchungen werden wir allmählig erlernen, in welcher sorgfältigen und eigenthümlichen Weise die Krankenuntersuchung bei den Kindern vorzunehmen ist und in welcher Weise hiebei vom praktischen Arzte die chemischen, bacteriologischen und mikroskopischen Methoden für die Stellung der klinischen Diagnose verwerthet werden können. Das von mir eingerichtete Laboratorium bietet uns die nöthigen Hilfsmittel, so dass die Herren nach Massgabe der vorhandenen Plätze in der Vornahme aller dieser Untersuchungen sich werden einüben und durch fleissige Uebung die Methodik werden aneignen können. Durch fortgesetzte Beobachtungen werden Sie bald einsehen, dass die Ergebnisse derartiger Untersuchungen bei Kindern häufig von jenen bei Erwachsenen verschieden sind und auf Grundlage der so gesammelten Erfahrungen werden Sie in der Lage sein, alle diese diagnostischen Hilfsmittel in richtigem Masse zu verwerthen.

Bei der grossen Anzahl von Fällen werden Sie die Krankenuntersuchung in allen ihren näheren Einzelheiten verfolgen und in verhältnissmässig kurzer Zeit einen Ueberblick gewinnen, in welcher Weise man bei der Mehrzahl der im Kindesalter vorkommenden Erkrankungen vorgehen muss, um die richtige Diagnose zu stellen.

Das poliklinische und liegende Krankenmaterial der stationären Abtheilung wird uns Anlass zu Vorträgen über den vorliegenden Krankheitsfall geben, wobei wir die dem Kindesalter eigenthümlichen Erscheinungen und die Abweichungen im Bilde und Verlaufe von den entsprechenden Krankheiten bei Erwachsenen hervorheben werden. Ausserdem, so weit die Zeit es zulässt, werden wir über die wichtigsten Kapitel, wie Ernährung, Darmerkrankungen etc. systematische Vorträge halten und hiebei in gedrängter Kürze die Hauptgrundzüge der Therapie besprechen. Auf der stationären Abtheilung werden wir den Verlauf mehrerer Erkrankungen beobachten und auch die Erfolge der angewendeten Behandlungsmethoden näher verfolgen.

So hoffe ich meine Aufgabe in diesen neuen Räumen in befriedigender Weise zu lösen. Allerdings sind unsere Geldmittel derzeit noch zu gering, um viele Kranke auf der stationären Abtheilung aufnehmen und verpflegen zu können. Wenn ich mich deshalb im Beginne in dieser Richtung auch beschränken muss, so hoffe ich dass alsbald der hochherzige Sinn unserer bisherigen Gönner, die hohe Regierung und die noch sonstigen kompetenten Behörden uns die fehlenden Mittel verschaffen werden, damit wir unsere didaktische und humanitäre Aufgabe in vollem Masse lösen können, zum Wohle der armen kranken Kinder und zur Ehre der pädiatrischen Wissenschaft!

Ueber Syphilis hereditaria tarda.

Von **Professor Dr. Neumann**,
Vorstand der Klinik für Syphilis an der Wiener Universität.

(Fortsetzung.*)

Wir wollen vielmehr gleich an die Sache selbst herantreten und da stellen sich uns sofort zwei wichtige Fragen:

1. Welchen Bedingungen muss ein Fall entsprechen, um unter den Begriff der «Syphilis hereditaria tarda» subsumirt werden zu können?

2. In welcher Weise äussert sich die Syphilis hereditaria tarda, und gibt es insbesondere gewisse Symptome, welche für diese Erkrankungsform charakteristisch sind und aus denen dieselbe auch ohne Zuhilfenahme anderer Momente diagnosticirt werden kann?

Die Beantwortung der ersten Frage gestaltet sich einfach. Es sind hiezu folgende zwei Momente erforderlich:

1. muss die Syphilis zur Zeit der Zeugung oder Gestation des betreffenden Individuums bei dessen Vater, Mutter oder bei beiden Eltern desselben vorhanden gewesen sein.

2. muss die Abwesenheit syphilitischer Affektionen für die ersten Lebensjahre des Kranken mit Sicherheit konstatirt sein.

Es liegt auf der Hand, dass wir nur sehr selten im Stande sein werden, diesen beiden Bedingungen vollständig zu genügen. Unterliegt schon die Beobachtung des Falles selbst und die sichere Erhebung seiner Antecedentien oft nicht geringen Schwierigkeiten, so wachsen diese noch ungemein, wenn es sich um Konstatirung des Gesundheitszustandes der Eltern des Kranken, oft zu einer ziemlich entfernten Zeit handelt.

Die Untersuchung des Kranken selbst wird uns in dieser Richtung wohl nur kärgliche Anhaltspunkte gewähren. Immerhin wird es für die hereditäre Natur einer syphilitischen Affektion sprechen, wenn wir z. B. im Stande sind bei weiblichen Kranken ein intaktes Hymen nachzuweisen oder wenn bei Knaben die Genitalien in ihrer Entwicklung noch derart zurückgeblieben sind, dass an eine Entwicklung der Syphilis auf genitalem Wege nicht wohl gedacht werden kann. Es ist jedoch einleuchtend, auf wie schwachen Füssen eine derartige Argumentation steht. Abgesehen von häufigem Missbrauch sexuell noch nicht entwickelter Kinder erfolgt ja die Infektion, wie bekannt, häufig auf extragenitalem Wege! Es ist somit dieses Moment, wenn auch nicht zu vernachlässigen, dennoch für die hereditäre Natur einer syphilitischen Affektion absolut nicht beweisend, und sind wir gezwungen, behufs Feststellung derselben, auch die Familie des Kranken, seine Eltern und Geschwister in unser Calcul einzubeziehen.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 2, 1893.

Es ist natürlich, dass wir womöglich beide Eltern des Kranken einer genauen Untersuchung zu unterziehen und insbesondere die anamnestischen Momente auf das Sorgfältigste zu erheben haben werden. In einzelnen Fällen wird die seinerzeitige Anwesenheit eines syphilitischen Initialaffektes, eines spezifischen Exanthems etc. mit Sicherheit nachzuweisen und in eine der Geburt des Kranken vorausgegangene Periode zu verlegen sein; ein ander Mal wieder werden die Spuren einer zu der oder jener Zeit abgelaufenen Iritis oder die Angabe, es sei damals oder damals vor der Geburt des Kranken eine mit lebhaften, namentlich Nachts exacerbirenden Schmerzen verbundene Knochenauftreibung vorhanden gewesen, zur Stütze unserer Diagnose dienen. Vor allem Anderen sei aber hier auf ein Symptom hingewiesen, welches als besonders wichtig und charakteristisch unsere vollste Aufmerksamkeit verdient und auf welches zu inquiriren wir in einem solchen Falle daher nie unterlassen dürfen; ich meine die bei Ehen Syphilitischer so häufige Polymortalität der Nachkommenschaft. Wo wir dieser Erscheinung begegnen, wo wir im Stande sind nachzuweisen, dass der Geburt des betreffenden Individuums mehrfache Abortus vorausgegangen oder dass mehrere ältere Geschwister desselben in jugendlichem Alter an suspekten Erkrankungen zu Grunde gegangen sind, werden wir wohl mit hoher Wahrscheinlichkeit die elterliche Syphilis zur Zeit der Zeugung voraussetzen können, und unsere Annahme erhebt sich fast zur Gewissheit, wenn wir im Stande sind bei dem Vater, der Mutter oder bei einzelnen namentlich älteren Geschwistern des Kranken sichere Symptome von Syphilis nachzuweisen, oder wenn mehrere Geschwister sich als immun gegen das syphilitische Virus erwiesen haben. Es ist daher aus den letztangeführten Gründen in strittigen Fällen die Untersuchung der Geschwister ebenfalls nicht zu unterlassen.

Was nun schliesslich die zweite der oben angeführten Bedingungen betrifft, nämlich die Konstatirung der Abwesenheit syphilitischer Affektionen für die ersten Lebensjahre des Kranken, ist natürlich zu diesem Zwecke die genaueste Untersuchung des Kranken nothwendig und werden wir hiebei namentlich auf die Narben oder Pigmentationen an den Genitalien, in der Cirkumanalregion, an den Mundwinkeln, auf eventuelle Residua abgelaufener Exantheme zu achten haben.

Leider sind wir auch bei genauester Beobachtung aller dieser Momente nur allzuselten im Stande, den gestellten kritischen Anforderungen vollkommen zu entsprechen. Am ehesten bietet noch die Privatpraxis einzelne derartige Fälle, indem man hier im Stande ist den Gesundheitszustand einzelner Familien viele Jahre hindurch zu verfolgen und indem wir ja speziell bei syphilitischen Ehepaaren allen Anlass haben werden, etwaigen Erkrankungen der Kinder unsere volle Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Wie aber, wenn die oben angeführten Kriterien nicht zu unserer Verfügung stehen, wenn namentlich die anamnestischen Daten unzureichend, unzuverlässig, die Eltern der betreffenden Individuen todt oder nicht zu ermitteln sind, wie dies ja namentlich in der Spitals- und besonders in der ambulatorischen Praxis so häufig vorkommt?

Dann sind wir gezwungen, unsere zweite Frage in Erwägung zu ziehen, die Frage nach der Erscheinungsweise, den Symptomen und insbesondere nach gewissen pathognomonischen Kennzeichen der Syphilis hereditaria tarda.

Wann tritt zunächst die Syphilis hereditaria tarda auf? Besitzt sie gewisse Altersgrenzen und wie vertheilt sie sich auf die verschiedenen Lebensalter? Wir haben schon eingangs erwähnt, dass FOURNIER, als untere Altersgrenze das vollendete dritte, als oberste das achtundzwanzigste Lebensjahr ansetzt, andere Autoren berichten über Fälle in einem weit vorgeschrittenerem Alter, so LANCERAUX (41 Jahre), RICORD (40 und 44 Jahre), MELCHIOR ROBERT (42 und 65 Jahre).

Wir entnehmen die folgende statistische Tabelle, welche uns über die Vertheilung der tardiven hereditären Syphilis auf die verschiedenen Altersklassen Aufschluss gewährt, einer interessanten Abhandlung AUGAGNEURS[8]) (Etude sur la syphilis héréditaire tardive, Lyon 1879).

Alter	Weiber	Männer	in Summa
4 Jahre	0	2	2
6 »	1	3	4
8 »	0	2	2
9 »	3	1	4
10 »	4	0	4
11 »	4	0	4
12 »	1	1	2
13 »	3	1	4
14 »	3	0	3
16 »	4	1	5
17 »	1	3	4
18 »	4	3	7
19 »	1	3	4
20 »	2	1	3
23 »	3	0	3
26 »	0	2	2
28 »	1	0	1
30 »	1	0	1
40 »	0	1	1
41 »	1	1	2
42 »	1	1	2
43 »	1	0	1
44 »	0	1	1
46 »	1	0	1
65 »	1	0	1

Wir ersehen aus dieser Zusammenstellung, wie die hereditäre tardive Syphilis vom 4. Lebensjahre an Häufigkeit langsam zunimmt, dann vom 10. bis beiläufig zum 18. Lebensjahre zu eine ansehnliche Ziffer erreicht, um, nachdem sie vom 15. bis 18. Jahre um die Zeit der sich vollendenden Pubertät den Gipfel der Haufigkeit erklommen, erst langsam, von der Mitte der Zwanziger Jahre angefangen rasch auf eine geringe Zahl von Fällen abzusinken. Die erhöhte Häufigkeit der Syphilis innerhalb der Pubertätsjahre, zu einer Zeit, innerhalb welcher die Geschlechtsorgane zur vollkommenen Ausbildung gelangen und der ganze Organismus plötzlich, gleichsam wie mit einem Triebe den kindlichen Habitus abstreift um einer vollkommeneren, kräftigeren Entwicklung entgegenzureifen, ist eine bekannte und hochbedeutsame Thatsache. Von minderem Gewichte ist ein anderer Umstand, der aus obiger Tabelle hervorzugehen scheint, die überwiegende Häufigkeit der hereditären tardiven Syphilis beim weiblichen Gechlechte. Von 83 Fällen, welche AUGAGNEUR aus den Publikationen der verschiedensten Autoren, zum Theile auch aus seiner eigenen Praxis gesammelt, betreffen 52, also 3/5 weibliche Kranke. Indessen dürfte dieses Ueberwiegen des weiblichenGeschlechtes wohlaufdenUmstand zurückgeführt werden können, dass man bei Männern, wenn dieselben erst ins mannbare Alter getreten, bezüglich der Annahme einer hereditären Acquisition der Lues sich skrupulöser zu verhalten pflegt und immer eher geneigt ist eine solche auf genitalem Wege vorauszusetzen als bei Mädchen, bei denen man häufig aus persönlichen Gründen eine Ansteckung auf genitalem Wege von der Hand weist, und welche überdies in ihrem Hymen, einen wenn auch keineswegs sicheren Zeugen ihrer unverletzten Virginität besitzen.

Was nun die Art anlangt, unter welcher die Syphilis hereditaria tarda an den von ihr befallenen Individuen in Erscheinung tritt, so fällt zunächst eine Eigenthümlichkeit in die Augen, welche derartige Kranke oft in hervorragendem Grade aufweisen: eine Hemmung in der allgemeinen Entwicklung, dasjenige, was FOURNIER als «Infantilismus» bezeichnet. Solche Individuen sind klein, schwächlich, von zartem Knochenbau

[8] L. c. 1 p. 70.

und schlecht entwickelter Muskulatur; ihre Haut von einem eigenthümlich fahlen Kolorit, ihre Geschlechtsorgane sind wenig entwickelt, Busen, Schamhaare und Bart kommen spät und spärlich zur Entwickelung, kurz die Individuen sind in ihrer Erscheinung um etliche Jahre hinter ihrem Alter zurück. So erschien z. B. ein 18jähriger Patient LEWIN's [1]) kaum 12—14 Jahre alt, ein anderer 19jähriger, den KLINK [2]) beschreibt, machte den Eindruck eines 12jährigen Knaben, ein Fall von LASCHKEWITZ [3]) erschien statt 24 kaum 12 Jahre alt, und in einem von FOURNIER aus seiner eigenen Praxis citirten Falle machte ein 14jähriges Mädchen den Eindruck eines 6—7jährigen Kindes. Mit dem zurückgebliebenen Wachsthum hält die Entwickelung der Intelligenz und der sonstigen Fähigkeiten gleichen Schritt. Solche Individuen beginnen ungewöhnlich spät zu gehen, erscheinen meist geistig zurückgeblieben, lernen spät und unvollständig sprechen, ihr Wortschatz ist ein auffallend geringer, ihr Charakter und ihre geistigen Fähigkeiten halten mit der verzögerten geistigen Ausbildung gleichen Schritt, so dass derartige Kranke oft kindisch, schwachsinnig, ja mitunter als vollkommene Idioten erscheinen. Der geringen Ausbildung der Sexualorgane haben wir bereits vorübergehend Erwähnung gethan. So erscheinen die Testikel klein, schlaff, die Vagina eng, Uterus und Ovarien sind, wie man sich bei Sektionen zu überzeugen Gelegenheit hatte, wenig ausgebildet, die Menstruation tritt spät ein; Schamhaare, Bart, Busen bleiben im Wachsthum zurück; die Retardation des Wachsthums erstreckt sich auf alle Organe des Körpers dergestalt, dass z. B. auch die Zähne verspätet zum Vorschein kommen, wie denn z. B. DEMARQUAY über einen Fall referirt, in welchem ein 14jähriges Kind noch keinen einzigen Zahn aufwies und ausserdem noch nicht im Stande war zu gehen. Eine ähnliche Beobachtung von LANCEREAUX [4]) bezieht sich auf einen Kranken, «dessen seitliche Schneidezähne und Eckzähne im Alter von 12 Jahren kaum die Alveolen verlassen hatten». Hochgradige Anämie, Drüsenschwellungen, verschiedenartige Knochenaffektionen vervollständigen in vielen Fällen das Bild der Syphilis tarda.

Wir wollen auf einzelne dieser Punkte im folgenden des Näheren zurückkommen. Hier sei konstatirt, dass es kaum ein Organ am ganzen Körper gibt, welches die Syphilis tarda nicht gleich der acquirirten Syphilis gelegentlich in Mitleidenschaft zu ziehen vermöchte. Haut und Schleimhäute, Muskel und Knochensystem, Gelenke, Eingeweide, namentlich die Leber, endlich auch die Sinnesorgane erscheinen mehr oder minder häufig durch die Syphilis hereditaria tarda in Mitleidenschaft gezogen.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber ein bisher nicht beschriebenes Symptom von hereditärer Syphilis

Von **Dr. Antonino Carini**, Dozenten an der Universität in Palermo.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Schlussbetrachtungen.

In meinen klinischen Fällen fanden Sie regelmässig in den ersten Stunden nach der Geburt und für die Dauer von einer bis zwei Wochen und zwar bei Kindern, bei welchen die hereditäre Syphilis sichergestellt war, und bei anderen, wo diese zweifelhaft erschien, ein Symptom, das im ersten Monat als eine Coincidenz mit anderen Manifestationen der erblichen Syphilis angesehen werden könnte, das aber die Thatsachen und der Verlauf der Krankheit nicht als solches erscheinen lassen, und dieses Symptom ist der **Singultus**.

Im physiologischen Sinne versteht man unter Singultus eine spasmodische, schroffe und unwillkürliche Kontraktion des Zwerchfells mit einer gleichzeitigen Kontraktion der Glottis. Der durch diesen Krampf des Diaphragma rasch in die Brust gelangende Luftstrom bricht sich an den gsepannten Glottislippen, woselbst sich ein charakteristisches Geräusch erzeugt, welches man eben als Singultus bezeichnet. Unter den häufigsten ihn veranlassenden Ursachen müssen die abnormen Magenempfindungen angeführt werden, welche durch zu rascher Einführung von Nahrungsmitteln, alkoholischen oder mit Kohlensäure stark beladenen Getränken bedingt werden, und bei Kindern der Druck, den zu enge Binden auf das Zwerchfell üben, oder die Einführung von kalten Getränken, oder das Bad, oder die zu starke Kompression des Magens oder der Cardia, wenn der Säugling zu eng an die mütterliche Brust gehalten wird.

In meinen Fällen kann keines dieser Momente als Ursache des Singultus angesprochen werden.

Die Darmentleerungen waren stets normal; keine Zurückhaltung von Meconium oder irgend ein anderer Umstand, von welchem der Singultus hätte abhängen können. Desgleichen ist eine Hirnaffektion auszuschliessen, die, wie bekannt, in der gleichen Weise wie sie Kontraktionen in den anderen Muskeln veranlasst, auch krampfartige Bewegungen des Diaphragma hervorzurufen vermag.

Nach Ausschluss der obgenannten Ursachen blieb also nichts anderes übrig als eine neurasthenische Anlage der centralen Nervenapparate und im Besonderen des bulbären Centrums anzunehmen. Und dass diese Annahme zulässig ist, erhellt aus der Erwägung, dass bei Kindern, die mit hereditärer Syphilis behaftet sind, die Toxicität des Blutes, indem sie Ernährungsstörungen in den Nervencentren verursacht, sehr wohl zu pathischen Aeusserungen Anlass geben kann.

Der Singultus bei der hereditären Syphilis muss demnach als eine pathologische Reflexbewegung betrachtet werden, oder besser, er wird bestimmt durch eine neuropathische Anlage, zu deren Entwicklung die Specificität des Blutes bei syphilitischen Kindern wesentlich beiträgt.

Dies angenommen, sehen wir nach, ob sich in der pädiatrischen Literatur dieses Symptom erwähnt findet, welches nach meinen Erfahrungen der Coryza vorausgeht und das erste äussere Zeichen der hereditären Infektion bildet.

Aus meinen eifrigen Nachforschungen in der betreffenden Literatur scheint hervorzugehen, dass bisher Niemand sich damit befasst hat, das fragliche Symptom, als zu den Erscheinungen der hereditären Infektion gehörend, hervorzuheben. Es sind Fälle von andauerndem Singultus bei Erwachsenen oder als Manifestation anderer Krankheiten mitgetheilt worden, aber keiner, der sich mit meinen Beobachtungen vergleichen liesse.

So berichtet CARCASSONE über einen Fall bei einem Mann von 22 Jahren, der oberhalb des Nabels einen Stoss erhielt. DUMONTPALLIER theilt den Fall eines 60jährigen Mannes mit, welcher nach der Faradisation des N. phrenicus von seinem hartnäckigen Singultus genas. CAVASSE erzählt von einem 10jährigen Mädchen, das an Helminthiasis und Singultus litt, welch' letzterer bereits vier Wochen dauerte: das Schluchzen hörte plötzlich auf, nachdem der kleinen Patientin ein Abführmittel verabreicht wurde, welches mehrere Ascariden zu Tage förderte. LOQUET beobachtete das Phänomen in Folge Verengerung der Speiseröhre, und zwar in heftigerem Grade in den Fällen, bei welchen die Stenose unterhalb des Zwerchfells sich befand. Er theilte auch einen Fall mit, der in Folge eines Sturzes auf die Nabelgegend entstanden war. Von grossem Interesse sind ferner die Beobachtungen LOQUET's bei Erkrankungen der Prostata (Verletzungen, Abscesse, Tuberkel, Krebs), wo er den Singultus für eine sehr häufige Erscheinung hält.

[1]) L., Ueber Syphilis hereditaria tarda.
[2]) K., Arch. of dermatology 1878, p. 189.
[3]) L. Ueb. Syph. h. t., Arch. of Dermat. 1878.
[4]) L., traité de la syph. 2 Ed. p. 442.
*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 1 und 3 1893.

Dehio beobachtete das Phänomen bei einem neurasthenischen Kranken im Verlaufe einer akuten Gastro-Enteritis, und er konnte es häufig hervorrufen durch peripherische Reize, die sich nicht nur auf das Diaphragma, sondern auch auf die anderen normalen und accessorischen Inspirationsmuskeln ausdehnten, so dass solcher Art der plötzliche stereotypische Schluss der Glottis erfolgte. Viele Fälle von Singultus sind auch bei der chronischen Myelitis beschrieben worden, bei welcher die Läsion auch die oberen Partieen des Halstheiles des Rückenmarkes in Mitleidenschaft gezogen hatte, mit gleichzeitigen Sprach- und Deglutitionstörungen.

Der Singultus bei der hereditären Syphilis ist also von anderen Autoren bisher noch nicht beschrieben worden. Es ist ein häufiges Symptom, welches 10 bis 20 Tage hindurch dauert und der Coryza sowie anderen Symptomen der hereditären Syphilis vorausgeht. Es ist viel lästiger in den ersten Lebenstagen. Häufiger tritt es gleich nach Geburt oder wenige Stunden nach derselben auf.

Das geschilderte Phänomen, das sonst jeder medikamentösen Behandlung trotzt, verschwindet wie durch Zauber, wenn man, nach Feststellung der hereditären Syphilis oder auch nur bei dem Zweifel, dass die Eltern syphilitisch sind, der Mutter Jodkalium in grösseren Dosen und dem Kinde Liquor Van Swieten verabreicht.

Der Singultus bei syphilitischen Kindern beruht nach dem Gesagten auf einer neuropatischen Diathese, zu deren Entwicklung die Syphilis wesentlich beiträgt.

Vorläufige Mittheilung über die Innervation der Hautgefässe.

Von **Dr. P. Hasterlik** und **Dr. A. Biedl.***)

Morat hat in einer in den Archives de physiol. norm. et pathol. 1892 erschienenen Publikation «Les fonctions vasomotrices des racines postérieures» nach langjähriger Opposition die Richtigkeit der von Stricker gemachten Entdeckung, dass die Vasodilatatoren in den hintern Rückenmarks-Wurzeln verlaufen, vollständig bestätigt. Diese Publikation veranlasst uns einen Theil unserer Experimente über denselben Gegenstand zu veröffentlichen. Wir haben bei einem und demselben Hunde sowohl die hintern Ischiadicus-Wurzeln als auch einen vom untern Theil des Bauchsympathicus zu demselben Ischiadicus abgehenden Ast dem Experimente unterworfen und gelangten zu folgenden Resultaten: In diesem Sympathicus-Aste lassen sich experimentell, nach den gebräuchlichen Methoden, nur Vasoconstrictoren, in den entsprechenden hintern Wurzeln des Ischiadicus hingegen nur Vasodilatatoren nachweisen.

Man hat also die im Nerven gemischt verlaufenden, antagonistisch wirkenden Vasomotoren in den Ursprungsgebieten der Nerven räumlich getrennt vorliegen. Wir haben auch ohne Durchschneidung des Rückenmarkes an schwach curarisirten Hunden experimentirt und hatten meist so sichere Erfolge, dass wir unser Experiment mit Hilfe des Episcops in den Vorlesungen des Herrn Prof. Stricker demonstriren konnten. Bei 10, an curarisirten Thieren angestellten Versuchen, konnten wir 8 mal durch Reizung der hintern Ischiadicus-Wurzeln in den betreffenden Hinterpfoten des Versuchsthieres Temperatursteigerungen von 1—10 Grad Celsius erzeugen, zweimal blieb jedoch der Erfolg aus.

Wir werden in einer ausführlichen Publikation Gelegenheit haben uns näher über diese Erscheinungen auszusprechen.

---

*) Mitgetheilt von Dr. Hasterlik in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 13. Jänner 1893. (Autoreferat.)

Militärärztliche Zeitung.

Unser Militär-Sanitätswesen und dessen zeitgemässe Reorganisirung.

(Fortsetzung *)

Die prinzipielle Durchführung der Nichtstabilität bei einem überangestrengten Dienste einerseits, auf der anderen Seite grösstmöglichste Verantwortlichkeit und doch keine Selbstständigkeit, keine Gleichstellung in Bezug auf die Offizierstellung, in Bezug auf Chargenverhältnisse — das war die bedeutendste Ursache des beinahe massenhaften Ausscheidens der Militärärzte aus dem aktiven Dienste, des wirklich auffallenden absoluten Mangels entsprechenden Nachwuchses. Der Staat dürfte nur in seinem eigenen Interesse handeln, wenn künftig die Aerzte mehr stabilisirt werden.

Es ist behauptet worden, dass die Aerzte Civilpraxis ausüben, was sich mit dem Begriffe eines Combattanten nicht verträgt. Das ärztliche Honorar ist als ein Ehrensold, und nicht in dem Sinne, wie eine Schneiderrechnung aufzufassen. Uebrigens ist die Annahme eines literarischen Honorars von Seite eines Combattanten nie als etwas den Offiziersstand Herabsetzendes betrachtet worden. Der Arzt ist ferner von dem Eide, den er bei der Promotion geschworen, jeder Aufforderung zu einem Kranken unbedingt zu folgen, als er in die Armee eintrat, nicht entbunden worden. Wenn ein Kranker mit vollem Vertrauen dem Militärarzte naht, darf dieser jenem die erbetene Hilfe nicht verweigern. Der Militärarzt wird wohl den Takt haben, von einem Armen kein Honorar zu verlangen, aber er kommt auch nicht dazu, einem Wohlhabenden gegenüber den Uneigennützigen zu spielen. Da der Arzt fast durchwegs mit jungen kräftigen Menschen zu thun hat, so bliebe ihm ohne Civilpraxis das ganze Heer von Krankheiten des Säuglings-, Kindes- und Greisenalters, sowie des weiblichen Geschlechtes eine terra incognita.

Wenn der Militärarzt Praxis übt, hier seine Kenntnisse erweitert, und so zu einem tüchtigen schlagfertigen Arzte wird, so haben die Armeeoffiziere die moralische Ueberzeugung, in ihrer Mitte einen Militärarzt zu besitzen, dem sie unbesorgt ihr, ihrer Frau und Kinder Leben und Gesundheit anvertrauen dürfen. Abgesehen davon, dass der Armeeoffizier jeder Betheiligung des Militärarztes an der Civilpraxis mit der grössten Befriedigung zusehen sollte, steht ihm kein moralisches Recht zu, den combattanten Arzt durch Verweigerung der Ausübung der ärztlichen Praxis unfähig zu machen. Der Militärarzt ist dann auch in der Lage, sich durch Studium der neueren Literatur auf der Höhe der Zeit zu erhalten und alle grossen Errungenschaften der jüngeren Heilkunde auch beim Soldaten zu verwerthen.

Bei den verschiedenen Manövern wird an das physische Können des Arztes eine Anforderung gestellt, der er fast nicht entsprechen kann, da er ununterbrochen bei den Erschöpften auf der Marschlinie zu thun hat und im Bivouak seiner erst eine harte Arbeit wartet. Der Arzt sollte daher wo möglich auch in Friedenszeiten beritten gemacht werden.

Im Interesse des Dienstes ist ferner eine Ausregimentirung der Militärärzte zu befürworten. Es gibt eben tausende Anlässe im Leben des Militärarztes, wo er im Interesse der Konservirung des Mannes Anträge stellen muss, ohne Rücksicht, ob sie dem Commandanten angenehm sind oder nicht. Und wie leicht stosst er da an! Will man aber diesen Eventualitäten aus dem Wege gehen, dann gebe man den Militärärzten eine andere Dienstesinstruktion, welche sie nicht zwingt, nur zu oft im Interesse der Konservirung des Mannes aufzutreten. Bleibt aber die alte Instruktion in Kraft, dann ebne man dem Militärarzte insoferne die Wege, als sonst ein wiederholtes Straucheln auf diesen jeden abschrecken wird, das zu thun, zu dem er verpflichtet ist.

Zu einem Stabe vereinigt, gleichwie es mit den Genieoffizieren der Fall ist, welche nicht bei ihrer Truppe eingetheilt sind, mögen auch die künftigen Sanitätsoffiziere, ausgenommen jene, die in der Sanitätstruppe eingetheilt sind, zu einem Stabe unter dem Oberbefehle des Sanitätskorpschefs vereinigt werden. Von da aus möge

---

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 3, 1893.

ihre Zutheilung an die einzelnen Garnisonen, wenn es nicht anders geht, an die einzelnen Truppen geschehen, aber unter der Aufrechterhaltung des Disziplinarrechtes ihrer direkten Vorgesetzten, also des Sanitätschefs ihrer Garnison, respektive des Divisions- und Korps-Sanitätschefs. Auf diese Art werden die Sanitätsoffiziere mit voller Freiheit und Unabhängigkeit ihrer Pflicht genügen können.

Im Reorganisations-Entwurfe müsste daher aufgenommen werden:

1. Die Sanitätsoffiziere sind zu einem Stabe, dem Sanitätsstabe vereinigt und werden den einzelnen Garnisonen nach Bedarf zugetheilt.

2. Das Offizierskorps der Sanitätstruppe bildet auf dem Sanitätsstabe einen Konkretualstaud und trägt wie die Sanitätstruppe den Czako als Kopfbedeckung.

3. In grösseren Garnisonen fungirt der rangälteste Sanitätsoffizier als Sanitätsdirektor, welcher den gesammten Sanitätsdienst in der Garnison kommandirt und Hilfsorgan des Stations-Kommandanten ist. Er untersteht im Wege des Divisions-Sanitätschefs dem Sanitätschef des betreffenden Korpskommandos.

4. Im Frieden werden Transferirungen ohne Beförderung nur ausnahmsweise und nur in besonders motivirten Fällen vorgenommen.

5. Dem Sanitätsoffizier ist das Tragen der Civilkleider ausser Dienst gestattet, damit derselbe durch Ausübung der Civilpraxis seine Kenntniss erweitere.

Wird dem jungen tüchtigen Civilarzte in der Armee eine angesehene selbstständige Stellung eingeräumt und auch für dessen Fortkommen gesorgt, so ist für einen genügenden Nachwuchs Rechnung zu tragen. Da aber die Armee tüchtige, militärisch erzogene Aerzte braucht, ist eine Reaktivirung der Josefs-Akademie ganz nach dem Muster anderer Staaten erwünscht. Heutzutage muss der Sanitätsoffizier Arzt und dann — Soldat sein, denn als solcher erst kann er das Kommando auf dem gesammten Gebiete des Militärsanitätswesens übernehmen. Soll aber der künftige Sanitätsoffizier als ein den anderen Offizierskorps vollkommen gleichwerthiges und gleichgestelltes Mitglied der Armee auftreten, so muss er auch eine militärische, wenn auch eingeschränkte Ausbildung genossen haben. In ihm müssen durch eine längere streng militärische Führung diejenigen Soldatentugenden geweckt werden, welche den Armeeoffizier zieren. Persönlicher Muth, Entschlossenheit, offener, redlicher Sinn, rasches, zielbewusstes Handeln, ein durchaus militärischer Geist müssen seine geistigen Embleme sein, welche, gepaart mit seinem speziell technischen Wissen und Können, denselben befähigen sollen, den modernen Sanitätsoffizier zu repräsentiren. Darum kann nie genug betont werden, wie dringend nöthig, wie nahezu eine Existenzfrage bildend, eine militärische und speziell technische Ausbildung des künftigen Sanitätsoffiziers unter — rigorosester Strenge angestrebt werden soll und auch durchgeführt werden muss.

Eine eigene Anstalt zur Heranbildung von Militärärzten müssen wir haben! Möge aber die Armeeleitung nicht von der falschen Ansicht ausgehen, dass sie diese Anstalt haben muss, um den Nachwuchs zu sichern, sondern sich nur von dem Wunsche leiten lassen, militärisch erzogene Militärärzte zu besitzen. Auf einer moralischen Grundlage aufgebaut, um eines moralischen Zweckes Willen erhalten, hätte eine solche Anstalt somit die Aufgabe, der Armee tüchtige, im militärischen Geiste aufgezogene Aerzte zu geben. Alle grösseren Staaten haben militärärztliche Fachschulen und die österreichischen Militärärzte haben daher alle Ursache, ihre Kameraden in Deutschland, Frankreich, England, Italien gründlich zu beneiden. Die Josephs-Akademie wurde im Jahre 1870, ohne zwingende Noth, ohne irgend einen plausiblen Grund, dem Verderben preisgegeben.

Es sollte daher eine Schule auf administrativem Wege errichtet werden, welche das Gute hätte, minimale Auslagen zu beanspruchen. Man konzentrire sämmtliche Einjährig-Freiwilligen, bereits den Doktorgrad besitzenden Mediziner, insoferne sie auf die einstige Beförderung zum Sanitätsoffizier reflektiren, in der Sanitätsabtheilung Nr. 1 des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien. Die Erhaltung der bisherigen Einjährig-Freiwilligen-Mediziner fällt ohnehin dem Staate beinahe ausnahmslos zur Last, somit werden die Zöglinge der künftigen Applikationsschule kaum Bedeutenderes mehr kosten. Das Garnisonsspital gebietet über ausreichendes Lehrmaterial, besitzt noch an Lehrmitteln einzelne Trümmer der bestandenen Josephs-Akademie, Lehrkräfte dürften sich doch finden lassen, und was die Hauptsache, hier hätten die Ungarn kaum das Recht zum Mitsprechen, somit wäre eine Störung des Planes von dieser Seite aus nicht möglich.

Der Lehrplan müsste dann beiläufig nachstehend zusammengesetzt werden:

1. Chirurgische Operationslehre und Uebungen, dann Verbandlehre mit praktischen Demonstrationen.

2. Militärhygiene in ihrer ganzen Ausdehnung, verbunden mit einem praktischen hygienisch-chemischen und mikroskopischen Kurse, ferners mit Exkursionen zu Etablissements und Einrichtungen von militärisch-hygienischer Bedeutung.

3. Untersuchung der Wehrpflichtigen am Assentplatze mit Durchführung der hier möglichen Augen- und Ohrenuntersuchungen.

4. Heeresorganisation.

5. Heeresadministration.

6. Heeres-Sanitätswesen.

7. Taktische Grundbegriffe, Rapportwesen, Befehlsgebung.

8. Etapen- und Verpflegswesen.

9. Gefechts- und Transportdienst, Gefechtsformation als besondere Uebung für die Sanitätsoffiziere.

10. Militärgeographie, Kartenlesen.

11. Reiten, Traindienst und Kolonnenführung, Vorweisen des Feld-Sanitäts-Ausrüstungsmateriales und genaues Studieren desselben.

12. Pferdekenntniss.

Nach Absolvirung dieses Kurses müsste sich jeder Frequentant einer schriftlichen und mündlichen Prüfung unterziehen, deren Bestehung denselben erst geeignet zum weiteren Avancement machen würde.

Derart ausgebildeten Sanitätsoffizieren könnte die Armee ruhig die selbstständige Prüfung des ganzen Militär-Sanitätswesens überlassen, denn sie würden dazu die möglichst beste Eignung besitzen. In Zukunft österreichischer Sanitätsoffizier zu werden, wäre dann für jeden jungen Arzt nicht nur ein finanzieller Vortheil, sondern auch eine Ehre. Der Materialismus unserer Zeit lässt auch den jungen, sonst noch nach Idealen schwärmenden Mann das Für und Wider genau erwägen, bevor die Wahl des künftigen Berufes getroffen wird. Dieser Zeitströmung muss daher auch Rechnung getragen werden, wenn man auf einen tüchtigen und dazu zahlreichen Nachwuchs rechnen will.

Jeder Stabsarzt ist ferner vom Momente seiner Ernennung an mehr oder weniger zur administrativen Leitung seines Dienstzweiges berufen, daher muss sich die Armeeleitung versichern, ob die Qualifikation der betreffenden Persönlichkeiten genügende Garantien für erspriessliches Wirken in dieser Dienstleistung biete. Es muss daher für die künftigen Sanitätsoffiziere ein Stabsoffizierkurs unbedingt errichtet werden. Dieser Kurs müsste wenigstens 6 Monate, und zwar während des Winters dauern, wo die Abkommandirung so vieler Aerzte minder empfindlich wäre. Die Zahl der Frequentanten müsste auf 25 beschränkt werden. Und erst die mit gutem Erfolge bestandene Prüfung würde das Anrecht geben, ein Avancement zum Sanitätsmajor zu gewärtigen.

Jeder Offiziersaspirant muss ferner durch strenge Wahl des Offizierskorps für würdig erachtet werden, in ihre Mitte zu treten. Ebenso soll es nach jeder Richtung und mit jeder Strenge bei den Sanitätsoffiziersaspiranten gehalten werden.

Das wären die hauptsächlichsten Punkte die, hier lose niedergeschrieben, bei einer künftigen Reorganisirung unseres Militär-Sanitätswesens organisch aneinandergereiht und entsprechend ausgedehnt die Basis für diese Organisation abgeben müssen.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

Sitzung vom 13. Jänner 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Krafft-Ebing: *Ein Fall von Polyneuritis bilateralis.*

Vortragender stellt einen 38 Jahre alten Landmann vor, derselbe war sonst nie krank. Potus und Luës ausgeschlossen. Im Juni 1892 acquirirte er eine Pneumonie, von der er sich bald erholte. um kurze Zeit darauf wieder bettlägerig zu werden u. zw. wurde er an beiden oberen Extremitäten gelähmt. Vorübergehende Anästhesie bis zu den Ellbogengelenken, Hyperästhesie von diesen abwärts, vorübergehende Dysphagie, Dyspnoë, rechtsseitige Schwerhörigkeit und reissende Schmerzen im Nacken, Rücken und im Gebiete des Ulnaris. Schwund der Muskulatur des Schultergürtels, die meisten Muskeln der oberen Extremität insufficient, ebenso der Pectoralis; in demselben meist abnorme oder ganz herabgesetzte elektrische Erregbarkeit, fibrilläre Zuckungen. Sensibilität intakt. tiefe Reflexe herabgesetzt, keine vasomotorischen Störungen. Differentialdiagnose schwankt zwischen Poliomyelitis anterior subacuta und Polineuritis bilateralis. Gegen erstere spricht nebst Anderem der relativ günstige Verlauf und der Mangel vasomotorischer Störungen. Dieser Fall wäre daher als ERB'sche Lähmung mit seltener Lokalisation zu deuten, wie er in der Literatur bis jetzt noch nicht beschrieben wurde. Es dürfte sich hier um einen postpneumonischen Prozess handeln, wie er auch bei anderen Infektionskrankheiten zur Beobachtung kommt. Die vorhandenen fibrillären Zuckungen würden beweisen, dass solche auch von einer Affektion der trophischen Centren unabhängig gedacht werden und auch bei Erkrankungen peripherer Nerven vorkommen könnten.

* * *

Riehl: *Ein Fall von Mykosis fungoides d'emblée.*

Die Knoten sind bei dieser Form schärfer begrenzt als sonst, braun-roth gefärbt, einzeln stehend, hie und da zu Aggregaten zusammengeflossen. Der Eruption geht weder Erythem noch Oedem voraus. Fälle dieser Art sind nur wenige bekannt, von Wien aus wenigstens wurde noch keiner beschrieben. Der vorgestellte Mann hat schon vor 2 Jahren Knoten am Unterschenkel gehabt, welche spontan mit Narbenbildung heilten. Das Allgemeinbefinden solcher Individuen bleibt oft 10—12 Jahre ungestört, bis sie an allgemeiner Kachexie zu Grunde gehen. Bei dieser Form tritt der letale Ausgang meist schon nach 2—3 Jahren ein. Die Aehnlichkeit mit bösartigen Neugebilden ist nur eine scheinbare, die Knoten sitzen nur in der Haut und im subkutanen Gewebe. Mikroorganismen konnten nach den Untersuchungen PALTAUF's nicht als Ursache der Erkrankung aufgefunden werden, so dass dieselbe als Prozess sui generis dahingestellt bleiben muss. Von Arsen wird hie und da ein guter Erfolg gemeldet. Auch in diesem Falle wurde die Arsentherapie versucht, trotzdem die ersten Knoten ohne Therapie zurückgingen.

* * *

Rie: *Demonstration eines Falles von Mikrocephalie.*

RIE stellt ein 13 Monate altes Kind vor, welches vor 5 Monaten wegen Mikrocephalie zum Zwecke der Verbesserung der Intelligenz und vorhandener intensiver Fraisenanfälle nach dem Muster LANNELONGUE's einer Operation unterzogen wurde. Bei der Aufnahme zeigte das Kind den charakteristischen Verlauf der Stirne, Stirnnähte als Leiste vertretend, Fontanellen nicht fühlbahr, Hände und Arme stets in Gottesanbeterstellung, sehr agil, allgemeine Hypertonie der Muskulatur, Widerstand bei passiven Bewegungen, apathisch, zahlreiche Fraisenanfälle. Seit der Operation hat sich beim Kinde vieles geändert. Unmittelbar nach der Operation nahmen die Anfälle zwar an Zahl und Intensität zu, um aber im Laufe der Zeit wieder abzunehmen, die frühere Theilnahmslosigkeit verschwand und das Kind kann heute durch Spielen leichter beschäftigt werden. VIRCHOW [illegible] die frühzeitige Verwachsung der Stirnnäthe als Ursache der [illegible]ocephalie (eine seither widerrufene Ansicht) an. Doch dürfte es sich um pathologische Hirnprozesse handeln, welcher Gefässveränderungen im Gebiete der Carotis interna zu Grunde liegen. Bezüglich der Trepanation waren die Meinungen bis in die letzte Zeit sehr getheilte und auch die durch dieselbe erzielten Resultate stimmten nicht überein. Auch in dem vorliegenden Falle wird erst die Zeit lehren, ob der günstige Erfolg der Operation ein bleibender ist.

GERSUNY, welcher das Kind operirte, machte die Operation, um das Wachsthum des Schädels zu ermöglichen. Zu diesem Behufe wollte er durch Hebung der einzelnen knöchernen Theile des Schädels die fehlende Beweglichkeit herstellen. Von einer Anzahl von radiären Schnitten aus wurde dann die Schädelhaut unterminirt und mit einer Zange, welche kleine halbmondförmige Schnitte herauschneidet, der Schädel, wie bei einer Sektion im ganzen Umfange durchtrennt. Es kam zu einer sehr starken Blutung und das Kind wurde sehr anämisch. Operation in 2 Zeiten mit 14tägiger Pause. Heilung nach 8 Tagen. Besserung des Zustandes.

KUNDRAT hält den Fall für keine typische Mikrocephalie, sondern glaubt, dass eine andere Hirnaffektion das Zurückbleiben des Schädels verschulde. Die Operation sei eine sehr gefährliche wegen der heftigen Blutung, die hier stets zu befürchten sei.

Hasterlik: Ueber Innervation der Hautgefässe. (Erscheint an anderer Stelle unseres Blattes.)

* * *

Herzfeld: *Ueber eine neue Methode der totalen Exstirpation des Uterus*

Nachdem HOCHENEGG 1888 seine Fälle von Mastdarmresektion nach KRASKE zum ersten Male in Oesterreich operirte, kam HERZFELD auf den Gedanken, diesen Weg auch zur Exstirpation des Uterus zu benützen. Gleichzeitig mit seiner damaligen Publikation sei auch eine vorläufige Mittheilung HOCHENEGG's erschienen, ohne detaillirte Angabe der bezüglichen Operationstechnik. Doch sei Vortragender erst viel später dazu gekommen, diese Methode an der Lebenden zu versuchen. Das Wesen der Operation besteht darin, dass man einen medianen Schnitt über das Kreuzbein bis zum Anus führt, das Steissbein stumpf loslöst die Ligam. tuberoso-sacra beiderseits durchschneidet und das Steissbein mit dem letzten Kreuzbeinwirbel resecirt. Die nun vorliegende Fascia prävertebralis wird auf der Hohlsonde gespalten, worauf man das Rectum sich von der weisslich durchschimmernden Scheide abheben sieht. An der Grenze zwischen Scheide und Rectum wird nun das Peritoneum durchschnitten, wodurch eine Lücke entsteht, die in die Bauchhöhle führt und durch die man sich den zu exstirpirenden Uterus nach aussen stülpt. Da nun die Möglichkeit vorliegt, dass Krebsmassen bei der Operation mit in die Bauchhöhle verschleppt werden, wodurch die Vermeidung einer Infektion ganz unmöglich und damit der Vorschub zu einer Recidive geleistet würde, legt HERZFELD das Hauptgewicht darauf, die peritoneale Lücke noch vor der Exstirpation des Uterus zu verschliessen. Der Uteruskörper wird nun durch die Lücke des Douglas nach aussen gestülpt. Dadurch kehrt sich die vordere Wand des Uteruskörpers nach oben, die Anheftungsgrenze des Uteruskörpers an die Blase zeigt sich als weisse Linie; an dieser macht man nun einen frontalen Schnitt und löst die Blase ab. Jetzt ist der Uterus seines peritonealen Ueberzuges entblösst und man näht nun die Ränder des Peritoneums aneinander, wodurch ein vollkommener Abschluss der Peritonealhöhle zu Stande kommt. Die Ligamente und Tuben werden nun abgebunden, die horizontal herüber verlaufende Arteria uterina unterbunden, der Uterus exstirpirt, das Lumen der Vagina vernäht und die vorhandene Lücke mit Jodoformgaze austamponirt. Vortragender stellt nun drei Frauen vor, bei denen die Operation mit bestem Erfolge ausgeführt wurde und berichtet dann noch über drei weitere Fälle von denen er die exstirpirten Uteri zeigt. Dieselben betreffen meist Frauen mit Carcinoma corporis Uteri oder der Portio. In einem Falle handelte es sich um eine Nullipara, bei der die vaginale Exstirpation durch die enge Scheide nicht möglich gewesen wäre. In einem anderen Falle musste die Carcinomoperation unmittelbar post partum vorgenommen werden. In einem Falle wurde der Ureter auf 6 *cm* isolirt. Ein weiterer Fall war dadurch belehrend, dass in Folge eines Pyosalpinx Peritonitis mit letalem Ende auftrat, welcher Fall darauf aufmerksam machte, die Tube früher zu unterbinden. HERZFELD stellt

nun für seine Methode folgende Indikationen auf und empfiehlt sie in folgenden Fällen:

a) Bei ausserordentlicher Grösse des Uteruskörpers und vermehrter Schwierigkeit der Operationstechnik bei der vaginalen Methode.

b) Bei Corpuscarcinom, damit nicht eine Infektion der Bauchhöhle stattfinde.

c) Bei Carcinomen, welche auf die Scheide oder auf die Parametrien übergegriffen haben.

HOCHENEGG gibt seinem Erstaunen Ausdruck, dass HERZFELD diese Methode als neue bezeichne, nachdem er dieselbe schon früher mehrmals demonstrirt habe. Der Abschluss der peritonealen Lücke könne nicht als wesentliche Modifikation bezeichnet werden und ausserdem könne von einem vollständigen Abschlusse der Bauchhöhle keine Rede sein, da die Ligamente noch hineinziehen. Unter 22 operirten Fällen waren bei ihm zwei tödtlich verlaufen. Die Priorität gebühre ihm und die Operationsmethode müsse demnach entweder die HOCHENEGG'sche oder sacrale Methode benannt werden.

HERZFELD erwidert, dass er die Frage der Priorität nicht aufgeworfen habe und auch hier nicht zur Sprache bringen wolle. Zu thun sei es ihm nur um die Anerkennung, dass er als ehrlicher Arbeiter hier mitgestritten habe.

Hofr. DITTEL verweist die Austragung dieser Angelegenheit auf den journalistischen Weg.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 16. Jänner 1893.

Eisenschütz: *Demonstration eines verbesserten Leberthranpräparates.*

Da die grössere Anzahl der Kinder der Einnahme des Leberthranes einen grossen Widerstand entgegensetzt, bemühte sich Vortragender seit einem ½ Jahre, den Leberthran durch Mischung mit Saccharin zu verbessern. Dabei zeigte sich aber der Uebelstand, dass das Saccharin in Aether nicht so leicht löslich ist, wie es in den meisten Büchern angegeben wird. Nun wurde in neuester Zeit von einer Saccharin erzeugenden Fabrik ein Präparat in den Handel gebracht, das in Aether leicht löslich ist. Der Apotheker MITTELBACH hat nun vier verbesserte Sorten von Leberthran in den Handel gebracht, welche von den Kindern stürmisch verlangt werden. Und zwar ist die Zusammensetzung dieser Sorten folgendermassen:

		Als weitere Zusätze werden gegeben entweder	
Ol. jec. Aselli	100·0	Ol. Menth. pip. gtt.	II
Saccharini	0·4	oder Ol. Cinamonii gtt.	1½
Aether acet.	2·0	oder Aether fragor.	2·0

Auf die Bemerkung MITTLER'S, dass die Kinder den Leberthran gerne in Bier nehmen, bemerkt EISENSCHÜTZ, dass dies nicht so leicht sei, da man den Kindern nur sehr geringe Quantitäten Bier geben könne.

* * *

Dr. E. Freund: *Die Verwerthung der medizinischen Chemie am Krankenbette.* (Fortsetzung.)

Vortragender wendet sich nun zur Besprechung der stickstoffhaltigen, stickstofffreien und anorganischen Bestandtheile des Harnes, wobei er die Beziehungen der Bestandtheile zu den mannigfachsten Krankheitsbildern berücksichtigt.

Von Ersteren sind Kreatinin und Xanthin noch nicht sehr erforscht. Wichtiger sind Indol, Skatol, Phenol, Brenz-Katechin, Hydrochinon u. s. w. Diese finden sich im Körper stets in Verbindung mit anorganischen Körpern, meist in Doppelverbindung mit schwefelsauren Salzen; ihre Menge beträgt nur einige Milligramme, kann aber unter pathologischen Verhältnissen auf das 10fache steigen. Sie finden sich besonders bei Fäulnissprozessen im Darme und jauchigem Zerfall von Eiweiss. Indikan fehlt demnach auch bei einfacher Koprostase. Indoxin findet sich bei Prozessen im Ileum, Skatoxin bei Fäulnissprozessen im Dickdarme. Werden Eiweisskörper mit Säuren oder Alkalien versetzt, so bilden sich als Endprodukte Indol und Skatol.

Urobilin zeugt von vermehrtem Blutkörperchenzerfall oder vermehrter Thätigkeit der Leber; Vermehrung findet man bei Cirrhosis hepatis, Verminderung bei Chlorose, Anämie und Hysterie. Melanin findet sich bei melanotischen Geschwülsten.

Gallenfarbstoffe finden sich vermehrt bei gehindertem Gallenabfluss, bei interstitieller Entzündung der Leber, Tumoren oder Gallensteinen, bei Morchel- oder Anilinvergiftung u. s. w., wo viele Blutkörperchen zerstört werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei Ikterus dem Auftreten von Gallenfarbstoffen Urobilinurie vorausgeht.

Im normalen Harn finden sich auch geringe Spuren von Ferment, Pepsin und Trypsin, ausser dem Sulfonalsäure.

E i w e i s s k ö r p e r: Alle Formen renaler Albuminurie beruhen auf histologischen Veränderungen des Nierengewebes oder auf Blutdruckveränderungen in den Glomerulis. Albuminurie kommt auch bei Gesunden vor, ohne dass ein pathologischer Prozess im Spiele wäre; eine physiologische Albuminurie gibt es aber nicht. Unbedeutend ist die Menge von 2 *gr* pro die, mässig 6—8 *gr*, sehr gross, wenn 10—12 *gr* pro die ausgeschieden werden. 28 *gr* ist die grösste Menge, die bisher per Tag ausgeschieden wurde. Dem Organismus stehen 6000 *gr* Blutserum mit 450 *gr* Albumen zur Verfügung; geben täglich 10 *gr* verloren, so muss es in einigen Wochen zu einer ausgedehnten Hydrämie kommen. Sind die Glomeruli und die Nierenkanälchen erkrankt, so kommt es zu einer Verminderung der Wasserausscheidung und der Salze. Sind nur die Glomeruli erkrankt, so dürfen wir dem Organismus kein Wasser zuführen, sind die Harnkanälchen afficirt, dann kein Eiweiss, weil der aus demselben gebildete Harnstoff reizend wirkt.

Im Harn finden sich zweierlei Eiweisskörper, und zwar A l b u m i n e, die im Wasser löslich, und G l o b u l i n e, die im Wasser unlöslich sind. Je mehr Globulin im Urin erscheint, desto ungünstiger die Prognose bei Morbus Brightii.

A l b u m o s e ist ein Uebergangskörper der Eiweisskörper während der Verwandlung in Peptone; sie erscheint als Vorbote von Nephritis und als ein ungünstiges Symptom von Nervenleiden. Peptone sind das Endprodukt der Wirkung des Magensaftes auf die Eiweisskörper und erscheinen bei Eiterungsprozessen, bei eiteriger Peritonitis und Meningitis, Abszessen und bei Resorption von Ex- und Transsudaten, Skorbut und bei toxischen Erkrankungen.

H ä m o g l o b i n erscheint im Harn bei manchen Vergiftungen, ebenso bei Einfluss von Kälte.

BRIEGER hat im Harn die P t o m a ï n e gefunden als krystallisirende Salzverbindungen. KOBLER gelang es diese Körper bei infektiösen Krankheiten, und zwar nach der Krise aufzufinden. In unserem Körper findet sich als Bestandtheil des Lecitin, das Cholin, welches basischer Natur, aber nicht giftig ist. Durch Entziehung eines Moleküls Wassers entsteht daraus ein giftiger Körper, das Neurin, durch weitere Entziehung eines Moleküls Wassers entsteht das Kadaverin. Es ist leicht begreiflich, dass die Entstehung eines solchen Giftes in unserem Körper auch ohne Bakterien möglich ist.

S t i c k s t o f f f r e i e K ö r p e r:

K o h l e h y d r a t e. $^{5}/_{1000}$—$^{3}/_{100}$% Traubenzucker im Harn ist noch normal; doch muss berücksichtigt werden, dass nach reichlicher Einnahme von Kohlehydraten der Zuckergehalt steigt, ebenso nach der Mahlzeit. Wann der Zuckergehalt als für Diabetes beweisend anzusehen ist, lässt sich nicht leicht nachweisen. $^{1}/_{10}$% ist entschieden pathologisch. Beweisend aber ist Folgendes: Lässt man das betreffende Individuum reichlich Kohlehydrate einnehmen, so steigt beim Diabetiker die Zuckerausscheidung rasch in die Höhe, beim gesunden Menschen dagegen nicht. Nach CHWOSTEK ist das Assimilationsvermögen für Zucker bei Morbus Basedowii sehr gestört. Glycosurie bei Nerventraumen, Vergiftungen mit Nitrobenzol, Amylnitrit, Chloralhydrat ist nur vorübergehend, und dürfte es sich hier nur um passive Leberhyperämie handeln. Die Zuckerausscheidung bei Traumen bleibt aus, wenn die Splanchnici durchschnitten sind, wodurch das Blut in die Bauchgefässe geleitet wird. Nach

Exstirpation des Pankreas stellt sich auch ohne Verletzung des Plexus solaris Diabetes ein.

Milchzucker findet sich bei der Laktation und sein Erscheinen im Urin ist eine Empfehlung für die Ammen.

Aceton ist ein Begleiter des Diabetes, findet sich aber auch im normalen Harn, wenn das betreffende Individuum vorzugsweise auf Eiweissdiät gesetzt wird; es findet sich ferner bei Fieber, Inanition und bei Autointoxikationen, gleichfalls bei Darmgährung, in Verbindung mit Fieber, Coma und meningitischen Symptomen. Calomelgaben beseitigen den drohenden Zustand.

Acetessigsäure bei Diabetes ist ein Zeichen heftiger Eiweisszersetzung und bevorstehenden Comas.

Milchsäure ist in Bezug auf die Leberfunktion von Bedeutung. Der normale Organismus verbrennt die milchsauren Salze vollkommen in Kohlensäure. Ihr Erscheinen im Harn ist ein untrügliches Lebersymptom.

Oxalsäure im Harn findet sich bei Oxydation von Harnsäure, Kreatinin und anderer organischen Substanzen, nach reichlichem Genusse von Champagner, bei übermässigem Zuckergenusse. Kommt es zu einer Diathese, dann stellt sich Dyspepsie, Melancholie, Geistesschwäche, Abmagerung u. s. w. ein. CANTANI sucht in absoluter Eiweissdiät ein therapeutisches Mittel.

Anorganische Substanzen:

Von diesen kommen in Betracht: Chlor, Phosphorsäure, Schwefelsäure, Kalium, Natrium, Kalcium, Magnesium und Ammoniak.

Die Ausscheidung von Chlornatrium (10—15 *gr* pro die normal) hängt von der Nahrungszufuhr ab. Verminderung der Ausscheidung findet sich bei fieberhaften Erkrankungen, bei Nahrungsentziehung und bei Retention im Organismus, was besonders bei Pneumonie der Fall ist, indem sich das Chlornatrum in den Exsudaten stark anhäuft, um nach der Krise ausgeschieden zu werden. Auf 1 Theil Chlornatrum kommen 2 Theile Harnstoffausscheidung. Ist Letztere gegenüber der Ersteren vermehrt, dann ist dies ein Zeichen, dass Organsubstanz zersetzt wird.

Die Schwefelsäure zeigt sich als schwefelsaures Salz, als ätherschwefelsaures Salz und als neutraler Schwefel. Die Menge des Schwefeläthers stimmt mit der Menge der aromatischen Körper. Die tägliche Gesammtmenge der Schwefelsäure beträgt $2^1/_2$ *gr*. Verminderte Ausscheidung der Schwefelsäure bedeutet träge Oxydation; hier ist ein Zeichen von Darmfäulniss, welcher durch Colomel abgeholfen werden kann.

Phosphorsäure findet sich meist in Form von Salzen, meist an Magnesium, Kalium oder Natrium gebunden. Ihre Menge hängt von der Speiseeinfuhr ab und vom Stoffwechsel der Gewebe. Die tägliche Ausscheidung beträgt $2^1/_2$ *gr*, Verminderung findet sich bei fieberhaften Prozessen, besonders bei Phthise, bei nephritischen Prozessen und bei chronischer Anämie, Vermehrung bei perniciöser Anämie und Leukämie. Bei Zerstörung von Nervensubstanz und bei Knochenerkrankungen ist die Phosphorsäureausscheidung gegenüber der Stickstoffausscheidung relativ erhöht.

Erdphosphate finden sich täglich im normalen Harn bis zu 1 *gr*. Bei Konsumption von Knochen ist die Ausscheidung von Kalk und Magnesia erhöht, ebenso bei tuberkulösen Prozessen, vermindert bei Rheumatismus. Die Vermehrung derselben hält mit der Besserung des letzteren gleichen Schritt. Verminderung derselben findet sich bei Arthritis und Atheromatose.

Kalium und Natrium erscheinen im Harn in Form von Salzen und ihre Menge ist abhängig von der Nahrungszufuhr und Zersetzung der Gewebe. Das Nervengewebe enthält mehr Kalium als Natrium, das Blut mehr Natrium. Der Fiebernde scheidet mehr Kalium als Natrium aus, der Rekonvalescent umgekehrt.

Ammoniak beziehen wir aus der Luft, Nahrung und Getränken und durch den Zerfall des Eiweisses. Der ausgeschiedene Ammoniak wird in der Leber zu Harnstoff zusammengesetzt und als solcher ausgeschieden. Bei Einnahme von Säuren steigt die Menge desselben. Da sich der Urin gleich nach seiner Ausscheidung zersetzt, so ist die Menge des ausgeschiedenen Ammoniaks kleiner als sonst gemessen wird. Vermehrung desselben findet sich bei fieberhaften Prozessen, Leberkrankheiten, bei Cirrhose und Diabetes.

Vortragender bringt nun mehrere Beispiele und beleuchtet an der Hand derselben die Wichtigkeit der Urinuntersuchung für die Differentialdiagnose, so z. B. Carcinom und Ulcus; die schwere Alkalisirung des Harns ist für Carcinom bezeichnend. Als sehr ungünstiges Symptom bezeichnet Vortragender das Schwanken der Diurese, besonders bei Infektionskrankheiten. *Dr. Em. Mandl.*

Gynäkologische Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung vom 21. November 1892.

Diskussion über künstliche Frühgeburt bei Vitium cordis mit schwerer Kompensationsstörung.

ROSEGER erörtert zunächst die gegenwärtigen Ansichten über die Berechtigung des Eingriffes bei dieser Indikation. Lebensbedrohung der Mutter muss unbedingt vorhanden sein, ehe man sich zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt entschliesst, die sowohl für Mutter wie für Kind eine mindestens zweifelhafte Prognose ergibt. (Statistiken von AHLFELD, BALANDIN, DOHRN.) Das exspektative Verhalten ist prinzipiell festzuhalten und kann keineswegs bestimmt alterirt werden durch die Lokalisation des Klappenfehlers wie man früher wohl gemeint hat. Andererseits muss berücksichtigt werden, dass gerade die bedrohlichsten Erscheinungen (Ascites, Bronchitis diffusa, Cyanose) mit der Unterbrechung der Gravidität, ja schon mit Abgang des Fruchtwassers sofort wesentlich zurückzugehen pflegen. Die Gefahren des Eingriffes sind einerseits dieselben, wie sie auch bei seiner Vornahme wegen Beckenenge sich zeigen — protrahirter Verlauf, dadurch bedingte Infektionsgefahr, Atonia uteri p. partum, — andererseits aber spezifisch bedingt durch die Unmöglichkeit resp. Gefährlichkeit der Chloroformnarkose, wie sie zu bestimmten beendenden Operationen (Wendung, hoher Forceps, Kraniotomie) nöthig wäre bei gesteigerter Gefährdung des mütterlichen Lebens; es resultirt daraus, dass der Hauptwerth in diesen Fällen auf aseptischen Geburtsverlauf und Erhaltung des mütterlichen Lebens gelegt werden muss, während wir das kindliche Leben von vorn herein als schwer gefährdet und in dubio ohne Weiteres aufzugebend ansehen müssen. Dadurch wird auch wesentlich die Form des Verfahrens bestimmt. Bougie und aufsteigende Dusche erscheinen wegen der Unsicherheit der Wirkung ungeeignet, obschon auch vor Allem wegen des instrumentellen Arbeitens im Cavum corporis uteri. Heisse Bäder sind durch das Grundleiden kontraindicirt. Das Rationellste, weil Schonendste, erscheint Dilatation und Tamponade des Cervicalkanales bis zum Eintritt richtiger Wehen mit darauf folgender Blasensprengung. Vortragender zieht dem Cervicaleurynter die mechanische Dilatation vor, nachfolgende Tamponade mit aseptischer Gaze.

Diskussion. Prof. SÄNGER: Die Gefährlichkeit der Komplikation mit Herzfehler mache sich weniger während der Schwangerschaft als unter und nach der Geburt geltend. Während des allmählichen Fortschreitens der ersteren habe das Herz Zeit, sich einzurichten, unter den katastrophalen Vorgängen der Geburt nicht. B. HART und EHRENDORFER haben gezeigt, dass auch leichtere Herzfehler durch die Entbindung sehr verschlimmert werden könnten. — Im Allgemeinen sei es richtiger, abzuwarten und keine Frühgeburt einzuleiten. Um die Geburt komme die Kranke ja doch nicht herum. Die künstliche Frühgeburt berge auch noch besondere Gefahren, welche bei natürlicher Entbindung wegfielen. — Wenn in der Schwangerschaft Kompensationsstörungen auftreten, so sei doch deren erfolgreiche Behandlung (durch Liegen, warme Bäder, Digitalis, Strophantus etc.) möglich. Erst, wenn diese versagte und sich bedrohliche Erscheinungen zeigten, könne die künstliche Frühgeburt gerechtfertigt sein. Auch im Interesse des Kindes sei diese so lange als möglich hinauszuschieben — oder zu unterlassen.

Dr. ZWEIFEL: Schwangerschaft und Geburt hätten auf Herzfehler denselben Einfluss wie grosse körperliche Anstrengungen und zwar betone er, dass auch schon die Schwangerschaft allein einen schädlichen Einfluss in dem erwähnten Sinne haben könne. Er habe Frauen am Ende der Schwangerschaft, aber ohne das Vorhandensein von Wehen plötzlich sterben sehen, wo die Sektion

eine andere Todesursache als den Herzfehler nicht ergab und wo die Frauen bis zum Augenblick des Todes keine Ahnung hatten, dass sie herzkrank seien. In einem anderen Falle — es betraf die Leiche, welche vom Redner und W. BRAUNE zusammen zur Herstellung einer Reihe von Gefrierdurchschnitten bearbeitet wurde — kam das anscheinend gesunde Mädchen in ein Reinigungsbad und erkrankte danach so überraschend schwer, unter steigender Athemnoth und Cyanose, dass sie nach wenig Stunden starb.

Andere herzkranke Schwangere wurden vor der Geburt schlechter und schlechter, aber weder durch Einleitung der Frühgeburt noch nach derselben besser. Bei einer anderen Frau sah Vortragender nach gut überstandener Geburt die ganze Reihe von Kompensationsstörungen erst im Wochenbett zu Stande kommen.

Alle diese Vorkommnisse hängen mit dem Zustande des Herzmuskels zusammen; Schwangerschaft und Geburt geben nur ein occasionell disponirendes Moment zum Ausbruch der Kompensationsstörungen ab und zwar wiederholt zu bemerken auch die Schwangerschaft bei der durch Ausfüllung des Abdomens stets eine Steigerung des intraabdominellen Druckes erfolge.

Redner halte die Hilfe durch Frühgeburt für sehr zweifelhaft, womit jedoch nicht abgerathen werde, dieselbe in bedrohlichem Zustande einzuleiten, um wenigstens eine Erleichterung für die Kranke zu versuchen.

Was die Methode anbetreffe, so halte er das Bougiren für absolut sicher und bequem. Die Dilatation mit Jodoformgaze leiste nicht mehr.

Dr. ROESGER betont nochmals, dass er nur für künstliche Frühgeburt sei, wenn von Seiten des Herzens direkte Gefahr drohe, seine Erfahrungen mit Bougies seien nicht günstig.

Prof. SÄNGER fragt, ob Dr. ZWEIFEL auch die Schwangerschaft den grossen Anstrengungen, welche Herzleidenden gefährlich sind, gleichstelle, was derselbe bejaht.

(Centralblatt für Gynäkologie Nr. 1, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Årsberättelse frôn Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm för 1891.

Afgefren af **Dr. F. W. Warfvinge**, sjukhusets Direktor och öfverläkare vid dess medicinska afdelning.

Stockholm J. Morcus 1892.

Angezeigt von **Prof. Dr. E. Heinrich Kisch** in Prag-Marienbad.

Mit Vergnügen haben wir auch den diesjährigen Krankenbericht des grossen Stockholmer Hospitales «Sabbatsberg» gelesen, denn er bietet wiederum ein reiches klinisches Material dessen wissenschaftliche Verwerthung hoch anzuerkennen ist. Die Reihe der scientifischen Berichte, welche dem summarischen Rapporte über die Krankenbewegung folgen, eröffnet Prof. M. SALIN mit einer Darlegung zweier Fälle von Graviditas extrauterina, bei denen die Laparotomie vorgenommen wurde (1 Fall genesen, 1 Fall gestorben.) Verfasser knüpft daran Bemerkungen, welche bekunden, dass er nicht bedingungslos für Operation bei extrauteriner Schwangerschaft ist, sondern nur dann operativ eingreifen will, wenn zu Folge einer Berstung oder des Gesundheitszustandes der Frau eine drohende Gefahr vorhanden. Hat ein Ei während der ersten drei Monate aufgehört sich zu entwickeln, sei es vor oder nach eingetretener Berstung, so ist die Gefahr der Abnormität gehoben und dann erscheint dem Verfasser eine Operation nur wegen vorhandener ektopischer Schwangerschaft nicht geboten. Ueber zwei Fälle von Tubenschwangerschaft berichtet ferner Professor NETZEL, welcher in beiden Fällen Laparotomie mit günstigem Ausgange vornahm. Er ist der Ansicht, dass eine sichere Diagnose auf Tubenschwangerschaft zu operativem Eingriffe berechtiget, denn die Krankheit bringt die Frau in grössere Gefahr als eine in einer frühen Periode unter günstigen Vorbedingungen unternommene Operation. Dagegen hält NETZEL es für unrecht, auf Wahrscheinlichkeitsdiagnose hin zu operiren, sofern nicht die auftretenden krankhaften Symptome ein expektatives Verfahren bedenklich erscheinen lassen. Von Dr. PERMAN wird ein Fall von Cystoma proliferum folliculare im Unterkiefer geschildert, welcher die Resektion des rechten Theiles des Unterkiefers nöthig machte.

Einen beachtenswerthen Beitrag zur Kenntniss der krankhaft gesteigerten Absonderung von Magensaft geben Dr. E. JOHNSON und Dr. K. BEHM, welche 3000 Fälle diesbezüglich der Untersuchung unterzogen. Als Ursache der krankhaft gesteigerten Absonderung von Magensaft tritt in den von Verfassern konstatirten Fällen zumeist ein nervöses Leiden und sodann ulcus ventriculi hervor. Der Herausgeber Dr. WARFVINGE erstattet Bericht über die in den Jahren 1879—91 im Krankenhause Sabbatsberg behandelten Vergiftungsfälle. Unter diesen bieten die Phosphorvergiftungen das meiste Interesse, die Frequenz derselben mehrt sich von Jahr zu Jahr, so dass von der ganzen Anzahl, 33 Fälle, 18 auf die letzten zwei Jahre kommen. Von den derart Vergifteten genasen 17, nämlich alle die, welche bald eine Magenausspülung und andere geeignete Behandlung erhielten oder auch bald nach der Einnahme Erbrechen bekamen. Von 28 Frauen hatten 24 Phosphor im Glauben an dessen Wirkung als Abortivmittel genommen. Verfasser fordert das Verbot des Verkaufes von Phosphorhölzern, was in dem Vaterlande der Sicherheitszündhölzer nicht schwierig sein sollte. Von Quecksilbervergiftungen sind einige Fälle vorgekommen, welche durch Einreiben von Quecksilbersalbe, Einathmung von Quecksilberdämpfen und durch Ausspülungen mit Sublimatlösung veranlasst wurden. Unter 20 Fällen von chronischer Bleivergiftung waren 13 Personen, welche in Porzellanfabriken mit Glasiren beschäftigt waren, Argyrosis kam bei einem Patienten vor, welcher wegen Asthma mehr als 20 Jahre conc. Silbernitrat eingenommen. Arsenikvergiftung 2, Vergiftung mit Natronlauge 5 Fälle. Von anderen Vergiftungen sei 1 Fall von Borsäurevergiftung hervorgehoben, wo nach einer 14tägigen Anwendung von Borsäure in $2^1/_2$ prozentiger Lösung zu täglich 2 kleinen Klystiren bei chronischer Proctitis sich unvermuthet Vergiftungssymptome einstellten. Es kamen weiters 2 Fälle von Vergiftung mit Antifebrin vor, in beiden Fällen etwa 8 *gr*. Von chronischer Vergiftung mit Nitrobenzol ist 1 Fall bei einem Manne vorgekommen, welcher 8 Monate lang täglich die giftigen Dünste davon einathmen musste. Drei Fälle von Leuchtgasvergiftung bieten insoferne Interesse, als dieselben in Häusern vorkamen, wo keine Gasleitung war, sondern wohin das Gas von der beschädigten, auf der Strasse hervorgezogenen Gasröhre gedrungen war. Die Symptome aller dieser Vergiftungsfälle werden von WARFVINGE eingehend geschildert. Eine Abhandlung über Kalomeldiurese bringt BEXELIUS und theilt seine eigene Erfahrung diesbezüglich mit, welche sich auf die Beobachtung von 20 Kranken stützt, die zusammen 39 Kalomelkuren durchgemacht. Es hatten 17 dieser Patienten ein Herzleiden, 2 litten an Lebercirrhose, 1 an chronischer Nephritis. Das Resultat war in den drei letzten und in 2 von den 17 Fällen negativ; von den übrigen Fällen hatten 11. ein positives Ergebniss, es trat deutliche Besserung für kürzere oder längere Zeit ein. Verfasser glaubt, die Arznei sei in einer Dosis von 60 bis 80 *cgr* täglich während 3 bis 4 Tagen am besten gegeben. Die Diurese tritt am häufigsten am 3. Tage ein und die Wirkung wird umso schwächer, je später sie eintritt. Die grösste notirte Tagesmenge ist 8·2 Liter. Die Nachtheile des Mittels betreffend findet BEXELIUS die Diarrhoe von wenig Bedeutung und lässt bezüglich der Stomatitis prophylaktische Massregeln ergreifen. Zu den Nachtheilen des Mittels gehört dann auch dessen im Anfange beunruhigender Einfluss auf das Herz, er behauptet aber, dass das Plus von Herzarbeit, das sich vor dem Eintreten der Diurese einstellt, mehr als aufgewogen wird von dem Minus der Herzarbeit welches sich von dem durch die Abnahme des Oedems verminderten Cirkulationswiderstande und von dem Verschwinden der durch die Oligurie hervorgerufenen Autointoxikation repräsentirt wird. Den Schlussaufsatz des uns vorliegenden Buches bildet eine grössere Arbeit des Professor WALLIS über Appendicitis und Perityphlitis als Todesursachen im Krankenhause Sabbatsberg 1879—91, welche Arbeit sich auf 35 Fälle von Appendicitis und 17 Perityphilitis stützt.

Beitrag zur Klinik der Actinomykose.

Von **Dr. Alberto Illich,**

Operateur an der I. chirurg. Klinik des Hofrathes Prof. Dr. Albert in Wien.

Mit 2 Lichtdrucktafeln.

Verlag von Josef Safař. Wien 1892.

Verfassers Werk bildet einen vollständigen Ueberblick über alle bisher beschriebenen Fälle von Strahlenpilzerkrankung beim Menschen nebst genauen Angaben über 34 in den letzten 3 Jahren an Hofrath ALBERT's Klinik beobachteten Fällen der gleichen Erkrankung. Mit grossem Fleiss und anerkennenswerthester Sorgfalt hat ILLICH die in den letzten Jahren zu so grossem Umfang angewachsene Literatur über dieses Thema zusammengetragen und gesichtet, insbesondere überall das Hauptgewicht auf eine möglichst zuverlässige Eruirung der Eingangspforte für den Krankheitserreger gelegt. Die Grösse der Literatur erhellt schon aus dem Umstand, dass ILLICH über 560 Arbeiten citirt. Wenn Verfasser auch im Grossen und Ganzen die prinzipiellen Aufstellungen ISRAEL's bestätigt, so liegt doch auch darin ein grosser Werth der vorliegenden Arbeit, indem diese Auffassung nunmehr auf eine viel breitere und daher gesicherte Basis gestellt erscheint.

Als Eingangspforten für die Strahlenpilzinfektion müssen angesehen werden in erster Linie der Mund, ferner der Intestinaltrakt (Proc. vermiformis), Respirationstrakt und in sehr seltenen Fällen die Haut. Mit Ausnahme der letztgenannten Abart bringt ILLICH für jeden dieser Krankheitstypen neue und sehr interessante Beispiele, die das klinische Bild in vieler Beziehung ergänzen. Sehr erfreulich ist, dass wir auf Grund der so zahlreichen bisnun gemachten Erfahrungen zur Stellung einer günstigen Prognose berechtigt sind. Die Therapie muss durchaus nicht immer eine sehr eingreifende sein. Spaltungen, Excochleationen eventuell intraparenchymatöse Sublimatinjektionen genügen meist. Am schlechtesten stehen wohl die Chancen für Heilung bei der Strahlenpilzerkrankung des Respirationstraktes. Das Buch ILLICH's wird allen späteren über das gleiche Thema arbeitenden Forschern als Grundlage dienen müssen.

Zwei sehr schöne Lichtdrucktafeln zieren das überhaupt gut ausgestattete Buch.

Bericht über die Thätigkeit des Wiener Stadt-Physikates in den Jahren 1887—1891.

Herausgegeben unter Mitwirkung von **Dr. G. Schmid** und **Dr. A. Löffler** von **Dr. E. Kammerer**, Stadtphysikus in Wien.

Der vorliegende Bericht über die Thätigkeit des Wiener Stadtphysikates in den Jahren 1887—1891 zeugt nicht nur von der ausserordentlichen Leistung unserer städtischen Sanitätsbeamten, sondern bringt auch eine Fülle von interessanten Daten, von denen die folgenden hervorgehoben werden sollen.

Die kommissionellen Verhandlungen über sanitäre Uebelstände haben in Wien unausgesetzt und nicht gerade erst beim Herannahen einer Epidemiegefahr stattgefunden. So wurden in der Berichtsperiode — also in epidemiefreier Zeit, sozusagen in Friedenszeiten — 58.544 sanitäre Revisionen in Häusern seitens der Sanitätsaufseher gepflogen. Die Erfüllung der behördlichen Aufträge wurde überwacht und hierüber rund 4000 (3997) Berichte erstattet.

Eine systematische Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel, der Brunnenwässer und Sodawässer hat die ganze Zeit hindurch stattgefunden. Eine strenge Kontrole durch das Marktkommissariat wurde speziell beantragt. Ferner wurde allen möglichen Zweigen, durch welche die Gesundheit und Leben der Mitbürger gefährdet werden könnte, die grösste Aufmerksamkeit geschenkt und etwa bestehende Uebelstände theils beseitigt, und wo dies nicht möglich war, gemildert. Von allgemeinem Interesse wären hier zu erwähnen die Revisionen der Dampfbäder wegen Feststellung der bisher fehlenden Bestimmungen in gesundheits- und sicherheitspolizeilicher Beziehung, sowie die Anschauungen des Physikates in Betreff des Verkehres von sogenannten galvano-elektromagnetischen Apparaten und über elektrische Bäder sowie über die Errichtung von Laboratorien für die Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln seitens Privater.

Die Wasserversorgung Wiens wurde eingehend erörtert und die Nothwendigkeit der Errichtung von Desinfektionsanstalten zum Ausdrucke gebracht. Ausserdem sind zahlreiche Vorschläge in Betreff der hygienischen Entwicklung der Stadt in dem Werke enthalten.

Bei der Durchsicht der hier erwähnten Abschnitte gewinnt man die Ueberzeugung, das alle Bedingungen für die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung der Grossstadt ihre Berücksichtigung gefunden haben. Zur Erreichung dieses Zieles wurde auch ein besonderes Gewicht auf die Regelung des Sanitätsdienstes nach einheitlichen Grundsätzen gelegt, sowie auf die einheitliche Leitung und Beurtheilung sämmtlicher Sanitätsagenden der Stadt durch das Stadtphysikat und auf die direkte Einflussnahme desselben auf alle wichtigeren baulichen, gewerblichen und hygienischen Fragen. Aus dem Abschnitte: Agenden der Medizinalpolizei wären hervorzuheben die Gutachten über die Ausführung der Massage, über die projektirte Reform des Gewerbes der Handschuh- und Bandagenmacher, über Ammenvermittlungsinstitute. — Das Feilhalten und Ankündigen sogenannter medizinischer Spezialitäten wurde zum Gegenstande einer Eingabe gemacht, ebenso die Abänderung der Bestimmungen für die Verleihung von Apothekergewerben.

Der wichtige Theil handelt über die Gesundheitsverhältnisse der Stadt Wien in den Jahren 1887—1890 und zwar in Bezug auf Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse nach Zeit, Alter und Krankheiten. Hier wäre vor Allem darauf hinzuweisen, dass das Sterblichkeitsverhältniss der Bevölkerung sich als besonders günstig erwiesen hat und zwar mit 22·93 pro Mille im Jahre 1887, 22·48 im Jahre 1888, 22·09 im Jahre 1889 und 22·4 pro Mille im Jahre 1890, sohin unter der nach englischen Erfahrungen als Grenze aufgestellten Mortalitätsziffer von 23 sich bewegen; in dieser Hinsicht wäre besonders hervorzuheben, der Rückblick auf die Assanirung und die Gesundheitsverhältnisse der Stadt Wien seit der autonomen Verwaltung und der Nachweis der zweitgünstigsten Sterblichkeitsziffer der Stadt Wien unter allen Städten Oesterreichs. Ferner finden sich die Geburten und Kindersterblichkeit zur Bewegung der Bevölkerung dargestellt. Die Infektionskrankheiten hinsichtlich ihrer räumlichen und zeitlichen Vertheilung, sowie nach Altersgruppen mit Rücksicht auf die ursächlichen Verhältnisse sind eingehend geschildert. Erwähnenswerth dürfte es sein, dass die Todesfälle nach Lungentuberkulose von je 10.000 Einwohnern berechnet von 47·62 im Jahre 1887 auf 44·33 gesunken sind. Aus dem Abschnitte über Syphilis etc. wäre zu bemerken, dass die Zahl derart Erkrankter sich im Allgemeinen höher stellen dürfte, als die für sämmtliche der Anzeigepflicht unterliegenden Infektionskrankheiten. Diese Thatsache, welche auf die socialen Verhältnisse ein bedenkliches Licht wirft, fordert sicherlich zu energischen Massregeln auf, um durch Einführung gründlicher Reformen Abhilfe zu schaffen. Besondere Berücksichtigung fand die Anzeigepflicht von Infektionskrankheiten und die Schutzimpfung.

Die Prophylaxis wird in jedem einzelnen Erkrankungsfalle auf das Sorgfältigste ausgeübt durch Eruirung des ursächlichen Zusammenhanges, Isolirung des Kranken, Desinfektion der Effekten im Dampfapparate, Verständigung der Schulen, Aemter und Arbeitsgeber und Conscribirung der in dem betreffenden Hause wohnenden, nicht geimpften Personen, sowie Impfung derselben beziehungsweise Einwirkung auf die hereits Geimpften behufs Vornahme der Revaccination. Zu den sonstigen prophylaktischen Bestrebungen gehören die genaue Vorbereitung des Desinfektionspersonales für die Vornahme der Desinfektionen, die Erhebung aller hygienischen Verhältnisse anlässlich eines jeden einzelnen Abdominaltyphusfalles, sowie einer jeden Erkrankung an Trachom, die Regelung des Krankentransportes etc.

Der Bericht enthält viel Wichtiges und Belehrendes sowohl für den praktischen Arzt als auch für den Sanitätsbeamten und die Verfasser haben sich durch die gründliche Bearbeitung vieler hygienischer Fragen ein Verdienst erworben, das alle Anerkennung verdient.

Zeitungsschau.

Schmitt: Die Wirkung einiger der aromatischen Reihe angehörigen Antipyretica auf das Blut. (Revue med. de l'Est. 15. Sept. 1892.)

SCHMITT hat nach dem Vorgange von BROUARDEL, BINET und Anderen über die Einwirkung von vierzehn der genauer studirten neuen Antipyretica auf das Blut, zu dem Zwecke Untersuchungen durchgeführt, um die nachtheiligen Nebenwirkungen, welche bei dem Gebrauche dieser Mittel nicht selten eintreten, nach Thunlichkeit zu beseitigen

SCHMITT's Untersuchungen ergaben, dass sämmtliche der aromatischen Reihe angehörigen als antithermica angewandten Mittel, das Blut in verschiedenem Grade verändern. Diese Veränderungen bestehen in Ueberführung des Oxyhämoglobins der farbigen Blutkörperchen in Methämoglobin, Verminderung der respiratorischen Kapazität der Blutkörperchen und Zerstörung der letzteren.

Das Maass dieser Veränderungen variirt entsprechend der Natur und der Dosis der Arzneimittel, ist aber immer dem Grade der Temperaturherabsetzung direkt proportional. Sie können demgemäss in folgende Gruppen eingereiht werden.

1. Antipyretica die in mittleren Dosen blos den Sauerstoff mehr oder weniger an das Hämoglobin fixiren: Antipyrin und Phenacetin.

2. Die Mittel, welche in mässiger Dosen eine intrakorpusculare Methämoglobinaemie erzeugen: Anissäure, Thallin, Antithermin, Kairin, Exalgin, Methacetin, Acetylamidophenol.

3. Die Mittel, welche in mässigen und in kurzen Intervallen verabreichten Dosen Methämoglobinaemie mit Zerstörung der farbigen Blutkörperchen erzeugen: Acetanilid, Benzanilid, Formanilid, Methylformanilid und Pyrodin.

Auf Grund der angeführten Thatsachen, und der üblen accidentellen Wirkungen, schliesst der Autor, dass, abgesehen von den Fällen in welchen die occasionelle Hyperpyrexie eine temporäre Herabsetzung der Temperatur erfordert, die Antipyretika nur spärlich anzuwenden seien. Kurz, sie mögen vorzügliche Analgetika sein, bei Individuen mit gesunden Blutkörperchen, ihr effektiver Werth als Antipyretika ist jedoch sehr fraglich, vermöge ihrer toxischen Wirkung auf das Blut. *Lg.*

Dr. E. Hübner (Frankfurt a. M.): **Zur Behandlung der Diphtherie mit Liquor ferri sesquichlorati.** (Therapeutische Monatshefte Dezember 1892).

Dr. N. Rosenthal (Berlin): **Eisenchlorid gegen Diphtherie.** (Therapeutische Monatshefte, Dezember 1892.)

Die Verfasser beider Abhandlungen berichten über ausserordentlich günstige Erfolge bei der Behandlung der Diphtherie mit Eisenchlorid. HÜBNER hat 52 Fälle in dieser Weise behandelt und darunter, trotzdem in den beiden in Betracht kommenden Jahren die Sterblichkeitsziffer der Diphtherie in Frankfurt a. M. keine günstige war, nur 2 Todesfälle beobachtet. — Ein Kind von 11 Jahren starb am dritten Tage der Erkrankung an einer schweren septischen Form und ein zweijähriges Kind mit schwerer Rhachitis ging nach dreiwöchentlicher Dauer der Erkrankung an Entkräftung zu Grunde. Unter diesen 52 Fällen sind follikuläre Anginen nicht einbegriffen; in den allermeisten Fällen war der Belag nicht auf die Mandeln beschränkt. — Besonders 6 unter den geheilten Fällen waren von solcher Schwere, wie sie HÜBNER bei seinen früheren Behandlungsweisen stets zu Grunde gehen sah. Die Beseitigung des Fötors und die Reinigung der Oberfläche der Membranen ist der erste augenfällige Erfolg der Eisenchlorid-Behandlung. In Folge dieser Reinigung werden auch die benachbarten Lymphdrüsen nicht so intensiv inficirt. Vor allem aber bestätigt HÜBNER die Angabe von REHN, der die Eisenchlorid-Behandlung eingeführt hat, dass der Kehlkopf ständig verschont bleibt. Die Pinselungen werden täglich zweimal, bei sehr schweren Fällen täglich dreimal vorgenommen und zwar, anfänglich mit unverdünntem Eisenchlorid, sehr bald aber mit Verdünnungen im Verhältniss von 1 : 1 bis 1 : 5. Ausserdem verwandte HÜBNER noch häufige Ausspritzungen des Rachens mit verdünntem Kalkwasser, Eispillen und die Eiskravatte um den Hals. Einen nachtheiligen Einfluss des Eisenchlorids auf die gesunde Umgebung hat HÜBNER nie beobachtet. Ebenso enthusiastisch äussert sich ROSENTHAL, welcher das Mittel innerlich in 2%iger Lösung durch Glycerin korrigirt und zwar stündlich einen Thee- bis Esslöffel Tag und Nacht hindurch nehmen lässt. Der Verlauf der Krankheit gestaltet sich nach ihm in allen Fällen geradezu typisch; das Fieber schwindet binnen 24 Stunden, der Puls ist normal, das subjektive Befinden gut, Halsschmerzen gering, der Appetit meist sehr rege; der Beleg an den Tonsillen wird, selbst wenn er schmierig und stinkend war, schon im Laufe von 24 Stunden dick, speckig, membranös, geruchlos und stösst sich binnen wenigen Tagen in grossen Fetzen ab. Die Rekonvalescenz ist eine kurze. Vor allem aber hebt auch er hervor, dass das Eisenchlorid ein unfehlbares Mittel ist, das Fortschreiten der Rachendiphtherie auf den Kehlkopf zu verhindern. ROSENTHAL hat vom März 1890 bis März 1892 79 Kranke mit zweifelloser gemeiner Diphtherie behandelt. Von diesen sind 7, also noch nicht 9% gestorben und zwar 5 an Herzparalyse und 2 an Nephritis. Während nun von diesen Patienten kein einziger an Larynxdiphtherie erkrankte, kamen gleichzeitig 11 Fälle von bereits entwickelter Larynxdiphtherie in ROSENTHAL's Behandlung; von ihnen starben 9. Dieses Verhältniss sieht ROSENTHAL mit Recht als beweisend für die Heilwirkung des Eisenchlorids an.

Dr. Krüger (Dorpat): **Ueber die Ursachen der primären oder essentiellen Anämie.** (Petersb. med. Woch. Dez. 1892.)

Bekanntlich ist man über die Ursache der sogenannten primären oder essentiellen Anämien noch ganz im Unklaren; weder klinisch, noch pathologisch-anatomisch haben sich irgend welche Veränderungen nachweisen lassen, die als Grundursache einer essentiellen Anämie angesprochen werden könnten; sie können alle auch bei schweren Anämien sekundärer Natur angetroffen werden. Nach Verfassers Ansicht stellt die essentielle Anämie gar keine Erkrankung sui generis, sondern in jedem Falle, ganz wie der Hydrops, nur ein Symptom dar; zur Erklärung der Entstehung dieses Symptomes bedarf es einer einheitlichen Ursache. Da man über diese am besten Aufschluss erwarten durfte, wenn man sein Augenmerk auf die Thätigkeit der blutbildenden Organe richtete, liess Verfasser schon früher vergleichende Rückstands- und Hämoglobinbestimmungen im Blute der zu- und abführenden Gefässe der Milz ausführen. Es stellte sich heraus, dass das Blut der Milzvene meist reicher an Hämoglobin und Trockenrückstand ist, als das arterielle. Der Zuwachs resp. die Verminderung des Blutfarbstoffes entsprach stets der Vermehrung resp. Verminderung des Rückstandes. Aus diesem Ergebnis liess sich der Schluss ziehen, dass in der Milz Hämoglobin sowohl aufgebaut, als auch zerstört wird, wobei der Aufbau in der Regel die Zerstörung übersteigt. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht auch eine von PICARD und MALASSEZ gemachte Beobachtung, nach welcher die Zahl der rothen Blutkörperchen im Milzvenenblute höher ist, als im Arterienblute. Für die Funktion der Milz ist der Sympathicus von der grössten Bedeutung; wird dieser gereizt, so tritt eine Hemmung in der Hämoglobinbildung auf. Danach scheint eine gewisse Berechtigung zu der Annahme vorzuliegen, dass durch Reizung des Sympathicus das Bild der Chlorose und der perniciösen Anämie, die KRÜGER als Ausdruck einer und derselben Erkrankung von verschiedener Intensität auffasst, bedingt wird. Für diese Ansicht sprechen auch noch andere Thatsachen. Wir wissen, dass das Bild schwerster Blutarmuth auch auf Grund einer Reihe verschiedenartiger primärer Erkrankungen zustande kommen kann, so bei Magencarcinom, bei Anchylostomum duodenale, bei Botrio cephalus latus, bei Atrophie der Magen-Darmwandung; auch die Gravidität bildet ein entschieden prädisponirendes Moment für die Entwickelung der Anämie. Bei allen diesen Affektionen ist der Sympathicus mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen. Bei Magencarcinom und den erwähnten Darmparasiten darf man wohl mit ziemlicher Sicherheit eine Reizung des Sympathicus von der Magen-Darmschleimhaut her annehmen; sehen wir doch auch hier eine Reihe anderer Symptome, wie Speichel-

fluss, Erbrechen, Pupillen-Erweiterung etc. auftreten, die jene Annahme stützen. Was das Auftreten des Bildes der perniciösen Anämie bei Atrophie der Magen- und Darmwandung anlangt, so darf auch hier der Sympathicus nicht aus dem Auge gelassen werden; es genüge der Hinweis, dass nach STRÜMPELL die Sektion als Ursache des genannten Symptomen-Komplexes eine ausgedehnte Atrophie der Magen- und Darmwandung, zuweilen «mit besonders hervortretender Betheiligung der sympathischen Nervengeflechte» ergab Auch in der Schwangerschaft sehen wir vielfach die Folgen einer Sympathicusreizung in Form von Uebelkeit, Erbrechen, Speichelfluss etc. erscheinen. Eine Zusammensetzung des Blutes in der Gravidität, das sich dem chlorotischer Individuen nähern soll, ist ja schon physiologisch. Auch die Chlorose selbst gibt uns Veranlassung an den Sympathicus zu denken; tritt sie doch in der Regel zur Zeit der Pubertät auf, zu einer Zeit, wo sich der mit dem sympathischen System in innigem Zusammenhang stehende weibliche Sexualapparat entwickelt. Nach alledem liegt es nahe, das sympathische System für die Entstehung der sogenannten primären Anämien verantwortlich zu machen, die Bleichsucht und sogenannte essentielle perniciöse Anämie als die Folge einer Reizung des sympathischen Geflechtes und eines dadurch bedingten Umschlages in der Thätigkeit der Milz anzusehen, sie als Reflexneurose aufzufassen. Diese Hypothese gewinnt dadurch an Boden, dass man durch sie im Stande ist, den gleichen Symptomenkomplex verschiedener urpsrünglicher Erkrankungen auf eine gemeinschaftliche Basis zurückzuführen.

Herbert R. Spencer: Intravenöse Injektion normaler Salzlösung wegen profuser Blutungen während der Gravidität oder des Geburtsprozesses. (The Lancet. — Allgemeine medizinische Central-Zeitung Nr. 4, 1893.)

Von 8 Fällen, die Verfasser zu verschiedenen Perioden des Schwangerschaftsverlaufes, zwischen dem Anfange derselben und dem Puerperium, in dieser Weise behandelt hat und die Resultate dieses Verfahrens bei jedem einzelnen genau beschreibt, wurden 4 geheilt. Unter den 4 anderen, die zu Grunde gingen, konnten 2 mit angedeuteter Blutung für den Behandlungsmodus nicht in Betracht kommen, da bei dem einen Falle die Kranke in absolut hoffnungslosem Zustande zur Behandlung gelangte und bei dem andern gleichfalls der Tod unabwendbar war. Beide starben bald nach der Injektion weniger Flüssigkeit. Von den 2 anderen tödtlichen Fällen hatte bei einem die Blutung ihren Grund in einer ausgedehnten Ruptur des unteren Uterussegmentes und eines Haematoms des Ligamentum latum, so dass man mit Berechtigung annehmen konnte, dass der Tod vielmehr in Folge von Shock als von Blutverlust eingetreten sei. Der letzte endlich (Fall centraler Placenta praevia) litt auch an einer Ruptur des Cervix; er wäre, nach Verfasser, möglicherweise geheilt worden, wenn man eine wiederholte Injektion applicirt hätte. Von den 4 günstig verlaufenen Beobachtungen handelte es sich bei zweien um Placenta adhaesiva mit Blutung post partum, während die 2 anderen an zufälligen Blutungen litten; von diesen starb eine Patientin bei der nächsten Geburt an Wiederholung dieser Zufallserscheinung. Bei 2 Patientinnen wurde die Operation noch ein zweites Mal wiederholt, so dass im Ganzen 6 günstige Injektionen zu Stande kamen. Diese 4 vom Verfasser beschriebenen Beobachtungen stellen nur ein sehr geringes Kontingent zu der Zahl von akuten Blutungen, ante und den bedenklichen post partum, die er im Londoner geburtshilflichen Hospital behandelt hat. Von den ersteren waren es während dieses Zeitraumes (Abortus ausgeschlossen) circa 100 Fälle, von denen 40 mit Placenta praevia behaftet waren. Bei sämmtlichen mit Transfusio salina behandelten 8 Fällen (mit Ausnahme der im moribunden Zustande aufgenommenen) hatte man noch vorher die bekannten Mittel mit heissen Wassereinspritzungen, subkutanen Ergotininjektionen etc. aber ohne Erfolg angewendet, und mit Ausschluss der 4 erwähnten Todesfälle wurden (abgesehen von den 4 anderen durch Transfusion geheilten) sämmtliche mit den gebräuchlichen Mitteln behandelte Kranke wieder hergestellt. Ehe man zur Operation schreitet, muss man die Hämorrhagie gestillt oder reducirt haben. Durchschnittlich wurden 800—900 *gr* der Solution in die Vene, die Mediana am Arme, injicirt, der Apparat bestand im Wesentlichen aus einer Glasflasche mit einem Gummikorken, durch den ein Thermometer zur Kontrolle der Temperatur des Inhaltes geführt wurde. Verfasser empfiehlt dringend, bei dem durch die bezeichneten Blutungsformen verursachten Collapsus sich nicht lange bei den styptischen Mitteln aufzuhalten, sondern nach kurzdauerdem, fruchtlosem Versuche, sofort zur intravenösen Transfusion mit der bekannten Salzlösung zu schreiten.

Lindner: Ueber Bauchdeckenbrüche. (Berliner Klinik, Heft 49).

Verfasser unterscheidet zwischen traumatischen und spontanen Bauchdeckenbrüchen. Die traumatischen Brüche entstehen dadurch, dass eine verletzende Gewalt die Kontinuität der Bauchdecken an irgend einer Stelle, sei es durch die ganze Dicke hindurch, sei es nur in einigen Schichten, aufhebt und dass an Stelle der normalen Gewebe mit normaler Elasticität ein Narbengewebe tritt, welchem die Widerstandsfähigkeit der normalen Wandungselemente abgeht und welches daher dem von innen her wirkendem Drucke seitens der Eingeweide nachgibt. Der Sitz der traumatischen Hernien muss natürlich ganz ausserordentlich wechseln, da ja jede Stelle der vorderen Bauchwand Verletzungen ausgesetzt ist; ebenso kann der Inhalt der Brüche ein sehr variabler sein, je nach dem Orte an dem die Verletzung die Wand getroffen hat und je nach der Grösse der Oeffnung in den innersten Schichten, welche den Eingeweiden den Durchtritt gestatten. Solche traumatische Hernien kommen auch nach Operationswunden vor; doch kann man sie nahezu mit Sicherheit verhüten, indem man zu ihrer Schliessung die Etagennaht verwendet, bei welcher Peritoneum, Muskulatur und Haut, je durch eine besondere Nahtreihe vereinigt werden.

Die spontanen Bauchdeckenbrüche zeigen auch gewisse Prädilektionsstellen, nämlich die Linea alba und die Mammillarlinie, ausserhalb dieser Theile der Bauchwand werden Brüche verhältnissmässig selten beobachtet. Die in der Mammillarlinie vorkommenden Brüche, auch laterale Bauchdeckenbrüche genannt, verdanken ihre Entstehung Gefässkanälen resp. Gefässlücken, welche die Bauchwand von innen nach aussen und zwar etwas schräg in medialer Richtung durchsetzen und sicherlich unter begünstigenden Umständen dieselbe Rolle für die Entstehung eines Bruches spielen können, wie der Leisten- und der Schenkelkanal. Solche Gefässkanäle finden sich auch beiderseits neben der Mittellinie, etwa bis zu 1—$1^1/_2$ *cm* davon entfernt und es kommen darum auch Bauchdeckenbrüche vor, welche seitlich 1—2 *cm* von der Mittellinie entfernt liegen, nicht selten denn zu zweien und symmetrisch; die grade in der Mitte liegenden sind aber entschieden häufiger. Ihr Sitz ist bald unterhalb des Nabels, überwiegend häufig trifft man sie zwischen Nabel und Processus xiphoideus, hier namentlich an einer Stelle, ungefähr in der Mitte zwischen den beiden Endpunkten. Diese Brüche benützen Lücken in der fibrösen Wand zum Durchtritt. Diese Lücken entstehen dadurch, dass im Embryonalleben der Verschluss der Bauchhöhle an einer bestimmten Stelle durch irgend welche Störungen mangelhaft oder gar nicht erfolgt ist oder aber es handelt sich um eine angeborene Schwäche der Fascie der linea alba und erbliche Belastung.

Eine nicht unbedeutende Rolle spielt in der Aetiologie diese Brüche das Lipom, welches, in den Kanal hineinwachsend, ihn so weit erweitert, dass bei der ersten begünstigenden Gelegenheit ein Eingeweide hinein und hindurch gepresst werden kann. Kleine Bauchdeckenhernien lassen sich fast niemals reponiren. Da aber durch sie ausserordentliche Schmerzen und Beschwerden hervorgerufen werden und ausserdem natürlich die Gefahr der Einklemmung und der Gangrän besteht, so muss zu ihrer Radikal-Operation geschritten werden. Eine Bandagen-Behandlung ist nur bei grösseren Brüchen aussichtsvoll.

Tagesnachrichten und Notizen.

Die medizinischen Fakultäten im Budget-Ausschusse des österr. Abgeordnetenhauses.

In der Sitzung des Budget-Ausschusses vom 19. d. gelangte der Voranschlag für die Universitäten zur Verhandlung. Berichterstatter Dr. Beer macht darauf aufmerksam, dass für den Bau einer chirurgischen Klinik des Professors Billroth kein Kredit in Anspruch genommen wurde, obgleich diese Angelegenheit seit Jahren in Verhandlung stehe. Eine Entscheidung werde in den betheiligten Kreisen spannungsvoll erwartet. Es sei Pflicht der Regierung, rasch an die Ausführung des Baues zu schreiten und den trostlosen Verhältnissen an der medizinischen Fakultät in dieser Richtung Abhilfe zu schaffen. Er beantragte folgende Resolution: «Die Regierung wird aufgefordert, den Bau der chirurgischen Klinik für den Professor Billroth noch im Jahre 1893 in Angriff zu nehmen und mit Beschleunigung durchzuführen.»

Bezüglich der Universität Innsbruck weist der Berichterstatter auf die Bedürfnisse der naturwissenschaftlichen Fächer hin, nämlich Physik, Botanik, Mineralogie, Zoologie u. s. w., und beantragt folgende Resolution: «Die Regierung wird aufgefordert, für die naturwissenschaftlichen Lehrfächer an der Innsbrucker Universität Vorsorge zu treffen und den erforderlichen Kredit demnächst in Anspruch zu nehmen.»

Abg. Dr. Ritter v. Kozlowski erinnert den Unterrichtsminister an sein Versprechen bezüglich der Stabilisirung der hygienischen Lehrkanzel und stellt das Verlangen nach Gründung eines solchen Institutes in Krakau. Weiters befürwortet er eine Revision der Rigorosen-Ordnung vom 1. Juni 1872 in dem Sinne, dass Hygiene und Psychiatrie zu Prüfungsgegenständen zu erklären wären. Auch wünscht er die Errichtung einer psychiatrischen Klinik in Krakau, ferner die Errichtung von Seminaren und Konversatorien, damit die Professoren in eine lebhaftere Verbindung mit den Hörern gebracht werden, sowie die Errichtung einer besonderen Lehrkanzel für Pädagogik. Redner interpellirt schliesslich den Minister, welche Massnahmen derselbe im Lehrerbildungswesen zu treffen gedenke, und wann die Regulirung der Professorengehalte, respektive Aufhebung der Kollegiengelder erfolgen werde. — Abg. Graf Pininski unterstützt die der Unterrichtsverwaltung mitgetheilten Wünsche der Lemberger Universität, die sich auf den Bau des anatomischen Institutes und die Rekonstruktion und Zubauten am Universitätsgebäude beziehen. — Abg. Dr. Kaizl verlangt über die in der Thronrede angekündigte Reform der medizinischen Studien Auskünfte. — Abg. Romanczuk verlangt für die neu zu errichtende medizinische Fakultät in Lemberg die grundsätzliche Bestimmung, dass dort auch Lehrkanzeln mit ruthenischer Vortragssprache errichtet werden.

Abg. Dr. Heilsberg bespricht die grossen Uebelstände an der chirurgischen Klinik in Graz. Die Unterrichtsverwaltung habe im vorigen Jahre die bestimmte Zusage gemacht, durch einen Zubau für eine würdige und zweckmässige Unterbringung der chirurgischen Klinik Vorsorge zu treffen. Redner ersucht den Minister um Mittheilung über den Stand dieser Angelegenheit.

Unterrichtsminister Freiherr v. Gautsch bespricht zunächst die Finanzverhältnisse an den Hochschulen und konstatirt, dass im Allgemeinen die Frequenz an den Universitäten eine Steigerung von 355 Hörern aufweise. Dieselbe beziehe sich ausschliesslich auf die juridische Fakultät (468 Hörer). An den übrigen Fakultäten sei mehr oder weniger ein Rückgang zu verzeichnen. Der Minister bespricht sodann die in Aussicht genommene Verwendung des Kredits von 8 Millionen Gulden für Hochschulzwecke. Bezüglich der Universität Wien erwähnt der Minister des Näheren die Gewinnung der sogenannten Tabakregiegründe, weiters den Bau zweier chirurgischen Kliniken für die Professoren Billroth und Albert, ferner die Erwerbung der Alserkaserne und den Ausbau der Gewehrfabrik, und gibt Aufschluss über den Stand der diesfälligen Verhandlungen. Was die Lemberger Universität betrifft, so werde mit dem Baue des anatomisch-physiologischen Institutes jedenfalls im Laufe dieses Frühlings begonnen werden können. Der Bau zweier weiters erforderlicher Institute und die Rekonstruktion des Hauptgebäudes stehe gleichfalls in Verhandlung. Der Kostenaufwand dürfte sich beiläufig auf eine Million beziffern. Was die deutsche und die czechische Universität in Prag anbelangt, so stehe die Unterrichtsverwaltung dermalen in Verhandlung wegen Erwerbung eines bedeutenden Grundkomplexes, und die weitere Entwicklung der Angelegenheit hänge zunächst von der Lösung der Vorfrage ab. Die Unterrichtsverwaltung lässt sich die thunlichste Beschleunigung dieser Verhandlung angelegen sein, und dürfte ein Abschluss wegen des Grundankaufes in nächster Zeit zu gewärtigen sein. Dem Abg. Heilsberg gegenüber weist der Minister darauf hin, dass die Herstellung eines besonderen Gebäudetraktes behufs Unterbringung der Universitäts-Bibliothek in Graz in Aussicht genommen wurde und dass ein bezüglicher Gesetzentwurf in nächster Zeit eingebracht werden dürfte. Eine hygienische Lehrkanzel an der Universität in Krakau sei bereits systemisirt worden; erst nach erfolgter Besetzung werde es möglich sein, über die Errichtung eines hygienischen Institutes schlüssig zu werden. Ueber die Frage, ob Hygiene und Psychiatrie einen Prüfungsgegenstand bei den medizinischen Rigorosen zu bilden hätten, wird eine Entscheidung erst bei Regelung der medizinischen Studienordnung getroffen werden können. Die über die letztere Frage eingeholten Gutachten sind von sämmtlichen Fakultäten bereits eingelangt und befinden sich derzeit beim obersten Sanitätsrathe. Wegen Errichtung einer psychiatrischen Klinik in Krakau sind Verhandlungen mit dem Landesausschusse im Zuge. Betreffs der Regulirung der Gehalte der Universitäts-Professoren erklärt der Minister, dass dieser Gegenstand im Zusammenhange mit der Kollegiengeldfrage bereits in reifliche Erwägung gezogen wurde, dass jedoch im Hinblicke auf die bedeutenden Schwierigkeiten, die sich entgegenstellen, eine Lösung derselben vorderhand noch nicht durchführbar erscheinen dürfte.

(Vom Obersten Sanitätsrathe.) In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes vom 14. Jänner berieth derselbe über die Entwürfe von Bauordnungen für Mähren, für Innsbruck und Trient. Den Berathungen lag ein von Prof. F. v. Gruber verfasstes Referat zu Grunde. Im Anschlusse hieran gelangte ein Antrag desselben Referenten zur Beschlussfassung, welcher die Regelung folgender Angelegenheiten anregt: Schaffung von gesetzlichen Bestimmungen über das Expropriationsverfahren behufs einer den bauhygienischen Erfordernissen entsprechenden Anlage von Strassen, Plätzen, öffentlichen Gebäuden, Gärten u. s. w., sowie behufs Durchführung von aus sanitären und Verkehrsrücksichten erforderlichen Regelungen bestehender Ortstheile, Vorschriften über die Art und Weise der Verfassung und Instruirung der auch in hygienischer Beziehung wichtigen Stadtregulirungs-, beziehungsweise Baulinienpläne (Lagepläne); Revision und Ergänzung des Regulativs für Ausführung von Gasleitungen und Beleuchtungsanlagen, Erlassung von Vorschriften für die Ausführung und den Betrieb von elektrischen Beleuchtungs- und Kraftübertragungsanlagen, so wie für Herstellung und Instandhaltung von Blitzableitern und über die Befugniss zur Ausführung solcher Anlagen; Aufstellung von gesetzlichen Bestimmungen oder Verordnungen hinsichtlich der Anlage von Theatern und denselben verwandten Gebäuden, von öffentlichen Versammlungsorten, endlich Regelung des Rohrleger-Gewerbes und die besondere Pflege des Unterrichtes in demselben an den Bau- und Maschinen-Gewerbeschulen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 20. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte machte Prof. Kundrat die Mittheilung, dass sich die Herren Doktoren Hochenegg und Herzfeld dahin geeinigt hätten, dass die Idee zur sacralen Exstirpation des Uterus von Beiden gleichzeitig und unabhängig von einander ausgegangen sei und dass sich nur in der Art des weiteren Fortganges der Operation differente Meinungen zwischen Beiden ergeben haben. Die während der Diskussion gefallenen erregten Worte seien durchaus nicht persönlicher Natur gewesen. Damit sei die Angelegenheit des scheinbaren Prioritätsstreites ein für allemal erledigt. Prof. Hofmokl demonstrirt hierauf einen Patienten, bei dem durch Rippenaffektion und nachträgliche Ignipunktur, eine in der Lunge bestehende Höhlenbildung zur Heilung kam. Doz. Mannaberg hielt hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Malariaparasiten». Der ausführliche Bericht erscheint in der nächsten Nummer.

(Universitäts- und Personal- Nachrichten.) Hofrath Prof. Stellwag v. Carion feiert am 28. d. M. seinen 70. Geburtstag. Trotzdem der Jubilar sich alle festlichen Veranstaltungen dankend verbeten hat, bereiten ihm das Wiener medizinische Professorenkollegium, die Bürgerschaft von Stellwag's Geburtsort Langendorf (Schlesien), das militärärztliche Offizierskorps Wiens, die einstmaligen und derzeitigen Schüler u. A. zahlreiche Ovationen vor. — Prof. v. Lenhossek in Basel ist an Stelle des nach Leipzig übersiedelnden Dr. Fick als Prosektor nach Würzburg berufen worden. — Dr. Karl Thán, Professor der Chemie an der medizinischen Fakultät der Universität Budapest, wurde zum Mitgliede des ungarischen Magnatenhauses ernannt. — Dr. Gregoire André wurde zum Professor der internen Pathologie an der Universität Toulouse ernannt. — Dr. G. Guarnieri wurde zum ordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie an der Universität Pisa ernannt. — Professor Dr. Celso Pelizari (Pisa) wurde zum ordentlichen Professor für Dermatologie und Syphiligraphie an der Universität Florenz ernannt. — Der ausserordentliche Professor Dr. Lomikowski wurde zum ordentlichen Professor der Diagnostik an der Universität Charkow ernannt.

(Amtstage in den Wiener Krankenanstalten.) Seit Beginn des neuen Jahres werden in den Wiener k. k. Krankenanstalten «Amtstage» abgehalten; es finden nämlich an bestimmten Tagen der Woche Revisionen durch Organe des Sanitätsdepartements der nied.-österr. Statthalterei statt, welche den Zweck haben, allenfallsige Uebelstände in der ärztlichen und administrativen Leitung aufzudecken und den Kranken und den Angestellten Gelegenheit zu etwaigen Beschwerden zu geben.

Budapest. Der Minister des Innern hat zu ausserordentlichen Mitgliedern des Landes-Sanitätsrathes ernannt: die Professoren Pertik und Dollinger, Dr. Löw in Budapest und den Physikus Dr. Petz in Raab. — Behufs Errichtung eines Landesspitales in Budapest, hat der Minister des Innern einer aus 10 Mitgliedern der Budapester medizinischen Fakultät bestehenden Deputation versprochen, die Angelegenheit gründlich zu studiren und in die abzuhaltende Enquête einige Mitglieder des Professorenkörpers zu berufen.

(Berlin.) Die in der allgemeinen Aerzte-Versammlung vom 10. November 1892 gewählte «Kommission für die Reform des Berliner Poliklinikenwesens» ist der Ansicht, dass der Bewegung das Prinzip: «keine ärztliche Leistung ohne Gegenleistung!» zu Grunde zu legen sei. Demgemäss habe jeder Patient auch in den Polikliniken Honorar zu zahlen. Nur nach zwei Richtungen möge von diesem Grundsatz zu Gunsten unentgeltlicher Behandlung abgewichen werden: 1. bei durch amtliches Attest nachgewiesener Mittellosigkeit; 2. bei denjenigen Fällen, die zu Demonstrationszwecken verwendet werden; hier jedoch mit der Einschränkung, dass der Patient nur an dem Tage, an dem er thatsächlich verwendet wird, Anspruch auf freie ärztliche Behandlung hat, dass also die blosse Bereitwilligkeit, sich den Zwecken des Unterrichts zur Verfügung zu stellen, nicht von der Honorarzahlung befreit. Das jeweils in den Polikliniken zu zahlende Honorar ist höher zu normiren, als der Minimalsatz einer Konsultation bei einem praktischen Arzte, weil sonst alle Welt in die Polikliniken laufen würde. Da sich diese Grundsätze nur schwer in der jetzt bestehenden Vielheit poliklinischer Veranstaltungen durchführen lassen, so ist die Verschmelzung dieser zu grossen Centralinstituten anzustreben. Folgende Gestaltung der Berliner poliklinischen Verhältnisse erscheint daher der Kommission wünschenswerth: Es werden zwei Central-Polikliniken für jedes Spezialfach eingerichtet. Eine gehört der Universität und ist sämmtlichen einschlägigen Dozenten gemeinsam; die andere ist Eigenthum der Privatärzte und wird aus deren Mitteln durch korporative Association hergestellt. Es soll jedem Arzt freistehen, ob er sich an dem zuständigen Centralinstitut betheiligen oder seine eigene Poliklinik halten will. Thut er aber ersteres, so verzichtet er damit implicite auf die Haltung einer eigenen Poliklinik.

(Medizinische Märchen. Von Philander. Zweite unveränderte Auflage.) Medizinische Märchen! Der Titel lockt. Er muss sogar schon ziemlich Viele gelockt haben; denn das Büchlein liegt in zweiter Auflage vor. Es ist den Manen des grossen Chirurgen Volkmann's gewidmet, in der literarischen Welt durch seine reizenden «Träumereien an französischen Kaminen» bekannt, die er unter dem Pseudonym Leander herausgab. So scheint also, dem Titel nach zu schliessen, Philander ein Mann von guten Einfällen und der Widmung nach, ein Mann von gutem Geschmack zu sein. Nun zum Vorwort. Einige Phrasen, einige Versprechungen, einige Wünsche — im Ganzen wenig gute Einfälle und wenig Geschmack. Aber es ist aus Wolkenkukuksheim datirt, ein sehr artiger Scherz. Und die Märchen selbst. Es sind zehn kleine Geschichten, alle sehr hübsch geschrieben. Es fehlen ihnen jedoch die zwei wichtigsten Eigenschaften von Märchendichtungen: Naivetät und Phantasie. Man könnte nun sagen, der Verfasser habe seiner Phantasie selbst Zügel angelegt, indem er sein Thema so streng umschrieb; und sobald ein Märchen einmal etwas will, kann es auch nicht mehr naiv sein. Das sei zugegeben; dafür durfte man Anderes erwarten: — tiefen Sinn, Satyre, Originalität. Leider vermisst man auch diese Eigenschaften bei unserem Autor. Wo ein Sinn hineingelegt, bleibt dieser Sinn sozusagen auf der Oberfläche liegen, ohne in die Erzählung selbst hineinzugleiten; die Satyre ist lahm und die Originalität ist dem Verfasser, nach der glücklichen Idee, überhaupt medizinische Märchen zu schreiben, fast vollkommen abhanden gekommen. Nur eine Geschichte möchte ich von meinem Urtheile ausnehmen, es ist die zweite im Buch: «Jerum und die zehn Plagen» betitelt. Wenn die anderen dem Verfasser nur stilistisch, so ist ihm diese auch inhaltlich gelungen. Die anderen setzen fast alle sehr anregend ein, zielen fast alle auf eine Pointe hin, um dann plötzlich in sich selbst zusammenzubrechen. Nirgends ist dem Verfasser ein richtiger Schluss eingefallen. Wären aber die neun anderen Märchen auf gleicher Höhe wie «Jerum», so hätte wohl dem frommen Wunsche des Autors: «mögen diese medizinischen Märchen ihren Platz unter der erzählenden Literatur der Neuzeit finden» — so hätte diesem Wunsche Erfüllung werden können. Zum Schlusse des Buches hat man zudem die Empfindung gewonnen, wie praetentiös eigentlich der Titel des Buches gewählt ist. Denn die Verquickung von medizinischem und märchenhaftem ist dem Autor nicht geglückt. Oder wird ein Märchen dadurch «medizinisch», dass eine Massage darin vorkommt, und wird eine medizinische Anekdote dadurch zum Märchen, dass man sie nach Egypten verlegt und dem Patienten ein Heilmittel durch redende Thiere verrathen lässt? Wird ein Märchen dadurch «medizinisch», dass ein Bursch gerade von irgend einem bösen Zornbinkerl durch Warzen verunstaltet wird — oder wird eine Krankengeschichte schon einfach dadurch zum Märchen erhoben, dass die Warzen eines jungen Burschen durch Zaubersprüche statt durch eine Aetzpasta zum Verschwinden gebracht werden? *A. S.*

— Die Verlagsbuchhandlung Georg Thieme, Leipzig, 1892, versendet eben den zweiten Theil von Dr. Paul Boerner's Reichsmedizinalkalender für Deutschland auf das Jahr 1893, herausgegeben von Dr. S. Guttmann.

(Diätblock zum Gebrauch in der ärztlichen Praxis.) Eine recht gute Zusammenstellung der Diät bei den verschiedensten akuten und chronischen Krankheiten, für die Zweckmässigkeit spricht, dass nach kurzer Zeit eine dritte Auflage (Heilbronn, Verlag von J. Stern) erschien.

Herr Dr. S. Krenberger, Gründer u. bisheriger pädagogischer Leiter des ärztlichen Pädagogiums für geistig schwache Kinder in Tulln bei Wien, wohnt jetzt in Wien VI. Stumpergasse 65, I. Stock 5 und ist dort in Fällen von Schwachsinn und Idiotie, die pädagogische Hilfe erfordern, zu sprechen.

Aerztliche Stellen.

Direktorsstelle an der Landes-Krankenanstalt in Brünn. Gehalt 2800 fl. mit dem Anspruche auf fünf Quinquennalzulagen von je 200 fl., eine Aktivitätszulage von jährlich 210 fl. nebst Wohnung. Dem Direktor obliegt neben der Besorgung der ihm statutenmässig zustehenden Direktion die unmittelbare ärztliche Leitung einer Krankenabtheilung, welcher in der Regel nicht mehr als 60 Kranke zugewiesen sind. Gesuche mit dem Nachweise der Erlangung des medizinischen Doktorgrades, mit sonstigen Befähigungs-Diplomen und den Belegen über die Ausübung der ärztlichen Praxis, über etwa geleistete Spitalsdienste, sowie über die Kenntniss beider Landessprachen, über Alter Stand und Charakter bis zum 31. Januar d. J. an den mährischen Landesausschuss. Auch Angabe, ob und in welchem Grade Bewerber mit Bediensteten des Landes verwandt oder verschwägert sind.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit **I. Jänner 1893** begann ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations - Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom I. Jänner 1893 ab erhalten unsere Anonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende Dezember erloschen ist, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"

Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Oleum pini pumilionis verum „Mack“

Apotheker Josef Mack's Reichenhaller Latschenkiefer-Oel.

Von der Pharm. Austr. Ed. VII. **in die Reihe der officinellen Heilmittel eingeführt.**

Medaillen: Wien 1873, Philadelphia 1878, Frankfurt a. M. 1881, Wien 1883, Paris 1885, Brighton 1886, London 1890

Vom Unterzeichneten vor mehr als 30 Jahren **im Curorte Reichenhall (Baiern)** durch Destillation gewonnen, **ist meine Fabrik heute die erste und grösste Bezugsquelle f. d. ätherische Oel aus Pinus pumilionis.** Dasselbe wir zu **Inhalationen von allen ärztl. Autoritäten** des In- und Auslandes bei **Hals- u. Brustleiden, Asthma, Emphysem, Catarrhen, Keuchhusten etc.** mit Vorliebe verordnet und bewährten sich die **Einreibungen** ebenso ausgezeichnet auch gegen **Gicht, Rheuma, Lähmungen und Nervenschwäche**, wie nicht minder die Anwendung dieses herrlich duftenden, balsamischen Oeles durch **Verdunstung** resp. **Zerstäubung** in Wohn- u. Krankenzimmern eine **luftreinigende u. desinficirende Wirkung** hervorruft. — **Depôts** befinden sich in den meisten Apotheken Oesterr.-Ungarns. **Versendung** erfolgt von meiner österr. Fabrik am Untersberg in Orig.-Flacons à 60 kr., sowie auch in offener Packung. — Filialen in Paris und London. (1268)

Spezial-Depôt für die Herren Aerzte bei Herrn **MAX SOBEL**, dipl. Apotheker, **Wien, I., Bäckerstrasse 20.**

Piperazin Schering,

D. R. P. 60547

vorzügliches Lösungsmittel für Harnsäure, Harngries und harnsaure Harnsteine. Dasselbe löst sieben Mal mehr Harnsäure als Lithion, daher von Aerzten empfohlen gegen **harnsaure Diathese und Folgezustände**.

Phenocoll. hydrochloric. Schering

D. R. P. 59121

vorzügliches Antipyreticum, Antineuralgicum, Antinervinum.

Benzonaphtol puriss.

für innerlichen Gebrauch nach Professor Ewald.

Laevulose, Zucker für Diabetiker.

Chloralamid Ph. G. III D. R. P. No. 50586, vorzügliches Schlafmittel. (Chloralamid darf nur in **kaltem** Wasser gelöst werden und ist am besten vorher fein zu zerreiben.) Brochüren über obige Präparate stehen auf Wunsch zu Diensten. Zu beziehen durch die Apotheken und Droguenhandlungen.

Berlin N.

Chemische Fabrik auf Actien
(1289) **(vorm. E. Schering).**

Jeder Arzt verlange unseren neuen Katalog 1893



Privat-Heilanstalt

für

Gemüths- und Nervenkranke

in Oberdöbling, Hirschengasse 71. (994)

 **Einbanddecken.** 

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau“ und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen“ elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau“ um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen“ um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau“.

FARBENFABRIKEN vormals FRIEDR. BAYER & CO.
ELBERFELD.



Abtheilung für pharmaceutische Producte

Aristol empfohlen bei **Ulcus cruris, parasitären Eczemen, Ozaena** und als **Vernarbungsmittel.**

Europhen in fast allen Fällen das Jodoform ersetzend. Besondere Indikationen: **Brandwunden, Ulcus molle, luetische Spätformen.**

Losophan für die Behandlung von **Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor, Scabies etc.**

Salophen mit besonderem Erfolg angewendet bei **akutem Gelenkrheumatismus, Migräne** etc empfohlen.

Trional und **Tetronal** prompt wirkende Hypnotica.

Piperazin das beste Harnsäure lösende Mittel.

(Sämmtliche oben genannten Präparate sind patentirt.)

Phenacetin-Bayer, Sulfonal-Bayer, Salicylsäure, Salicyls. Natron, Chlormethyl

(sämmtlich bevorzugte Marken).

Wir garantiren für die Reinheit unserer Produkte.

FARBENFABRIKEN vormals FRIEDR. BAYER & CO.
ELBERFELD. (1282)

Haemol und Haemogallol

von Prof. Kobert entdeckte, leicht resorbirbare Bluteisenpräparate

(1293) **Beste Mittel gegen Chlorose,**

frei von den appetitstörenden und schlecht verdaulichen Bestandtheilen des Blutes; in Wasser kaum löslich und daher im Gegensatze zu den übrigen Haemoglobinpräparaten fast geschmacklos.

Alleiniger Fabrikant **E. Merck,** Darmstadt.

Zu beziehen durch alle Apotheken und Drogenhandlungen.

Broschüren über Darstellung und Wirkung des Haemols und Haemogallols erhält jeder Arzt auf Wunsch gratis und franko zugesandt.

Condurango-Wein

(dargestellt in *Schering's Grüne Apotheke in Berlin N.*) ist nach Mittheilungen des Herrn Dr. Wilhelmy in Nr. 29 der „Berl. klin. Wochenschrift“ vom 19. Juli 1886 und des Herrn Dr. L. G. Kraus in Nr. 6 der „Internationalen Klinischen Rundschau“ vom 9. Februar 1890 ein *ausgezeichnetes Heil-, resp. Linderungs-Mittel* bei *Magenkrebs und anderen Magenleiden.* — Zu haben nur in Originalflaschen von 500 und 250 Gramm Inhalt — **Wien:** C. Haubner's Engel-Apotheke; **Budapest:** Josef v. Török; **Grosswardein** Alexander Heringh und Georg Nyiry; **Arco:** A. Brener. (1000)

RONCEGNO

Stärkstes natürliches arsen- und eisenhaltiges Mineralwasser

empfohlen von den Herren Professoren: Albert, Benedikt, Bergmeister, Billroth, Braun, Chrobak, Drasche, Gruber, Hofmokl, Kahler, Kaposi, Krafft-Ebing, Lang, Monti, Neumann, Nothnagel, Oser, Rokitansky, Reder, Stoffela, Wiederhofer etc.

bei Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Blutleere, Malaria etc.

Die Trinkkur wird das ganze Jahr gebraucht. (1143)

Bade-Etablissement

ersten Ranges, Hydro- und Electrotherapie, Dampfbäder, Massage, Molken- und Traubenkur in Roncegno, Südtirol, 535 Meter Seehöhe, windgeschützte herrliche Lage, schattige Promenaden, lohnende Ausflüge, würzige Luft, konstante Temperatur 18—22° R., 3 Stunden von der Eisenbahnstation Trient entfernt. — Saison Mai bis Oktober. — Prospecte und Auskünfte durch die **Bade-Direction in Roncegno.**

Depots in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken.

Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten.

Brand & Co.'s Essence of Beef.

Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.

Diese Fleisch-Essenz besteht ausschliesslich aus den Säften des feinsten Fleisches, welche nur durch gelinde Erwärmung und **ohne** Zusatz von Wasser oder andern Stoffen gewonnen **werden**. Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, **dass die hervorragendsten Autoritäten** dasselbe seit vielen Jahren als **Stärkungs- und Belebungsmittel mit ausserordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben.**

„LANCET" brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz auf welche wir uns speciell hinzuweisen erlauben.

BRAND & Comp. Mayfair, London W.

Auszeichnungen. — **(Gründungsjahr: 1835.)** — *Preis-Medaillen.*

Depôts in Wien: Pezoldt & Süss, I., Schottenhof; **Köberl & Plentok,** I., Kärntnerstrasse 33; **A. Hagenauer,** I., Tuchlauben 4; **M. Löwenthal,** I., Heidenschuss 3; **Math. Stalzer,** I., Lichtensteg 5. (1247)

Biliner Sauerbrunn!

hervorragendster Repräsentant der alkalischen Säuerlinge

in 10.000 Theilen: kohlens. Natron 33·6339, schwefels. Natron 7·1917, kohlens. Kalk 4·1050, Chlornatrium 3·8146, schwefels. Kali 2·3496, kohlens. Magn. 1·7157, kohlens. Lithion 0·1089, feste Bestandtheile 53·3941, Gesammtkohlensäure 47·5567, Temperatur 12·30° C.

Altbewährte Heilquelle für Nieren-, Blasen-, Magenleiden, Gicht, Bronchialkatarrh, Hämorrhoiden etc. Vortrefflichstes diätetisches Getränk.

Curanstalt Sauerbrunn

Trink- und Badekur, mit allem Comfort ausgestatte Wannen-, Dampf-, elektr. Bäder, Kaltwasser-Heilanstalt vollständig eingerichtet.

Brunnenarzt Med. Dr. **Wilhelm von Reuss.**

Die Brunnen-Direktion

in Bilin (Böhmen). (1121)

Tinct. ferri albuminat. Richter.

Dies in den weitesten Kreisen rühmlichst bekannte Eisenalbuminat ist überaus leicht verdaulich und schwärzt weder die Zähne, noch belästigt es die Verdauung; es wird im Gegentheil selbst von solchen Kranken gut vertragen, welche an schwacher Verdauung laboriren. Der Geschmack ist ein **sehr angenehmer,** nicht an Medizin erinnender, so dass es sowohl von Kindern, als auch von den diffizilsten Patienten gern genommen wird. Eisengehalt 0·5%. Nur diese **natürliche Verbindung** des Eisens mit Eiweiss wird sofort und unverändert absorbirt, daher die rasche und sichere Wirkung. Als zweckmässigste Dosis wird von den Aerzten angesehen: für Kinder ein und für Erwachsene zwei Theelöffel zwei- bis dreimal des Tages. Preis 70 kr. die Flasche. Haupt-Depôt: Josef v. Török, Apotheke in Budapest. (1134)



Mikroskope für Aerzte und Apotheker

(von Herrn **Dr. Nevinny.** Assistenten des Pharmakologischen Institutes in Wien bestens empfohlen) in allen Grössen und Zusammenstellungen, sowie alle mikroskopischen Hilfsapparate empfiehlt in **Ia Qualität** zu billigst gestellten Preisen

LUDWIG MERKER, optisches Institut

(vormals **L. Merker & Ebeling**)

Wien, Hernalsergürtel Nr. 2. (1285)

Vom 12. Februar 1893 an: **Wien, VIII., Buchfeldgasse 19.**

Specialist für Mikroskope.

Preis-Courant steht gratis und franco zur Verfügung.

Einrichtung für Cholera-Baraken.



Für Spitäler, Privat-Heilanstalten

und dergleichen empfiehlt

ANTON PAULY

Bettwaarenfabrik und Möbellager

nur VIII., Lerchenfelderstrasse 36

sein reichhaltiges Lager von **Bettwaaren, tapezirten Holz-** und **Eisenmöbeln.** Preisliste gratis und franco. — **Gegründet 1816.**

Referenzen liegen zur Einsicht auf. (1252)

Das leichtverdaulichste

aller arsen- und eisenhaltiger Mineralwässer.



Nach der von dem k. o. ö. Prof. der med. Chemie, Herrn Hofrath Dr. Ernst Ludwig, vorgenommenen chem. Analyse enthält dieses Wasser in 10.000 Gewichtstheilen:

Arsenigsäureanhydrid 0·061

Schwefelsaures Eisenoxydul . . . . 3·734

Ausschliessliches Versendungsrecht durch die Firma: (1114)

Heinrich Mattoni

Franzensbad, WIEN (Tuchlauben, Mattonihof). Karlsbad

Mattoni & Wille in Budapest.



Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse

VII. Jahrgang. **Wien, 29. Jänner 1893.** **Nr. 5.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Aus der chirurgischen Klinik des Hofrath Prof. Albert.

Beitrag zur Casuistik der Pankreascysten.

Von **Dr. Julius Schnitzler**, Assistent an obiger Klinik.

In einer in allerjüngster Zeit publicirten Mittheilung bestimmt Hersche[1]) die Zahl der bisnun veröffentlichten Operationen wegen Pankreascysten auf 36. Hierzu kommen zwei im Jahresbericht der I. chirurgischen Klinik für das Jahr 1887/88 publicirte Fälle[2]), die von Hersche nicht mitgerechnet sind, so dass die beiden im nachfolgenden von mir mitzutheilenden Fälle die Zahl auf 40 ergänzen. Ich lasse zunächst die beiden Krankengeschichten folgen:

Fall I. Herr D., Officier 34 Jahre alt, aus gesunder Familie stammend, hat als Knabe eine Lungenentzündung überstanden. Im Jahre 1886 stürzte er mit dem Pferde, doch war er gleich wieder im Stande weiter zu reiten. Gegen Weihnachten 1889 überstand er die damals hier heftig grassirende Influenza. Seitdem fühlte er sich nie mehr recht gesund. Zunächst bestand ein Gefühl von Unbehagen und Völle in der Magengegend. Im Februar 1890 stellte sich heftiges beiderseitiges Seitenstechen ein, das Patient ausser stande setzte zu reiten und ihm selbst das Gehen wesentlich erschwerte. Doch währte dies nur 3—4 Tage, dann blieb wieder nur jenes Gefühl an Völle und Druck in der Magengegend zurück. Bald gesellte sich jedoch hierzu hartnäckige Obstipation, Kopfschmerz, Appetitabnahme und häufiges, eine Zeit hindurch jeden Morgen erfolgendes Erbrechen. Gleichzeitig bemerkte Patient eine Umfangzunahme seines Bauches neben einer Abmagerung seines übrigen Körpers, die sich auch in einer bedeutenden Gewichtsabnahme aussprach. Bis zum Mai 1891 wurde Patient als an Magenkatarrh erkrankt behandelt. Im Mai konsultirte er Professor Oser, der das Vorhandensein einer Geschwulst konstatirte und Patient rieth, sich einer Operation zu unterziehen.

Der Kranke begab sich nunmehr zu Herrn Hofrath Albert, der den folgenden Befund konstatirte. Der Unterleib des Kranken u. zw. betreffend das Epigastrium, die Lebergegend und das rechte Hypogastrium, aufgetrieben. Diese Auftreibung reicht bis unter das Niveau des Darmbeinkammes. Ueber diesem ganzen Gebiete Dämpfung, die in die Leberdämpfung unmittelbar übergeht. Nur in der Magengegend (vor dem Tumor) tympanitischer Schall. Consistenz fluktuirend. Diagnose: Pankreascyste.

Operation (in der Eder'schen Anstalt) 20. Mai 1891. Schnitt in der Mittellinie unterhalb der tympanitischen Zone beginnend. Durch diesen Schnitt gelangt man jedoch nicht in die Bauchhöhle, daher wird ein zweiter Schnitt u. zw. im rechten Hypogastrium, angelegt; von hier aus gelangt man leicht in die Bauchhöhle und findet den Tumor, der mit einer grossen Kuppel aus dem Foramen Winslowii herausragte. Von diesem zweiten Schnitte mit der Hand im Peritonealcavum gegen den I. Schnitt vordringend konstatirte Hofrath Albert, dass das Cavum knapp neben dem median angelegten Schnitt nach rechts abschliesse, konnte dann, während der rechte Wundrand mit dem Haken stark nach rechts verzogen wurde, den Tumor nach Eröffnung des Peritoneums von der medianen Wunde aus punktieren und hier entwickeln. Es floss bräunlich gefärbte, charakteristisch riechende Flüssigkeit aus, die als Pankreassekret agnoscirt wurde. (Die Untersuchung im medizinisch-chemischen Institute ergab, wie mir Herr Assistent Dr. Smita mitzutheilen die Freundlichkeit hatte, das Vorhandensein intensiv saccharificirender, Mangel tryptischer Eigenschaften.)

Der Tumor liess sich aus seiner Einbettung ziemlich leicht emporziehen; nach rückwärts und rechts war in seiner Wandung schwammiges und leicht blutendes Pankreasgewebe eingebettet, daher von der vollständigen Exstirpation abgestanden wurde und nur der grösste Theil des Sackes abgetragen, der Rand in die mediane Wunde eingenäht und die Höhle drainirt wurde. (Die rechtsseitige Incisionswunde wurde verschlossen.)

[1]) Wr. klin. Wochenschrift 1892, Nr. 51.

[2]) Dr. R. Frank. Jahresbericht der I. chirurg. Klinik. — Wien 1889 Alfred Hölder's Verlag.

Der Wundverlauf war ein guter. Anfangs entleerte sich sehr viel, nach und nach aber immer weniger Sekret und der zunächst noch deutlich palpable Tumorrest hat sich bisnun — unter Anwendung von Einspritzung von Jodtinktur — wesentlich verkleinert. Der Kranke, der vor der Operation sehr heruntergekommen war, hat sich nunmehr völlig erholt, sein Körpergewicht beträgt 95 Kilogramm, wie in früheren Jahren; er macht seinen militärischen Dienst (Reiten etc.) ungehindert. Es sind keinerlei diabetische Erscheinungen aufgetreten.

Fall II. Die Anamnese der 54 Jahre alten Kranken ergibt keinerlei hereditäre Belastung. Zwei Kinder der Patientin leben und sind gesund. Im Alter von 34 Jahren überstand sie angeblich Scharlach, vor vier Jahren will sie an täglich wiederkehrenden, jedesmal eine Stunde lang dauernden Fieberanfällen erkrankt sein, die angeblich drei Jahre lang bestanden haben sollen. Seit einem Jahre cessiren die Menses. Vor ungefähr $1^1/_2$ Jahren bemerkte sie zum ersten Male eine Geschwulst im linken Epigastrium, die ihr jedoch keinerlei Beschwerden verursachte. Vor 10 Monaten bemerkte sie eine Fortsetzung dieser Geschwulst nach oben und aussen. Seit derselben Zeit leidet sie an heftigen Schmerzen in der Gegend der Geschwulst, die ihr die Nachtruhe rauben. — Appetit gering, Stuhl regelmässig. — Urin quantitativ und qualitativ normal.

Status präsens: Die gracil gebaute Frau ist sehr blass und mager, sieht entschieden leidend aus. Mässiger Grad von Ateriosklerose. Lungen- und Herzbefund normal. — Das Abdomen weich, Leberdämpfung in normalen Grenzen. Linkerseits prominirt ein das Epigastrium einnehmender Tumor, der nach rechts fast bis an die Mittellinie heranreicht, nach aussen die Mamillarlinie überschreitet und dessen höchste Prominenz circa 3 *cm* — verglichen mit einem symmetrischen Punkte der rechten Seite — beträgt. Contrahirt die Kranke die Bauchmuskulatur, so verschwindet der Tumor. Die Palpation ergibt einen fluctuirenden Tumor, der nach oben und aussen nicht deutlich abgrenzbar erscheint, nach unten bis unter das Niveau des Nabels reicht und in seinem oberen Antheil ausgesprochene Druckempfindlichkeit aufweist. Bei der Athmung zeigt die Geschwulst eine geringe Beweglichkeit. Ueber dem Tumor leerer Schall, der von der Leberdämpfung durch eine tympanitische Zone abgegrenzt ist, von der Milzdämpfung aussen nicht deutlich abgrenzbar ist; oberhalb des Tumors Magenschall.

Es wurde ein cystischer Tumor, als nicht unwahrscheinlich ein Echinococcus des Netzes angenommen, wofür das von der Kranken angegebene schubweise Wachsthum zu sprechen schien.

Während des Spitalsaufenthaltes hatte die Kranke fast unausgesetzt heftige Schmerzen in der Gegend des Tumors und zwar besonders in seinem äussersten Antheile. Am 18. Oktober nahm ich die Laparotomie vor. Es wurde über die höchste Prominenz des Tumors ein circa 12 *cm* langer Schnitt geführt. Nach Eröffnung des Peritoneums stellte sich sofort die runde, elfenbeinweisse Geschwulst ein, über die nur spärliche Venen in weiten Abständen von einander ziehen. Der Geschwulst liegt nach oben der Fundus ventriculi an und ist innigst mit ihr verwachsen. Nach unten liegt dem Tumor ebenso innig an ihn adhärirend das Colon transversum an, den unteren Pol des Tumors «festonartig» umkreisend.

Gleich bei einem orientirenden Versuche, ob eine stumpfe Auslösung des Tumors wohl möglich sei, riss derselbe dicht neben dem Magen an einer kleinen Stelle ein. Hierauf wurde, während die Lücke provisorisch geschlossen gehalten wurde, die Bauchhöhle durch sterile Tupfer geschützt, dann die Oeffnung des Balges vergrössert, der Inhalt des cystischen Tumors zum Ausfluss gebracht und aufgefangen. (Der Inhalt war milchig trübe, reagirte deutlich alkalisch, enthielt geringe Mengen von Serumalbumin und Blutfarbstoff, wenige granulirte Rundzellen. Ferner wurde in Hofrath Ludwig's Laboratorium eine kräftige saccharificirende Fähigkeit der Flüssigkeit konstatirt, hingegen wurden Fibrinflocken selbst bei längerer Einwirkung nicht gelöst). Nun wurde konstatirt, dass der Hohlraum der Cyste sehr weit nach hinten und oben sich erstreckte, so dass mit Rücksicht auf den schlechten Kräftezustand der Kranken von jedem weiteren Versuche einer Totalexstirpation abgestanden wurde. Ein Theil des Balges wurde abgeschnitten und der Rest in den mittleren Theil der Bauchwunde eingenäht, letztere bis auf diese Stelle durch Etagennähte vereinigt, in die Höhle, aus der es übrigens absolut nicht geblutet hatte, ein Jodoformgazestreifen eingeführt und der übliche aseptische Verband angelegt.

Der Wundverlauf war ein tadelloser. Die Bauchwunde heilte per primam, in die Fistelöffnung wurde nach einer Woche, nach Entfernung des Jodoformgazestreifens, ein dünnes Drain eingeführt, durch das sich stets nur minimale Mengen eines leicht getrübten Sekretes entleerten.

Diabetische Erscheinungen traten nicht auf.

Hervorzuheben ist, dass die Schmerzen der Patientin nach der Operation eher an Heftigkeit zunahmen, als dass sie eine Abnahme hätten erkennen lassen. Dazu gesellten sich noch irradiirte Schmerzen in der linken Schulter. Gegenwärtig entleert die Fistel nur mehr wenige Tropfen Sekret innerhalb von 24 Stunden.

Da sich fast in jeder auf einen Fall von Pankreascyste bezüglichen Publikation die ganze dieses Thema behandelnde Litteratur zusammengestellt findet, so kann ich mich hier auf wenige Bemerkungen beschränken.

Was die Aetiologie betrifft, so finden wir im ersten Falle ein vier Jahre vor der Erkrankung erlittenes Trauma (Sturz mit dem Pferde) angegeben, dessen Beziehungen zur Cystenbildung im Pankreas nach den bisherigen Erfahrungen nicht ausgeschlossen werden können. Im zweiten Falle ist in der Anamnese kein für die Aetiologie massgebendes Moment angeführt.

Was das klinische Verhalten der beiden Kranken betrifft, so ist zu betonen, dass beide sehr herabgekommen waren. Bei beiden fehlten quantitative oder qualitative Veränderungen des Urins. Bei der Patientin bestanden heftige Schmerzen, deren Charakter dem der bei Pankreascysten nicht selten vorkommenden Neuralgia coeliaca entsprach.

Die Diagnose wurde im ersten Falle richtig gestellt, nachdem die noch in Frage kommende Diagnose auf Cystenbildung (Hydronephrose) aus einer Niere in Folge des Umstandes ausgeschlossen worden war, dass niemals Därme vor dem Tumor nachzuweisen waren. Bei der Operation dieses Tumors ergab sich nun ein anatomisches Verhalten des von dem sonst bei Pankreascysten beobachteten wesentlich abweicht. Gewöhnlich wachsen die Pankreascysten, das Mesocolon und zwar vorwiegend das obere Blatt vordrängend, in die Bursa omentalis hinein uud liegen dann vom Ligamentum gastrocolicum bedeckt zwischen Magenfundus und Colon transversum. Dementsprechend war die Lagerung in unserem zweiten Falle, an dem nur noch die innige Verwachsung der Cyste sowohl mit dem Magen als mit dem Colon hervorzuheben ist, während sonst diese beiden Gebilde gegen die Pankreascyste in höherem Grade beweglich zu sein pflegen. In dem ersten der beiden hier erwähnten Fälle war jedoch die Pankreascyste nicht in der typischen Lage. Sie hatte sich vielmehr, nach Ausfüllung der Bursa omentalis ihren Weg durch das Foramen Winslowii in die freie Bauchhöhle gebahnt, ein bisher noch nicht beobachtetes Vorkommniss.

Hersche (l. c.) erwähnt, dass bisher nur zwei Fälle beschrieben sind, in denen sich Pankreascysten zwischen Magen und Leber drängten, und zwar die Fälle von Riegner[1]) und von Karewski[2]). Dasselbe Verhalten zeigte auch eine von den beiden im Jahre 1888 an unserer Klinik operirten Pankreascysten, indem auch hier ausdrücklich bemerkt ist, (l. c. pag. 23) dass die Cyste das kleine Netz vordrängte.

Ganz unzweifelhaft gilt dies übrigens wohl nicht von Karewski's Fall, sondern nur von Riegner's Fall, da dieser Operateur durch das kleine Netz schneiden musste, um auf die Cystenwand zu gelangen. Karewski hingegen drang durch das Ligamentum gastro-

[1]) Berliner klinische Wochenschrift, 1890.

[2]) Deutsche medizinische Wochenschrift, 1890.

colicum vor und nur aus der auch von HERSCHE citirten Bemerkung KAREWSKI's, dass nach der Punktion der Cyste der Magen nach oben stieg, darf geschlossen werden, dass ein Antheil der Cyste den Magen nach abwärts gedrückt hatte, also zwischen Magen und Leber gelegen war. Jedenfalls ist der hier berichtete, von Hofrath ALBERT operirte Fall der erste, in welchem eine Pankreascyste durch das Foramen Winslowii in den Bauchraum hineingewachsen war. Eine derartige atypische Lagerung einer Pankreascyste erschwert selbstverständlich ihre Diagnose sehr wesentlich. Während heutzutage beim Vorhandensein einer zwischen Magen und Colon gelegenen cystischen Geschwulst jeder Chirurg in erster Linie an eine Pankreascyste denken wird, können bei Konstatirung einer fluktuirenden Geschwulst zwischen Magen und Leber, deren Dämpfungsbezirk in den der Leber unmittelbar übergeht, mancherlei Zweifel entstehen.

Ein Leberechinococcus käme differentialdiagnostisch hauptsächlich in Frage. Wie schon KÜSTER[1]) betont, gibt hier die Aufblähung des Magens werthvollen Aufschluss. Eine Probepunktion wird man wohl lieber sein lassen, wenn man sich erinnert, dass KAREWSKI gelegentlich der Anwendung dieser Untersuchungsmethode den vor dem Tumor liegenden Magen perforirte, allerdings ohne Schaden für den Kranken. Was übrigens den diagnostischen Werth der Probepunktion bei Pankreascysten betrifft, so ist derselbe seitdem, v. JAKSCH die saccharificirende Fähigkeit als sehr vielen im menschlichen Körper vorkommenden Flüssigkeitsansammlungen zukommend erkannte, nicht zu hoch anzuschlagen. Nachdem verdauende Eigenschaften des Pankreascysteninhaltes bisher stets, wie auch in den beiden hier publicirten Fällen, fehlten, so wäre nur die Intensität, mit welcher der Inhalt der in Frage stehenden Geschwülste saccharificirt, massgebend und ein quantitatives differentialdiagnostisches Merkmal hat stets etwas sehr Missliches an sich. (BOAS[2]) hat empfohlen, behufs Konstatirung der peptonisirenden Fähigkeit des Cysteninhaltes, denselben mit Milch anzusetzen und nach Ausfällung des Caseïns auf Pepton zu untersuchen Meines Wissens ist dieser Rath bisher noch nicht befolgt worden.) Die sichere Diagnose einer Pankreascyste kann wohl nur aus ihrer anatomischen Lagerung gestellt werden. Daher wird bei einer atypisch gelagerten Pankreascyste eine richtige Diagnose wohl nur selten gestellt werden.

Was die Therapie der Pankreascysten betrifft, so kann ihre Exstirpation nach den bisherigen traurigen Erfahrungen nicht mehr ernstlich in Frage kommen. Discutirbar ist nur die Wahl zwischen einzeitiger und zweizeitiger Incision. Beide im Jahre 1888 an unserer Klinik operirte Fälle wurden zweizeitig, die beiden anderen einzeitig incidirt, alle mit gleich günstigem Erfolge. Es ist von mancher Seite hervorgehoben worden, dass die Lage der Pankreascysten es bei dem zweizeitigen Verfahren erforderlich mache, einige Nähte durch das Peritoneum und den Cystenbalg zu legen, da dieser sich sonst oft zuweit zurückziehe, um Adhäsionsbildung zu begünstigen. Das Anlegen dieser Nähte ermöglicht nun mitunter doch schon das Austreten geringer Menge Cysteninhaltes in die Bauchhöhle und macht damit das Prinzip des zweizeitigen Verfahrens illusorisch. Andererseits hat die einzeitige Incision der Pankreascysten bisher so ausnahmslos günstige Erfolge aufzuweisen, dass wohl kein zwingender Grund besteht, diese einfache Operation in mehreren Akten vorzunehmen. Nach der Punktion lässt sich der Balg ja meist leicht in die Bauchwunde einnähen. Weiterhin stimmen die bisherigen Erfahrungen darin überein, dass die nach Pankreascystenoperation zurückbleibenden Fisteln sich meist rasch schliessen, so dass auch in dieser Hinsicht die Unmöglichkeit der Exstirpation dieser Cysten nicht allzuschwer in's Gewicht fällt.

[1]) Deutsche medizin. Wochenschr. 1887.
[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1890 pag. 1195.

Ueber Syphilis hereditaria tarda.

Von **Professor Dr. Neumann**,
Vorstand der Klinik für Syphilis an der Wiener Universität.

(Fortsetzung.*)

Aus der Reihe aller dieser Affektionen wollen wir zunächst einen eigenthümlichen Symptomenkomplex hervorheben, den HUTCHINSON[1]) als für die Syphilis hereditaria tarda charakteristisch hervorhebt, und den FOURNIER mit dem Namen der «HUTCHINSON'schen Trias» belegt. — Er umfasst eine eigenthümliche Verbildung der Zähne, ferner die auch sonst bei syphilitischen Individuen vorkommende Keratitis parenchymatosa und syphilitische Labyrintherkrankungen, Symptome welche der ihnen zugesprochenen Bedeutung halber eine besondere Erörterung verdienen.

Was zunächst die Zahnaffektionen anbelangt, so haben wir bereits andernorts hervorgehoben, dass die Entwickelung des Gebisses bei hereditär syphilitischen Individuen oft einer sehr beträchtlichen Verzögerung unterliegt. Aber nicht allein dies — auch in ihrer Form weisen die Zähne solcher Kranken die mannigfaltigsten und merkwürdigsten Anomalien auf. FOURNIER, der diese syphilitischen Zahnaffektionen in seinem Werke mit besonderer Ausführlichkeit behandelt, theilt dieses Thema in folgende vier Hauptgruppen:

1. Zahnversionen.
2. Mikrodontismus.
3. Ammorphismus der Zähne.
4. Grössere Vulnerabilität des Gebisses.

Ohne in die Details dieser Gruppen und ihrer zahlreichen Unterabtheilungen näher eingehen zu wollen, begnügen wir uns mit der Konstatirung folgender Thatsachen:

Die Zähne hereditär syphilitischer Individuen und zwar sowohl die Milchzähne als auch die bleibenden Zähne kommen nicht nur häufig spät zur Entwickelung, sondern sie zeigen auch ebenso häufig in ihrer Form und Struktur Spuren einer krankhaften Wachsthumshemmung.

Vorwiegend betroffen erscheinen die oberen mittleren Schneidezähne, aber auch die übrigen Schneidezähne, die Eckzähne und die ersten und zweiten Mahlzähne beider Kiefer nehmen gelegentlich an den zu schildernden Veränderungen Theil. — Die erkrankten Zähne zeigen mitunter schon auf den ersten Blick ein überaus befremdliches Aussehen: Sie sind ins gelbliche, gelbbraune oder grauliche verfärbt, ihr Email ist verdünnt, wie angefressen, an einzelnen Stellen vollkommen fehlend; an zahlreichen anderen Stellen finden sich grubige, napf- oder becherförmige Absumptionen, sogenannte Zahnerosionen (FOURNIER), welche mehr oder weniger tief in die Schmelzsubstanz hinein sich erstrecken und dem Zahne eine honigwabenartige oder wurmstichige Oberfläche verleihen. Oefters ist die Krone des Zahnes (namentlich die der oberen mittleren Schneidezähne) wie von vorne nach rückwärts zusammengedrückt, atrophisch, mit einem schmalen fein gezähnten Rande von pathologisch verändertem Schmelz versehen, welcher vermöge seiner geringeren Resistenz mit der Zeit abgeschliffen wird und eine halbmondförmige Incisur am oberen Saume des Zahnes zurücklässt, der hiedurch kürzer erscheint als seine Nachbarn, überdies meistens an seiner vorderen Fläche abgerundet und mit konvergirenden Seitenrändern versehen ist. Diese Art von Zähnen ist es, welche HUTCHINSON namentlich als für die Syphilis hereditaria tarda charakteristisch anspricht und welche nach ihm mit dem Namen der HUTCHINSON'schen Zähne bezeichnet werden.

Mit dieser Anomalie ist jedoch die Reihe der Zahnausbildungen bei Weitem nicht erschöpft. Wir finden gekerbte, geriefte, gefurchte Zähne, Zähne mit weissen Querstreifen, ab-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 2 und 4 1893.
[1]) H., Brit. med Journ. 1858. On the diferent forms of reflammation of the eye consequent of inherited syphilis. Ophth. hosp. reponts VI. 1867. Clinical memoir de certair Diseases of the Eye and Ear consequent of inherited syphilis.

norm kleine Zähne (Mikrodontismus), Zähne in Form graulicher oder braunlicher Stümpfe mit mehreren daraufsitzenden stiftartigen Zacken, endlich Zähne, welche gänzlich die Form von solchen verloren haben und eher kleinen graubraunen Steinchen gleichen.

Alle diese Zähne sind sehr weich, ungemein leicht vulnerabel, unterliegen in hohem Grade traumatischen und cariösen Affektionen. Den äusseren Anomalien entsprechen auch Veränderungen in der Struktur. Der Schmelz erscheint verdünnt, an einzelnen Stellen nahezu oder gänzlich fehlend, die Schmelzprismen aufgelockert, an Stelle der Furchen auf die mannigfachste Art geknickt und gebrochen, das Zahnbein selbst pathologisch verändert, im Zustande «globulärer Transformation». Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die beschriebenen Anomalien als Symptome einer tiefen trophischen Störung aufzufassen sind. Ohne uns bei der durch die Praxis vielfach widerlegten Ansicht MAGITOT's [1]), CASTANIER's [2]), ROTTER's [3]) und QUINETT's [4]) aufzuhalten, gemäss welcher die Eklampsie der Kinder die Ursache dieser Anomalien darstellen würde, ohne auf die nicht hinlänglich durch Thatsachen gestützte Ansicht HUTCHINSON's einzugehen, welcher diese Zahnausbildungen auf eine während der ersten Lebensmonate stattfindende Stomatitis zurückführt, begnügen wir uns mit FOURNIER zu konstatiren, dass eben diese Missbildungen den Ausdruck eines temporären Darniederliegens, einer tiefen trophischen Störung des ganzen Organismus bilden und demgemäss auch bei sonstigen schweren Erkrankungen, ja selbst nach beträchtlicheren Traumen zur Ausbildung gelangen können. Wir können somit weder in den beschriebenen Zahnausbildungen noch insbesondere in den sogenannten HUTCHINSON'schen Zähnen, welche überdies, nebenbei gesagt, hierzulande zu den Seltenheiten zu gehören scheinen, ein spezifisches Symptom der tardirten hereditären Syphilis erblicken, müssen vielmehr konstatiren, dass wir derartige Anomalien auch bei anderweitigen Krankheiten des kindlichen Alters, namentlich bei Rhachitis nicht selten vorfinden. Anderseits wird allerdings dieses Symptom eben als Zeichen einer im Kindesalter vorhanden gewesenen schweren Erkrankung geeignet sein, unsere Aufmerksamkeit auf eine eventuelle Syphilis hereditaria tarda zu lenken oder im Verdachtsfall einen nicht unwichtigen diagnostischen Anhaltspunkt abzugeben.

Aehnliches gilt von der Keratitis parenchymatosa oder deren Residuen, jener schleichenden meist beiderseitigen Augenaffektion, welche bei syphilitischen Individuen nicht eben selten auftritt, sich mitunter mit Iritis oder Iridochorioiditis komplicirt, und zum Schlusse ihres oft Jahre in Anspruch nehmenden Verlaufes Hornhauttrübungen von grösserem oder geringerem Umfange hinterlassen kann. Wir verweisen bezüglich der Symptomatologie dieser Affektion auf den ophthalmologischen Theil des Werkes und bemerken nur, dass die genannte Augenaffektion allerdings bei der Syphilis ziemlich häufig vorkommt, dergestalt, dass die Syphilis nach WECKER und LANDORT in zwei Dritteln aller derartigen Fälle das ätiologische Moment darstellt, dass indessen das restliche Drittel auf andere Ursachen entfällt und dass namentlich diese Affektion nichts für die Syphilis hereditaria tarda Charakteristisches aufzuweisen hat.

Was nun die Gehörstörungen, den dritten Bestandtheil der «triade d'HUTCHINSON» anlangt, müssen wir von jenen Mittelohraffektionen absehen, welche im Gefolge der so häufigen spezifischen Anginen, oder in Folge konstringirender Narben an der Tuba Eustachii auftreten und von denen es klar ist, dass sie nach ihrer ganzen Aetiologie nichts für den syphilitischen Prozess Charakteristisches darstellen können. Die Affektion, um welche es sich hier handelt, ist eine im Gefolge der Syphilis mitunter auftretende, meist beiderseitige Labyrintherkrankung, welche ausser Ohrensausen selten irgend welche Beschwerden veranlasst, hingegen in ungemein rapider Weise (innerhalb einiger Wochen) zum vollständigen Verluste des Gehöres führt und bisher therapeutischen Einflüssen gänzlich unzugänglich scheint.

Der anatomische Befund ist hiebei ein vollkommen negativer. Auch diese Erkrankung kommt bei Syphilis hereditaria tarda, indessen auch bei der gewöhnlich hereditären und der acquirirten Syphilis vor, kann somit ebenfalls an sich für die Diagnose der Syphilis hereditaria tarda nur in beschränktem Maasse gebraucht werden. Wir sehen also, wie die vielbesprochene HUTCHINSON'sche Trias in ihrer praktischen Bedeutung auf ein ziemlich bescheidenes Maass zusammenschrumpft und nur bei Anwesenheit sonstiger triftiger Gründe für die Diagnose den Ausschlag geben kann. Hingegen möge hier nochmals betont werden, dass die Anwesenheit eines jeden dieser Symptome geeignet sein wird, den Verdacht auf Syphilis zu erwecken und zu weiteren Nachforschungen in dieser Richtung Anlass zu geben.

Aehnlich wie mit der HUTCHINSON'schen Trias verhält es sich mit den Erkrankungen der übrigen Organe, soweit dieselben im Gefolge der Syphilis hereditaria tarda auftreten.

Wir wollen von diesen zunächst die Knochenaffektionen als in differential-diagnostischer Beziehung besonders wichtig hervorheben. Werden doch gerade diese Affektionen nicht selten der Skrophulose zugeschrieben und dementsprechend, natürlich ohne Erfolg behandelt, um, sobald die richtige Diagnose gestellt und das entsprechende Verfahren eingeleitet worden ist, oft ungemein rasch, zu heilen. Zwei Formen sind es hier, welche hauptsächlich unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen: Die osteoperiostitischen und die gummösen Ostitiden. Erstere treten namentlich an den langen Röhrenknochen, vorzüglich an der Tibia, aber auch an den spongiösen Knochen, besonders am Schädel auf und führen unter beträchtlichen, meist während der Nacht exacerbirenden Schmerzen zu oft sehr umfänglichen Osteophytenauflagerungen und in Folge dessen zu beträchtlichen massiven Verdickungen der erkrankten Knochen. So erscheinen in diesem Falle die langen Röhrenknochen mitunter mächtig angeschwollen, von spindelförmiger Gestalt, mitunter durch die knöchernen Auflagerungen scheinbar in ihrem geraden Verlaufe alterirt, säbelscheidenförmig. — So sehen wir in diesem Falle oft mächtige tuberöse Anschwellungen einzelner Schädelknochen, so der Stirn- und Seitenwand — seltener der Schläfen- und Hinterhauptbeine. Es kommt das zu Stande, was FOURNIER die «olympische Stirne» der mit Syphilis hereditaria tarda behafteten Kinder nennt. In einzelnen Fällen kommt es auch zur Nekrosirung und Abstossung kleiner Knochensplitter und Lamellen, ein Vorgang, der alsdann, wie LANG [1]) richtig bemerkt, sich öfters symmetrisch auf beiden Seiten vorzufinden pflegt.

Was nun die gummösen Neubildungen an den Knochen betrifft, so finden sich dieselben auch bei der Syphilis hereditaria tarda vorwiegend an den Knochen des Kopfskeletts, hauptsächlich am Stirnbein, an der Nase, ferner dem harten Gaumen, und führen daselbst häufig zu hochgradigen Zerstörungen; Perforationen des Gaumens und der Nasenscheidewand, Zerstörung der Nasenmuscheln und konsekutiv zu den bekannten Formveränderungen, Einsinken und Abflachung des Nasenrückens etc. etc. Die Symptome der Erkrankung: Ozaena, Schwellung, Infiltration, Erweichung und schliessliche Perforation sind die nämlichen wie bei der gewöhnlichen Syphilis, ebenso wie ja auch die früher geschilderten Osteo-periostitiden in ihrem Verhalten von den analogen Erkrankungen, welche im Gefolge der gewöhnlichen hereditären oder acquirirten Syphilis auftreten, nicht wesentlich abweichen.

Von den sonstigen Erscheinungen der hereditären tardiven Syphilis mögen hier noch die Gehirnaffektionen besonders hervorgehoben werden. Dieselben finden sich nicht gerade

[1]) M., Traite des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères, Paris 1877. Etudes cliniques sur l'érosion des dents considence comme signe retrospectiv de l'eclampsie infantile, Paris 1881.

[2]) CASTANIER; De l'érosion on des altération des dents permanentes à la suite des maladies de l'enfantile. Paris 1874.

[3]) ROTTER; Contribution à l'étude de l'érosion dentaire, Paris 1879.

[4]) QUINET; A propcs des dents syphilitiques. Bruxelles 1879.

[1]) Vorl. üb. Syph., S. 482.

selten (FOURNIER verzeichnet in seiner 212 Kranke umfassenden Statistik 42 solche Fälle) und zwar kann die Syphilis hereditaria tarda die verschiedensten zum Theil sehr schweren Gehirnläsionen veranlassen. Da sind vor allem die Gummata und Exostosen der knöchernen Hirnschale hervorzuheben, die vermöge des durch sie ausgeübten Druckes zu allerhand Reiz- und Ausfallerscheinungen Anlass geben können, nicht selten führt die Endarteritis syphilitica zur Obliteration der Hirngefässe und zu konsekutiven Anämien oder Hirnblutungen, Gummata der Meningen, der weissen und grauen Substanz, können alle Konsequenzen der Hirntumoren herbeiführen, spezifische Encephalitiden die mannigfachsten Störungen der motorischen, sensiblen und intellektuellen Sphäre hervorrufen.

Diese syphilitischen Gehirnaffektionen sind für die Praxis von gewiss nicht zu unterschätzender Bedeutung, wie denn auch z. B. FOURNIER nicht ansteht zu erklären, dass viele Erkrankungen des Kindes- und Jünglingsalters, welche fälschlich als Meningitiden, Encephalitiden, Epilepsie erklärt werden, eigentlich nichts Anderes als Spätformen der hereditären Syphilis darstellen.

(Fortsetzung folgt.)

Die fakultative Sterilität vor dem Forum der Wissenschaft.

Dr. Hector TREUB, Prof. der Gynäkologie in Leyden, hat neuerdings ein «Lehrbuch der Gynäkologie» herausgegeben, in welchem er ein besonderes Kapitel der **fakultativen Sterilität** widmet. Der Inhalt dieses kurzen doch inhaltreichen Kapitels ist auf pag. 513—516 besagten Lehrbuches enthalten und lautet — aus dem Holländischem wörtlich übersetzt — folgendermaassen:

«**Fakultative Sterilität**».

«Die Frage der willkürlichen Beschränkung der Anzahl Geburten ist primo loco keine medizinische Frage. Sie ist vor allem eine ökonomische Frage, die nicht leichter Hand und nicht mit Gewissheit in einem Alle befriedigenden Sinne gelöst zu werden vermag, weil sie hier oder dort bald mit Glaubensgrundsätzen, bald mit überlieferten Moralitätsbegriffen in Streit geräth.

Eine rein medizinische Frage wird sie erst dann, wenn man wissen will, welche Mittel zur Erreichung des Zieles geeignet sind, und welche ohne Schaden für die Gesundheit können angewendet werden.

Diese ist dann auch die einzige Frage auf welche eine kurze Antwort in einem Lehrbuch der Gynäkologie nicht fehlen darf. Bisher wird in medizinischen Werken die fakultative Sterilität entweder nicht berührt, oder es wird mit einer Art pharisäischer Entrüstung über sie gesprochen, und eine grosse Zahl von Inkonvenienzen werden ihr zur Last gelegt. Letzteres indessen nur in Form nichtssagender Phrasen, ohne irgend ein Beispiel oder eine Thatsache dafür anzuführen. Der einzige Autor, welcher Thatsachen bringt, nämlich BERGERET, hat in seinem viel citirten Buche nichts Anderes bewiesen, als dass derselbe von der Pathologie des weiblichen Genitalapparates keine blasse Ahnung besitzt. Solches beweist er schlagend, ferner aber auch, wie ich nochmals wiederholen will, — nichts — !

Es würde doch dem Gynäkologen, welcher selber reinigende Irrigationen verordnet, schwerfallen, zu beweisen, oder nur die Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass Irrigationen dann schaden würden, wenn sie post coitum stattfänden!

Ebenso schwer würde es ihm werden nachzuweisen, dass in der Regel psychische Nachtheile dem Congressus interruptus drohen, weil dadurch der Geschlechtstrieb der Frau nicht befriedigt wurde, sofern er weiss, dass den meisten Frauen der zu Ende geführte Coitus weder Befriedigung noch irgendwie Genuss gewährt!*)

Und wie würde er endlich beweisen können, dass ein durch ihn selbst eingeführter Ring keinen Schaden bringe, dagegen wohl einem durch die Patientin eingeführter Ring Schaden anhafte!?

Dieses ist schlechtweg unmöglich!

*) Anm. d. Uebers. Dieses ist nach Nation und Bekenntnissen sehr verschieden.

Als Mittel, von denen an und für sich niemals Gefahr zu befürchten ist, nenne ich 1. die Vaginalinjektionen, 2. das Pessarium-occlusivum, ausserdem Mittel, welche beinahe niemals zu Beschwerden Veranlassung geben, den Congressus interruptus und den Condom. Die Thatsache selber, dass Schwangerschaft vorgebeugt wird, kann ebensowenig eine Ursache für Gefahr sein. In der grossen Anzahl steriler Ehen kommt von solcher Gefahr nichts zu Tage, und es genügt heutzutage, um sich zu schauen, um zur Ueberzeugung zu gelangen, dass auch die willkürlich veranlasste Sterilität für die Gesundheit nicht nachtheilig sei.

Die soeben genannten Mittel bedürfen an dieser Stelle keiner ausführlicheren Beleuchtung. Die Vaginalinjektion muss unmittelbar post coitum ausgeführt werden; als Injektionsflüssigkeit gebraucht man am besten lauwarmes Wasser, in dem eine kleine Quantität Borsäure, Salicylsäure, Zinc. sulph., oder etwas derartiges aufgelöst ist. Absolut sicher ist diese Methode nicht, weil es vorkommen kann, dass unmittelbar ein Theil des Spermas in den Uterus gelangt, also nicht mehr durch den Wasserstrahl erreicht wird. Meistens indessen liegt die Ursache des Misslingens darin, dass man zu lange post coitum wartet.

Das Pessarium occlusivum besteht aus einem Kugelsegment von dünnem Kautschuk, dessen Rand um einen dünnen federnden Stahlring herum gelegt ist. Soll dieses Pessarium seinem Zweck entsprechen, so muss es 1. die genaue passende Grösse haben, welche man zunächst schätzt, sodann durch Einpassen weiter bestimmt, und 2. muss es täglich entfernt und gereinigt werden. Das letztere ist erforderlich um vorzubeugen, dass hinter dem Pessarium die Sekrete des Uterus sich nicht aufstauen und faulig zersetzen.**)

Desshalb ist es am besten Abends den Ring einzuführen, Morgens ihn zu entfernen, unmittelbar darauf wird dann die Vagina mit lauwarmen Wasser ausgespült. Die Patientin selber muss also lernen sich das Pessar einzulegen, welches meistens mühelos geschieht. Wenn das zusammengedrückte Pessarium horizontal durch die Vulva geschoben wird, findet es von selbst seinen richtigen Ort, sobald es sich in der Vagina befindet. Passt das Pessarium nicht, dann schützt es natürlich nicht. Scheinbar ist dasselbe auch zuweilen wirkungslos dadurch, dass es obgleich von passender Grösse, nicht sicher liegen bleibt. Solches ist jedoch, wenn es je sollte vorkommen, eine grosse Ausnahme.

Der Condom endlich ist sowohl wie der Congressus interruptus ein zweckmässiges Mittel. Beiden wird jedoch zur Last gelegt, dem zweiten besonders, dass sie Veranlassung geben zu nervösen Klagen, sowohl beim Manne, als auch bei der Frau.

Hat man es mit zu nervösen Leiden disponirten Individuen zu thun, so ist solches für den Mann verständlich, für die Frau jedoch nur in jenen Fällen, in welchen der Congressus interruptus für sie geringwerthiger ist, als der coitus completus.

Will man solche Mittel verordnen, unter denen der Congressus interruptus den grossen Vortheil besitzt, dass er weder vor, noch nach dem Coitus einer Manipulation bedarf, so muss man in der Lage sein den eventuellen Einfluss auf das Nervensystem seiner Patienten kontroliren zu können.

Die obenangeführten Indikationen werden, wie ich glaube, genügen, um den Arzt in den Stand zu setzen, die gewöhnlich lautende Frage: «welches Mittel muss ich gebrauchen?» — nicht die Frage: «soll ich ein Mittel zur Vorbeugung der Gravidität gebrauchen?» — auf rationelle Weise zu beantworten.»

In höchst markanter Weise präcissirt TREUB durch den letzten Satz seinen Standpunkt als Arzt, als Hygieniker — durch die Beantwortung der ersten Frage; denn dem Arzte muss es von vorneherein klar sein, dass vermöge seiner Kenntnisse und seiner Erfahrung er ganz genau alle diejenigen Fälle kennen muss, in denen erneuerte Gravidität der betreffenden Patientin Krankheit oder Tod bringen muss. Es handelt sich für den Arzt diesfalls keineswegs mehr um die Frage, ob überhaupt fakultative Sterilität in Frage komme, diese Frage ist für ihn bereits ein überwundener Standpunkt — die Antwort ist selbstverständlich, — sondern es handelt sich da bei ihm nur um die Frage, **welches** Mittel der Vor-

**) Anm. d. Uebers. Diese Neigung ist individuell sehr verschieden.

beugung zu gebrauchen das richtigere sei?, und da hat Verfasser dann in kurzer Zügen dem behandelnden Arzte die Direktive gegeben, wie er zu verfahren habe, um der obsolet Indikation Genüge zu leisten.

Seine zweite Frage im obigen Absatze: «soll ich Mittel zur Vorbeugung der Schwangerschaft gebrauchen» gebührt dem Arzte nicht zu beantworten, weil er es zu dieser Frage als Arzt gar nicht ein Mal soweit kommen lassen darf, dieser in den betreffenden Fällen also schon zuvorgekommen sein muss. Diese Frage überantwortet er mithin dem ökonomischen Gebiet, das die medizinische Wissenschaft nicht berührt.

Somit verweist er die frühere übliche Redensart Seitens des Arztes: «er müsse vor Schwangerschaft warnen», um es dann den Patienten zu überlassen, in welcher Weise sie dieser unbestimmten Aufforderung nachleben sollten, in die Rumpelkammer; diese «Warnung» ist ihm abhold geworden. — TREUB ist da positiv!

Dass mir, der ich ursprünglich ein Landsmann des hochgeehrten Verfasser's bin, in dieser offiziellen und bündigen Weise die volle Berechtigung zu meinem literarischen Auftreten seit 1880 in seinem für den Unterricht in der Gynäkologie in den Niederlanden (dem Geburtslande eines BOERHAVE, eines Hugo GROTIUS) bestimmten Werke, zugesprochen wird, dass sogar meine Nomenklatur wissenschaftliche Berechtigung erhalten, das ist mir eine unendliche Genugthung, und es wird mir jeder, der über die Pflichten des Arztes, Hausarztes, gegenüber der Nothlage des weiblichen Geschlechts mit mir die gleiche Ansicht hegt, nachfühlen können, welchen Lebensmuth ich an meinem Lebensabend daraus zu schöpfen berechtigt bin. Habe ich doch recht viel kollegialische Unbill erlitten, die ich aber ohne Groll getragen, in der Ueberzeugung, gläubig die Wahrheit gewollt und sie nicht in die Wüste hinein gelehrt und gepredigt zu haben.

Dr. Mensinga.

Mittheilungen aus der Praxis.

Ueber eine bisher unbeachtete Eigenschaft des Dermatols (bas. gallussauren Wismuthoxyd).

Von **Dr. Georg Wicke** in Heinreichsthal.

Da ich eine sehr willkommene Eigenschaft des Dermatols bisher noch nirgends erwähnt gefunden, glaube ich mit deren Bekanntmachung nicht länger mehr warten zu sollen, zumal sich mir dieselbe in allen Fällen ausnahmslos bewährt hat.

Es handelt sich nämlich um die auffallend rasche anästhesirende Wirkung, welche das Dermatol über einen Lapisschorf ausübt, auf welche ich aufmerksam geworden bin gelegentlich der Behandlung einer üppigen Granulationsfläche, die öfters mit Lapis bestrichen werden musste, und auf welche ich unmittelbar nach dem Aetzen in der Absicht, die allzureichliche Sekretion zu beinflussen, Dermatol gestreut hatte.

Der Kranke, ein 15jähriger Knabe, mit einer ungefähr Thalergrossen Granulationsfläche auf der Streckseite des Vorderarmes, der eben noch mühsam die Schmerzen verbiss, welche ich ihm mit dem Lapis verursachte, ward wenige Sekunden darnach plötzlich ruhig und theilte mir mit froher Miene mit, dass die Schmerzen auf einmal fast ganz verschwunden wären. Diese Beobachtung war mir um so erwünschter, als der Kranke, der bereits eine kaum mehr zu überwindende Scheu vor dem Höllenstein hatte, sich von nun an die Aetzungen ohne alle Angst wiederholen liess.

Seither habe ich in allen Fällen, in welchen ich den Lapis zur Hand nehmen musste, den Dermatol-Streuer bereit, um sofort die geätzte Granulationsfläche, mit einem Dermatolflor zu bedecken, und es gewährt mir jedesmal ein Vergnügen, an dem unvorbereiteten Kranken den raschen, angenehmen Empfindungswechsel am Mienenspiel zu beobachten.

Die Möglichkeit, zu prüfen, ob das Dermatol, auch auf Brandwunden so auffallend anästhesirend wirke, hatte ich bis jetzt leider noch nicht.

Militärärztliche Zeitung.

Unser Militär-Sanitätswesen und dessen zeitgemässe Reorganisirung.

(Fortsetzung*)

Das untergeordnete militär-ärztliche Hilfspersonal.

Die seit mehr als zwei Dezennien bei allen Armeen Europas herrschende rege organisatorische Thätigkeit bezüglich ihres Militär-Sanitätswesens beschränkt sich nicht allein auf die leitenden Persönlichkeiten desselben, sondern auch auf das untergeordnete ärztliche Hilfspersonal, welches mit Recht als ein bedeutender Faktor des Militär-Sanitätswesens angesehen wird. Es ist eine hohe und heilige Pflicht des Staates, das Vertrauen, welches seine Schutzbefohlenen, die sich dem Kampfe aussetzen, in Bezug auf das Militär-Sanitätswesen hegen, in vollstem Masse zu rechtfertigen. Das Schmerzenslager des Soldaten, ob reich oder arm, muss in die Hände eines emsig und tüchig herangebildeten Wartepersonales gelegt werden, das human, bereitwillig, unverdrossen und theilnehmend seine Aufgaben erfüllt und das durch eben diese Eigenschaften den Verwundeten vergessen lassen soll, dass derselbe nicht im Elternhause, sondern in einem Kriegslazarethe untergebracht sei. Aber die Wirkungen der so hoch entwickelten Schusswaffen der Jetztzeit verlangen nicht nur eine vollkommene Qualität, sondern auch eine vollständige Quantität des Wartepersonales, da die Präzision der heutigen Geschütze, die Perkussionskraft und Rasanz des nahezu in allen europäischen Armeen bereits eingeführten kleinkalibrigen Gewehres, in den Zukunftskriegen kaum geahnte Verheerungen in den Reihen unserer Krieger anrichten dürften. Unser ärztliches Hilfspersonal dürfte im Ernstfalle daher kaum den bescheidensten Anforderungen entsprechen, da es absolut unzulänglich ist. Es muss daher jede Staatsverwaltung mit aller Energie daran gehen, durch ausgiebige Vermehrung des ärztlichen Hilfspersonales und dessen qualitative Ausbildung die Garantien dafür zu bieten, das menschenmöglichste gethan zu haben, sie muss daher diese Abtheilung zur höchsten Potenz der Leistungsfähigkeit erheben, und alles Nöthige veranlassen, damit dem Staate nicht dereinst der Vorwurf leichter Auffassung der Pflichten gemacht werde. Speziell in Oesterreich ist diesem idealen Standpunkte noch nicht vollkommen Genüge gethan.

In Russland bestehen drei Anstalten für 600 Zöglinge mit je drei Klassen, in welchen dieselben zu Feldscheren herangebildet werden, um nach Absolvirung sämmtlicher Studien den niederen Dienst als Gehilfen der Aerzte zu versehen, um nach Jahren, bei entsprechend guter Aufführung zu Bataillons-Feldscheren befördert zu werden. Eine andere Art der Ausbildung geschieht durch Kommandirung von befähigten Soldaten des zweiten Dienstjahres, welche sich voraussichtlich dazu eignen, in die Lazarethe. Dies sind die «Feldscherenschüler der Truppe». . . . bezweckt eine genügend grosse Reserve von tüchtigen Sanitätsmannschaften zu erhalten. Ausser diesen steht noch eine grosse Anzahl von Feldscheren auf dem Etat der Hospitäler. Ausser den Feldscheren besitzt die russische Armee noch zwei Kategorien von Hilfspersonal, und zwar Hospitaldiener und Krankenträgersanitäre. Der Dienst der Ersteren beschränkt sich auf Krankenwartung, Instandhaltung des Krankenzimmers, dann auf häusliche und wirthschaftliche Dienstesverrichtungen. Die Sanitäre haben die Aufgabe, entweder die Verwundeten auf dem Schlachtfelde zu laben, oder sie werden den Divisions-Lazarethen zugetheilt.

Die deutsche Armee hat mit Ausnahme der zwei bayrischen Korps gegenwärtig drei verschiedene Kategorien von untergeordnetem Sanitäts-Hilfspersonal: 1. Lazarethgehilfen, 2. Krankenwärter, 3. Krankenträger, welches aber zusammen durchaus nicht eine Art Sanitätstruppe bildet. Die Lazarethgehilfen sind gleich den deutschen Sanitätsoffizieren Mitglieder des Soldatenstandes und behalten die Rechte der Combattanten. Mannschaften, welche mindestens 6 Monate bereits mit der Waffe gedient hatten und die Eignung besitzen werden, wenn sie sich freiwillig dazu melden, in einem Garnisons-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 3 und 4, 1893.

Lazarethe als Lazarethgehilfen-Lehrlinge durch ein volles Jahr herangebildet. Der Unterricht geschieht von einem besonders dazu designirten Militärarzt. Praktisch haben sie den Hilfs- und Pflegedienst in den Krankenzimmern zu versehen. Die höchste militärische Stufe, die sie erreichen können, ist die eines Oberlazarethgehilfen. In den Lazarethen üben sie die niedere Chirurgie. Im Mobilisirungsfalle verbleiben sie zum grössten Theile bei ihren Truppentheilen, während des Gefechtes sind sie ärztliche Handlanger. Die Krankenwärter rekrutiren sich aus der Infanterietruppe, ihre Ausbildung geschieht am Krankenbette, sie sind nicht beförderungsfähig. Ihr Dienst besteht in der Wartung und Pflege der Kranken und Verwundeten. Im Gefechte werden sie zur Verfügung der Truppenärzte gestellt. Eine abweichende Organisation besitzt Bayern.

Das untergeordnete Sanitätspersonal bildet in Russland und Deutschland keine geschlossene Truppe, welche unter dem Kommando von Sanitätsoffizieren in den Rahmen der Armeeorganisationen eingefügt ist. In anderen Armeen bildet dagegen das militär-ärztliche Hilfspersonal ein geschlossenes Ganzes, ein besonderes Korps, unter Kommando der Sanitätsoffiziere.

Bei der Organisation des Militär-Sanitätswesens fremder Armeen fällt uns beinahe überall übereinstimmend auf, dass mit der Einführung der allgemeinen Wehrpflicht und Aufstellung von Volksheeren das Militär-Sanitätswesen zur gebührenden Selbstständigkeit gelangt und sozusagen Herr in seinem Hause wird. Den Reigen beginnt Deutschland, 1873, sieben Jahre darauf folgt Italien. England, das bis heute ein Söldnerheer im vollsten Sinne des Wortes erhält, gibt seinem Militär-Sanitätswesen 1884 freie Hand, seinen Sanitätsoffizieren Befehlshaber und Disziplinarrechte auf dem Gebiete ihrer Thätigkeit ertheilend. Oesterreich bleibt der einzige Grossstaat Europas, der trotz seiner sonstigen fortschrittlichen Armeeorganisation sein Militär-Sanitätswesen nicht auf die Höhe zu bringen wusste, wie es die anderen Staaten gethan, welcher seinem Militär-Sanitätswesen bis jetzt die in den anderen Armeen anerkannte Nothwendigkeit der Selbstständigkeit und Gleichberechtigung vorenthält und dadurch dessen zeitgemässe Entwicklung hemmt. Dies kann unbedingt nicht im Interesse eines Volksheeres liegen!

Italien, Norwegen, England und die Schweiz besitzen neben ihrem Sanitätsstabe eine mit demselben organisatorisch innig verbundene Sanitätstruppe, Frankreich eine Art Sanitätstruppe (die Sectionen der Infirmiers), die aber nicht ausdrücklich als Sanitätstruppe bezeichnet ist. Deutschland hat keine Sanitätstruppe; auch die zwei bayerischen Sanitätskompagnien sind keine Sanitätstruppe im organisatorischen Sinne.

Bei aller sonstigen Verschiedenheit in der organisatorischen Form finden wir eine auffallende Aehnlichkeit in der Gruppirung, Ergänzung und Ausbildung der Sanitätsmannschaften. Ueberall wird auf die besondere Ausbildung der bereits bei der Aushebung dazu gewählten Rekruten zu Krankenwärtern grosses Gewicht gelegt. Neben dieser Gruppe finden wir eine weitere für die Oekonomie und das Rechnungswesen bestimmte, worauf die Gruppe der Krankenträger folgt. Zuletzt finden wir in Deutschland und Russland ein für die Aerzte direkt bestimmtes Hilfspersonal mit sorgfältiger Ausbildung. In allen angeführten Armeen und dies besonders in Italien, üben die Sanitätsoffiziere Befehlshaberrecht über sämmtliche Personen aus, die auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens Dienst thun; wogegen in Deutschland die Sanitätsoffiziere zwar im Vorgesetztenverhältnisse zu allen Mannschaften sich befinden, doch das Befehlsrecht und die Disziplinargewalt nur über Aerzte, Pharmazeuten, Lazarethbeamte, Lazarethgehilfen und Krankenwärter, also nicht auch über zugetheilte Offiziere haben. Ueberall hat der Sanitätsoffizier dadurch freie Hand und alle Rechte, die ihn in den Lazarethen befähigen, sich unbedingten Gehorsam, unbeirrt durch Zwischenkommanden, bei seinen Untergebenen zu verschaffen. Dadurch wird der Dienst ein genauer und geordneter, weil nur eine Persönlichkeit in der Heilanstalt befiehlt und straft.

Seit Radetzky's Zeiten haben wir in Oesterreich die Sanitätsabtheilungen, die ursprünglich als Sanitätskompagnien formirt, vielfache Reorganisationen durchmachten, während heute die Sanitätstruppe zum Sanitätshilfsdienste, insbesondere zur Pflege der Kranken und Verwundeten in den Militär-Sanitätsanstalten im Frieden und im Felde bestimmt ist. Dieses technische Korps muss analog den anderen technischen Truppen ein besonders ausgebildetes sein, ja womöglichst dieselben überbieten. Ein militärischer Krankenwärter muss opferwillig, hingebungsvoll, rechtschaffen, wahrheitsliebend und nüchtern sein. Die Erziehung muss daher eine zielbewusste und einheitlich geleitete sein, da nur eine solche die erstrebten Resultate erzielen kann. Heute haben wir ein Krankenwartepersonal, das seiner Aufgabe kaum genügt, respektive auf der Grundlage einer dualistischen Erziehung ausgebildet, unmöglich voll genügen kann.

Ueberall in unserer Armee, sei es bei den Truppen, sei es bei den Armeeanstalten, wird das Prinzip eines einheitlichen Kommandos als das bei einer Armee einzig mögliche anerkannt und auch konsequent durchgeführt, nur nicht beim Militär-Sanitätswesen. Der Erste hat hier das Recht, zwar Anordnungen zu treffen, aber nicht diesen Anordnungen durch das Kommando und Disziplinarstrafrecht gebührenden Nachdruck zu verschaffen, die anderen haben die letzteren Befugnisse, nicht aber das Recht der Anordnung, wenigstens was das allgemeine Getriebe der Heilanstalt anlangt. Der Chefarzt, ordnet an oder verfügt auf dem Wege, durch Vermittlung des Sanitäts-Abtheilungskommandanten; dem Ausdrucke «Befehl» wird aber peinlich ausgewichen. Der Spitalsleiter ist kein Vorgesetzter, denn er darf keine Befehle austheilen; dazu ist der Sanitätskommandant da. Das Wartepersonale kümmert sich daher wenig um den Ersteren und respektirt daher den Letzteren dafür mehr. Die Militärärzte haben zwar das Recht, den Krankenwärtern und Kommandirten «Anordnungen» zu ertheilen, diese dürfen aber gegen dieselben beim Sanitäts-Abtheilungskommandanten Beschwerden vorbringen! Unter einem solchen Dualismus und dessen zersetzendem Einflusse vegetirt unsere Sanitätstruppe, welche nach ihrer gegenwärtigen Ausbildung und ihrem Können kaum den Namen einer modernen Sanitätstruppe verdient! Das sind die Erziehungsresultate zweier sich diametral entgegenstehenden Gegensätze: des technischen Leiters und des sogenannten technischen, militärischen Kommandanten, die nie gemeinsam vorgehen werden, denn bei den beiden sind die Begriffe über die Erziehung der Sanitätstruppe ganz andere. Das starre Gesetz zwingt wohl Beide zur Aufrechterhaltung der Form, aber freudiges, opferwilliges Handeln wird diese Erziehung nie leiten, da gegenseitige Eifersucht, oder was noch schlimmer, gegenseitiges Zuschanzen der Arbeit jede zielbewusste Erziehung stört und nur ganz unbrauchbare Halbheiten zu Tage fördern muss. Eine solche von zwei feindlichen Lagern geleitete Truppe kann daher Manneszucht, Pünktlichkeit und Gehorsam nicht ihr eigen nennen.

(Schluss folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 20. Jänner 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Prof. Hofmokl: *Ein durch Operation geheilter Fall von Höhlenbildung der Lunge.*

Vortragender hat bereits im Jahre 1888 einen ähnlichen Fall in der Gesellschaft demonstrirt, der mit dem jetzt vorgestellten sehr viel gemeinschaftliches hat. Hier handelte es sich um einen 25jährigen, sonst stets gesunden Commis, welcher seit vier Jahren an trockenem Husten litt. 8. August 1892 kam reichliches, übelriechendes Sputum zum Vorschein; Nachtschweisse und Abmagerung. Links vorne bis zum unteren Rande der dritten Rippe Schall gedämpft mit tympanitischem Beiklange, über den gedämpften Partien zahlreiche mittelblasige Rasselgeräusche, Stimmfremitus über denselben verstärkt. Sputum reichlich, von üblem Geruche, enthält keine Tuberkelbacillen, im zweiten linken Interkostalraume GERHARD'scher Schallwechsel. Da die Prostration immer mehr zunahm wurde zur Operation geschritten. Der zweite Interkostalraum wurde freigelegt, wobei sich die schiefergraue Lunge mit der Pleura verwachsen zeigte. Die Incisions-

öffnung wurde nun lose tamponirt, da aber die darunter liegende Caverne nicht perforiren wollte, wurde diese später mit dem Paquelin eröffnet, wobei stinkender Schleim herauskam. Bei dem Versuche, die Höhle mit der Kornzange zu erweitern, trat eine heftige nur schwer stillbare Hämorrhagie auf, die durch rasche Tamponade gestillt wurde. Schon am vierten Tage verringerte sich der Husten, 8 Tage nach der Operation war das Sputum bereits geruchlos und am 10. Tage konnte Patient bereits das Bett verlassen. Inhalationen von Terpentin konnte er aber nicht vertragen. Seit der Operation (i. e. $4^1/_2$ Monate) stieg das Körpergewicht von 53 Kilo auf 75. Die Differentialdiagnose würde hier zwischen Abscess und partieller Ektasie der Bronchien schwanken. Da kein eigentlicher Eiter vorhanden war, so entscheidet sich Vortragender mehr für Letztere.

* * *

***Dr. Julius Mannaberg:** Neuere Forschungen auf dem Gebiete der Malariaätiologie.*

Nach einem kurzen historischen Rückblick auf die Entwicklung unserer Kenntnisse von den Malariaparasiten erörtert der Vortragende die Artverschiedenheiten der Malariaparasiten und ihre Beziehungen zu den Fieberformen. MANNABERG theilt die Malariaparasiten in zwei Gruppen ein und zwar in Malariaparasiten mit direkter Sporulation, ohne Syzygien und in Parasiten mit direkter Sporulation und mit Syzygien.

In die erste Gruppe gehören die Quartanparasiten und die Tertianparasiten, in die zweite die pigmentirten und die unpigmentirten Quotidianparasiten, ferner die malignen Tertianparasiten. Die letztgenannte Art hat MANNABERG, noch ehe die vorläufige Mittheilung über dieselbe von MARCHIAFAVA und DIGNAMI erschienen ist, vollständig beobachtet und er ist in der Lage, die in der letzten Zeit von den beiden genannten Autoren erfolgten Mittheilungen über die Art der betreffenden Fieber, über die Eigenthümlichkeiten des Fieberverlaufes etc. zu bestätigen.

MANNABERG hat mittelst einer entsprechenden Beleuchtungsart (offene Blende, schiefe Stellung des Hohlspiegels) sich davon überzeugen können, dass die Jugendformen aller Parasitenarten nicht, wie MARCHIAFAVA und CELLI fortgesetzt behaupten, endoglobulär, sondern wie LAVERAN es vom Anfang an beschrieben hat, den rothen Blutkörperchen von aussen her angedrückt sind.

Auf die halbmondförmigen Körper übergehend, theilt MANNABERG mit, dass er diese Körper unter 43 Fällen von Sommerfiebern (Infektionen mit der zweiten Gruppe) 37 Mal aufgefunden hat. Er setzt seine Ansicht über die Entstehung der Halbmonde aus der Conjugation von 2—4 amöboiden Körperchen auseinander, und hält dieselbe, auf Grund neuerer Beobachtungen an nativen Präparaten, in welcher er die Verschmelzung von amöboiden Parasiten wiederholt konstatiren konnte, gegen LAVERAN aufrecht.

Die von ihm gefundenen Stadien der Verschmelzung und der Segmentirung der Halbmonde, welche von LAVERAN nicht bestätigt werden, demonstrirt Vortragender an mehreren Mikroskopen.

Auch gegen die Ansicht LAVERAN's, dass die Halbmonde Produkte der Kachexie wären, wendet sich MANNABERG mit dem Hinweis auf seine Untersuchungen, denen zufolge Halbmonde bei Kranken mit sporadischer Intermittens (I. Gruppe), wenn die Krankheit noch so lange gedauert hatte, nie zu finden sind, während sie von ihm bei Kranken mit schwerer Malariainfektion (II. Gruppe) schon in den allerersten Tagen, wo von Kachexie noch keine Rede sein konnte, nachgewiesen sind.

Schliesslich bespricht MANNABERG kurz die Wirkungsweise des Chinins, welche er an Structurpräparaten studirt hat; aus diesen geht hervor, dass, wie Vortragender es schon vor zwei Jahren publicirt hat, das Chinin eine Nekrose, Zerreissung und Sterilisirung der Parasiten zur Folge hat.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 23. Jänner 1893.

***Dr. H. Weiss:** Ein seltener Fall von Atrophie.*

Vortragender demonstrirt einen 5 Jahre alten, gut genährten Knaben, bei dem keinerlei hereditäre Belastung nachzuweisen ist und bei dem in der 6. Lebenswoche ein Fraisenanfall aufgetreten war. Vor zwei Jahren fiel er von einer steinernen Treppe herab, verletzte sich nicht, aber sein Gang wurde seit dieser Zeit, besonders im rechten Beine behindert. Stat. praes: Hochgradige Atrophie des rechten Beines, von den Zehen bis zum Becken hinaufreichend; Haut cyanotisch, von sclerodermatischer Beschaffenheit, dünn, in Falten nicht abhebbar, gespannt. Beweglichkeit in den einzelnen Gelenken behindert, am meisten im Sprunggelenke. Fuss in allen Dimensionen im Wachsthum zurückgeblieben; Becken rechts aplastisch. Oberschenkelknorren und Epiphysen im Beine relativ gross; Schädel links aplastisch, Haargrenze bis in den 3. Stirnbogen hineinreichend. Sonst nirgends eine Lähmung. Femoralarterie links weiter als rechts. Rechts im Peroneus geringere Reaktion gegen elektrische Ströme als links. Brachycephalie an der Grenze des Pathologischen. Gaumenbögen gut entwickelt. Sensibilität überall erhalten.

BENEDIKT theilt die Atrophien in drei Gruppen, und zwar: 1. Keimdefekte. Dieselben sind kongenital, geben nicht in Sclerodermie über und kommen zumeist bei der Hemiplegia spastica vor. Die Theile können entweder gleich von der Geburt an im Wachsthum zurückbleiben, oder die Wachsthumstörung findet erst in einer späteren Periode statt. 2. Hemmungsatrophien (hypothetische Form). 3. Aktive Schrumpfungsprozesse aus unbekannten Ursachen. VIRCHOW beschrieb ferner die Atrophia cruciata, welche auf frühzeitige Lähmungen eintritt.

In dem vorliegenden Falle handelt es sich um einen aktiven Schrumpfungsprozess und derselbe muss daher in die 3. Gruppe eingereiht werden.

BENEDIKT bemerkt, dass stets von neuritischen Prozessen gesprochen wurde, obwohl man unter dem Ausdrucke «Trophoneurose» nichts eigentliches verstehe, weil wir bei neuritischen Prozessen einen Mechanismus nicht kennen. Die Keimungsprozesse seien eine tägliche Erscheinung. Es gibt keinen Menschen, bei dem nicht irgend eine Assymetrie vorkommt. Der Prozess kann entweder gleich nach der Geburt seinen Anfang nehmen, oder erst in einem späteren Alter beginnen. Ist die Keimungsdifferenz gross, so kann es zu angeborenen Aplasien kommen. Die vorliegende Schrumpfung kann als aktive bezeichnet werden, weil wir die Sclerodermie sehen. Die Schrumpfung der Haut ist eine aktive und wir können schliessen, dass auch die Muskeldegeneration eine aktive sei. Der Prozess wird einseitig fortschreiten, er steht aber mit der Aplasie des Schädels nicht in direktem Zusammenhange. Am Schädel ist eine primäre Veranlagungsaplasie vorhanden, welche mit dem einstigen epileptischen Anfalle in Zusammenhang steht. Die andere Aplasie ist erst in einer späteren Epoche aufgetreten. Es ist dies ein Fall sui generis und ausserordentlich selten.

(Den interessanten Vortrag Professor L. MAUTHNER'S «Ueber diabetische Augenerkrankungen» bringen wir demnächst ausführlich.)

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 11. Jänner 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

***Dr. Singer:** Demonstration eines Falles von Spontangangrän.*

Eine früher gesunde, neuropathisch nicht belastete Patientin bekam August 1892 zum ersten Male tonische Krämpfe in den Händen mit Bewusstseinsstörung, ohne vorausgehende Aura. Als sie eines Tages von einem Anfalle, während dessen sie mit der linken Hand auf einen Nähpolster aufgefallen war, erwachte, bemerkte sie im linken Unterarm heftige Schmerzen. In kurzen Zeitperioden wurden ihr nun an der Klinik 3 Nähnadeln hintereinander

aus dem Arme herausgezogen. Die Stelle, an welcher die letzte Nadel herausgezogen wurde, zeigte einige Tage darauf eine fortschreitende Gangrän, die sich jetzt im Demarkationsstadium befindet. Innere Organe gesund, im Harn kein Zucker, vorübergehende Thermoanästhesie, links Sensibilität daselbst herabgesetzt, keine Einschränkung des Gesichtsfeldes; seit einem Jahre leidet Patientin an Globus, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und unruhigem Schlaf. SINGER deutet den Fall als Spontangangrän auf hysterischer Basis.

Prof. DRASCHE fügt diesem Falle eine eigene Beobachtung bei, indem bei zwei Fällen von Influenza alle Fingerspitzen gangränös wurden. Auch in Berlin ist ein solcher Fall beobachtet worden.

* * *

Hofr. Drasche: Ein Beitrag zur Aorteninsufficienz.

Vortragender hat sich schon seit einer Reihe von Jahren mit Klappenfehlern, speziell mit Aorteninsufficienz beschäftigt und der Frage nachgeforscht, inwieweit der Ausdruck «Kompensation» richtig sei. Es gibt, wie bekannt, eine ganze Reihe von Klappenfehlern, die ohne Beschwerden ertragen werden und oft erst durch Zufall entdeckt werden. Die Insufficienz einer Klappe schädigt nicht den Kreislauf, sie verursacht höchstens eine Vergeudung der Herzkraft. Nur die Stenosen setzen gewisse Cirkulationsstörungen. BREISKY war der erste, welcher nachwies, dass bei der Aorteninsufficienz durch die Klappen selbst eine Kompensation des Herzfehlers stattfinde. Ihm schlossen sich JAKSCH u. A. an. Die 3 Klappen an der Aorta sind viel zu gross für das Ostium. Durch Messungen konnte sich DRASCHE überzeugen, dass die Klappen sehr selten eine gleiche Spannweite und Tiefe haben. Bei der Aorteninsufficienz finden wir stets an einer oder der anderen Klappe die Zeichen der Kompensation; doch wird durch den Aortendruck, je nach der Elasticität der Klappe, dieselbe so ausgedehnt, dass sie die Lücke schliesst.

Selbst wo eine partielle Verknöcherung der Klappe besteht, bemerkt man eine Ausdehnung derselben, zu Gunsten der Verminderung der Insufficienz. In anderen Fällen sind die Sinuse bedeutend vertieft. Auf diese Weise kann man von einer Heilbarkeit der Insufficienz durch die Natur sprechen. Im Leben hat man für die Kompensation durch die Klappe selbst einen gewissen Anhaltspunkt, indem in Fällen, wo die Diastole gleich als Geräusch beginnt, keine Kompensation durch die Klappe vorhanden ist, in jenen Fällen aber, wo ein Ton vorangeht und das Geräusch sich anhängt, dagegen die eine oder die andere Klappe gut erhalten ist. In manchen Fällen bewirkt aber der Aortendruck das Gegentheil, indem die Klappe von der Commissur abgetrennt wird und sich als plane Ebene darstellt, so dass sich der Zustand der Patienten dann verschlimmert. DRASCHE demonstrirt ein Präparat, wo die linke Aortenklappe auf 4 *ctm* ausgedehnt ist. Zu seinen Untersuchungen wählte sich DRASCHE die Aorteninsufficienz, da dieselbe am leichtesten und sichersten diagnosticirbar ist.

Prof. v. BASCH fasst das, was DRASCHE Kompensation nennt, als Reparatur auf. Die Aorteninsufficienz sei bei weitem nicht vergleichbar mit Fehlern des Ostium venosum sinistrum. Hier sei der Effekt des Klappenfehlers gleichbedeutend mit Insufficienz des linken Ventrikels selbst, d. h. die Arbeitskraft des linken Ventrikels wird herabgesetzt Bei jener leidet dagegen nur die Füllung des Gefässystems. Beim Thierexperimente sinkt der Druck bei der Aorteninsufficienz in der Aorta und im linken Vorhofe, da auch der Druck in den Venen sinkt. Die Gesammtspekulation, auf welcher sich die Lehre von der Kompensation aufbaut, ist unnöthig und nicht erwiesen.

An den letzten Vortrag Prof. v. BASCH's «Ueber Kompensation am Herzen» schliesst sich nun eine lebhafte Debatte, an welcher sich die Herren v. BASCH, KAUDERS, MÜLLER, SINGER und Prof. WINTERNITZ betheiligen, ohne dass es zu einer Einigung gekommen wäre. MÜLLER spricht die Ansicht aus, dass bei der Splanchnicusreizung, das Herz nicht im Stande sei, den stark überfüllten kleinen Blutkreislauf zu bewältigen. KAUDERS behauptet, dass der Vorhofdruck steigt, wenn der linke Ventrikel schwach arbeitet und aus dem Reservoir nicht genug schöpfen kann. SINGER stellt die Thatsache fest, dass es im Organismus Kompensationsvorrichtungen gibt. Er fasse Kompensation auf als Geltendmachung einer Leistung gegenüber einer anderen; der Nutzeffekt für den Organismus sei dabei nicht bedingt. Es gibt im Organismus Vorrichtungen, welche im Stande sind, Schäden im Sinne der Erhaltung der Funktion auszugleichen. Dasselbe gelte auch fürs Herz. BASCH hält die Ausdrücke «Kompensation und Kompensationsstörung» nur für Schlagworte. Die Lehre von der Kompensation bedeute keinen Fortschritt, sondern einen Stillstand. WINTERNITZ hält das Ganze für eine Wortspielerei. Wenn eine Klappe nicht schliesst, könne man dies ganz gut eine Kompensationsstörung nennen. Es sei mehr Werth zu legen, auf die Erforschung wie sich das Herz vielen Fehlern anpasst.

Dr. Em. Mandl.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Aus den Niederungen der Wissenschaft.

Von **S. Stricker.**

Verlag von Franz Deuticke. Wien, 1893.

Ein Nestor der alten Wiener Schule, der noch heute mit nie rastendem Lehr- und Lerneifer nach der ihm eigenen Methode des lebendigen Anschauungsunterrichtes die Pathologie an der Wiener Hochschule tradirt, hat sich bemüssigt gesehen, das Wort zu nehmen — in einer «Streit- und Kampfschrift». Was mag den in Forschung und Unterricht ergrauten Gelehrten bewogen haben, das literarische Schwert zu ergreifen und zu appelliren an die Göttin des Rechtes, die sich in der Allgemeinheit des ärztlichen Lesepublikums verkörpert?

«Jahre lang», sagt STRICKER in der Einleitung seiner Schrift, «habe ich Verletzungen meines Besitzes schweigend ertragen, bis sich endlich ein Uebermüthiger zu weit vorgewagt und es versucht hat, auch den Rechtstitel zu verwischen».

Im Jahre 1886 hat ZENKER auf der Naturforscherversammlung betont, dass die Lehre COHNHEIMS zur Erklärung der Entzündungsvorgänge nicht genüge, und darauf hat WEIGERT das Wort zu dem Ausspruche genommen: «COHNHEIM selbst sei in späteren Jahren von dem schroffen Standpunkte der Entzündungs- und Geschwulsttheorie zurückgekommen». Soweit STRICKER sich entsinnen kann, hat COHNHEIM aber in der That nie etwas von der Aenderung seines Sinnes verlauten lassen, nur WEIGERT hat in der Erkenntniss der wahren Thatsachen das Andenken seines Lehrers in der ihm eigenen Art zu verschönern, oder sagen wir lieber, zu verbessern getrachtet; derselbe WEIGERT leugnet nun plötzlich diese Erkenntniss der Wahrheit, wie sie die Wiener Schule längst tradirt hat, indem er die letztere und ihren Vertreter, der jahrelang um eben diese Sache unerschütterlich gegen COHNHEIM stritt, bei Seite zu schieben und die Wiener Lehre in einer Artikelserie in der «Deutschen medizinischen Wochenschrift zu diskreditiren . . . . .!

STRICKER nennt seine Publikationen eine historische Skizze. Doch sie entbehrt schon nach dem Vorstehenden der Würze eines persönlichen Streites nicht. Möglichst objektiv versucht der Autor das allgemeine, ärztliche Lesepublikum über den historischen Gang der Thatsachen zu orientiren, dabei führt er seine Leser in die Niederungen der Wissenschaft und belichtet mit hellleuchtender Fackel — versteckte Dunkelheit.

Nur am Schlusse seiner Schrift sieht sich STRICKER gezwungen, die objektive Schilderung der Thatsachen zu verlassen und als historisches Dokument für den Wahrheitsbeweis seiner Behauptungen ein privates Schriftstück — einen Brief COHNHEIM'S an STRICKER — der Publikation zu übergeben. Der Brief stammt aus dem Jahre 1869 und gipfelt, wie STRICKER in einem Kommentar darlegt, in der Losung «Rückzug oder Feindseligkeit».

COHNHEIM erhebt in diesem Briefe Vorwürfe darüber, dass STRICKER der VIRCHOW'schen Doktrin (Cellulare Entzündungstheorie) wieder zum Siege verhelfen will, deren Widerlegung COHNHEIM als den bestbegründeten Theil seiner Lehre ansieht.

Jeder Fernstehende und Unbefangene, der erkennt, mit welcher «Eigenthümlichkeit» in diesem Briefe der Freund dem Freunde begegnet, wird das Vorgehen COHNHEIM'S mit Recht verurtheilen. Noch mehr Gründe wird er dazu haben, wenn er aus der Schrift STRICKER'S entnimmt, wie COHNHEIM sonst, früher und später, gegen STRICKER aufgetreten.

Doch STRICKER selbst entschuldigt die Handlungsweise COHNHEIM'S, indem er sagt: «Sie war von dem Standpunkte des Moralisten zu verwerfen, für den Kenner menschlicher Schwächen leicht erklärlich». Durch die Angriffe STRICKER'S auf seine Lehre sah er seine wissenschaftliche und soziale Position bedroht, er war durch heftige äussere Reize angeregt, «und es liegt in der Natur des Menschen, die durch den Reiz ausgelösten Handlungen gegen Denjenigen zu wenden, von dem man sich bedroht fühlt», und noch ein zweites milderndes Moment führt STRICKER für COHNHEIM ins Feld. Er ist als Forscher auf den Plan getreten; wenn ihn also bei der Vertheidigung seines geistigen Besitzes und der Produkte seiner Arbeit «das reizbare und gereizte Nervensystem weiter getrieben hat, als es der Moralist billigen kann, so müssen wir das eben im Interesse der Forschung nach Thunlichkeit dulden».

Ganz anders liegt die Sache bei WEIGERT. Hier fallen diese mildernden Momente weg. WEIGERT hat in einer vielverbreiteten Zeitschrift erklärt, er habe STRICKER'S Name in der ganzen Entzündungslehre nicht genannt, weil er es nicht für angezeigt hielt, STRICKER'S Ansichten auch nur zu erwähnen. In Wahrheit aber tritt WEIGERT selbst, allerdings ohne sich auf eigene Arbeit zu stützen, für die VIRCHOW'sche Lehre ein, für welche STRICKER gegen COHNHEIM lang und heiss gestritten hat. *Dr. J. W.*

Untersuchungen über die Morphologie und Biologie des Tuberkulose-Erreger.

Von **Dr. Friedrich Fischel.**

Mit 2 chromolithographischen und 1 Lichtdrucktafel.

Verlag von Wilhelm Braumüller, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchändler Wien und Leipzig. 1892.

Verfasser hat in Professor HUEPPES Institut (in Prag), Studien über den Tuberkelbacillus durchgeführt, die ihn zu sehr interessanten Schlüssen geführt haben. Demzufolge wäre der KOCH'sche Tuberkelbacillus die parasitische Form eines ursprünglich saprophytisch vorkommenden, verzweigte Fäden bildenden Mikroorganismus. Derselbe wäre gar kein Bacillus im Sinne der Morphologie, sondern ein pleomorpher Pilz. Eine Verwandtschaft mit dem Actinomycespilz erscheint nicht ausgeschlossen. Der Pilz der Menschen- und der Hühnertuberkulose sind nach Verfasser Ernährungsmodifikationen ein- und derselben Art. Es wäre also der Tuberkelbacillus nicht nur pleomorph, sondern auch variabel.

Die sehr schön ausgestatteten Tafeln entsprechen dem alten Rufe der Verlagsbuchhandlung.

Zeitungsschau.

Neue Erfahrungen über die Heilwirkung des Pyoktaninum.

(Merck's Bericht über das Jahr 1892.)

Dieses Jahr hat uns eine Reihe von Veröffentlichungen gebracht, die sprechende Beweise für den grossen Werth des Pyoktanins bei der Bekämpfung vieler infektiöser Prozesse liefern. So haben JÄNICKE (Therap. Monatsh. 1892), TAUBE (Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 38) und C. HÖRING (Memorabilien 1892, Nr. 6) durch die Pyoktaninbehandlung bei Diphtherie glänzende Erfolge erzielt. Am besten verwendet man hierbei frische, warm (bei 60° C) gesättigte, wässerige Lösungen; die Applikation erfolgt durch Einreibung der Lösung mittelst Wattepinsels. Sobald die Farbe aus den Membranen verschwunden ist, was nach 2—5 Stunden eintritt, werden die Pinselungen wiederholt und zwar in allmählich grösser werdenden Zeiträumen, solange noch Beläge vorhanden sind. TAUBE (l. c.) spricht sich dahin aus, dass das Pyoktanin bei lakunärer Tonsillitis, Stomatitis aphthosa und starker Angina von keinem anderen Mittel übertroffen wird. v. MOSETIG und BACHMEIR's Erfahrungen (vergl. E. Merck's Jahresb. 1891, pag. 60) über die Wirksamkeit des Pyoktanins bei malignen Geschwülsten hat NANU (Fortschr. d. Med. 1892, pag. 543) und v. OEFELE (briefl. Mittheilung bestätigt. NANU injicirte 1% ige wässerige Lösungen in Dosen von 5—12 *kcm* interstitiell; die Heilung vollzieht sich durch Abstossung der kranken Theile, vermuthlich in Folge einer durch die Injektion bedingten Thrombose. Ein Vorzug des Pyoktanins vor den Causticis besteht darin, dass es nicht wie diese auch auf das benachbarte Gewebe, sondern auf die Neubildung direkt wirkt, indem es dieselbe zur Nekrobiose bringt. v. OEFELE verschreibt das Pyoktanin bei Carcinom in folgenden Formeln:

1. Rp.:	Pyoktanini caerulei	1·0
	Lanolini	30·0

M. f. ungt. Divide in part. acq. Nr. VIII ad ceratas.

S. Jeden 2. Tag 1 Stück auf Leinwand gestrichen auf den Tumor und dessen nächste Umgebung aufzulegen und 24 Stunden liegen zu lassen.

(Bei Carcinomen und Sarkomen, die an der Körperoberfläche sitzen und äusserlich zugänglich sind.

1. Rp.:	Pyoktanini caerul.	0·15
	Lanolini	
	Butyri Cacao	
	Cerae alb. aa	1·5
	Ol. ros.	0·01

M. f. globus. Da tal. dos. Nr. V.

S. Jeden 2. Tag nach vorheriger Scheidenausspülung mittelst Mutterspiegel ein Stück bis an's Ende der Scheide zu führen und durch einen trockenen Wattetampon zu befestigen. (Uteruscarcinom.)

3. Rp.:	Pyoktanini caerul.	0·15
	Lanolini	1·0
	Butyri Cacao	0·5
	Cerae alb.	0·5

M. f. suppositor. Da tal. dos. Nr. V.

S. Täglich 1 Stück eine Minute in möglichst kaltes Wasser zu legen und dann rasch in den After einzuführen. (Mastdarmkrebs.)

Bei Ulcus rodens erzielte OKER-BLOM (Duodecim 1892, VIII, pag. 36, durch Schmidt's Jahrb. d. ges. Med. 1892. Bd. 234 pag. 341) durch das Pyoktanin Heilung. PETTERUTTI und MIRTO (Rif. med. 1892, 1. Febr.) haben 0·2% ige Lösungen des Pyoktanins bei Lungentuberkulose intraparenchymatös injicirt und bewirkten dadurch Fallen der Temperatur und Verschwinden der Bacillen aus dem Sputum. Bei der Behandlung der Gonorrhoe und von venerischen Geschwüren sind die Meinungen getheilt. So sahen LUNKEWITSCH und LUKASCHEWITSCH (Wratsch 1891, Nr. 48) keine, BOROWSKY (l. c.) speziell bei luetischen Ulcerationen nur gute Wirkung. v. OEFELE erzielte bei Gonorrhoe Erfolg mit nachstehender Verordnung.

Rp.:	Pyoktanini caerulei	0·1
	Cerae albae et Lanolini	q. s. ut. f. bougie.
	D. tal. dos. Nr. V.	

S. Morgens und Abends nach vorhergegangener Harnentleerung 1 Stück in die Harnröhre einzuführen. (Diese Stäbchen können im akuten Stadium der Gonorrhoe öfter täglich eingeführt, zur Abortivkur benutzt werden.)

E. LEGROS (Press. méd. belg. 1892, Nr. 23) erzielte in 4 Fällen von akuter granulöser Ophthalmie durch Einträufelung von Pyoktaninlösung (1:65) 4 komplete Heilungen. Bei verschiedenen Erkrankungsformen des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes hat ROHRER (Arch. f. Ohrenheilkunde 1892, pag. 226) seine therapeutischen Versuche mit Pyoktanin fortgeführt und besonders Ekzeme der Auricula, superficielle Otitis externa, chronische fötide Paukenhöhleneiterungen etc. mit fast ausnahmslos günstigem Resultate behandelt. Vorzügliche Heilerfolge sah ferner A. ZUBOW

(Sem. méd. 1892, Nr. 52) bei 87 mit der Biskrabeule behafteten russischen Soldaten durch Einpinselungen mit 5%iger alkoholischer Pyoktaninlösung. — Auch der im Laufe des Jahres in so verheerender Weise aufgetretenen Maul- und Klauenseuche bewährte das Pyoktanin seinen Ruf als prompt wirkendes Spezificum.

Gegenüber dem früher erhobenen Vorwurf, dass das Pyoktanin kein chemisch reiner Körper sei, möchte ich betonen, dass das von mir gegenwärtig in den Handel gebrachte Pyoktaninum caeruleum krystallisatum ein chemisch absolut reiner und konstant zusammengesetzter Körper ist. (Vergl. J. Stilling. Deutsch. med. Wochenschrift, 1892, Nr. 10).

Dr. Reich in Oels: **Giftwirkung des Lysolum purum.** (Therapeutische Monatshefte. Dez. 1892.)

Von der Strafkammer in Bremen wurde vor kurzer Zeit der Gehilfe einer Droguerie wegen fahrlässiger Tödtung zu 14 Tagen Gefängniss verurtheilt. Derselbe hatte auf Grund eines ärztlichen Rezeptes, auf dem eine 1 perzentige Lysollösung verordnet worden war, aus Unwissenheit reines Lysol verabfolgt. Dieses wurde bei einem Kinde eines Arbeiters äusserlich im Verbande angewandt; kaum war der Verband aufgelegt, als das Kind, das aufrecht im Bettchen sass, umfiel und, ohne einen Laut von sich zu geben, wie leblos liegen blieb; es kam nicht wieder zum Bewusstsein. Nach dem Urtheil der gerichtlich vorgenommenen Sachverständigen hatte die Anwendung des konzentrirten Lysols den Tod herbeigeführt. Sowohl im Blute, wie im Harn liessen sich geringe Mengen von Lysol nachweisen; die belegten Stellen waren durch das Aetzmittel im höchsten Grade verändert. Im Anschluss an diesen Fall veröffentlicht Verfasser einen ähnlichen Fall von Lysolvergiftung, der ebenfalls Beachtung verdient, weil man das Lysol bisher für ungiftig gehalten hat. Es handelte sich um einen 23 Jahre alten, etwas schwächlich gebauten Knecht, der wegen Krätze mit reinem Creolin eingepinselt werden sollte. Irrthümlicher Weise wurde statt dessen Lysol in Anwendung gezogen. Zuerst wurde der Hals, dann die Arme, Brust und Rücken eingepinselt. Als nach nur wenigen Minuten die Beine an die Reihe kommen sollten, fiel der Knecht um, wurde bewusstlos und bekam heftige, allgemeine Krämpfe. Der hinzugezogene Arzt welcher nach einer halben Stunde erschien, fand den Patienten noch immer in Krämpfen, welche nur durch zwei kurze Pausen unterbrochen waren; die aufgepinselte Flüssigkeit wurde schleunigst mit warmem Wasser abgewaschen und stellte sich durch ihr Schäumen als Lysol und nicht Creolin heraus. Erst nach einer weiteren Viertelstunde hörten die Krämpfe ganz auf, das Bewusstsein kehrte zurück, an den gepinselten Stellen hing die Oberhaut in Fetzen herunter, die geröthete Cutis lag in grosser Ausdehnung frei. Patient klagte über heftige Schmerzen, welche durch Wasserbad und Borvaselin-Salbenlappen gelindert wurden. Der Urin, welcher ohne Schmerzen in normaler Menge entleert wurde, enthielt kein Blut, keine Cylinder, dagegen Eiweiss in mässigen Mengen, das aber nach zwei Tagen schwand. Nach 10 Tagen konnte der Kranke seine Arbeit wieder aufnehmen. Wie diesbezügliche Nachforschungen ergaben, waren im Ganzen nicht mehr als 20 *gr* Lysol aufgepinselt worden. Zu bemerken ist noch, das Patient weder vorher noch nachher an Krämpfen gelitten hat, so dass an dem causalen Zusammenhang zwischen Lysolpinselung und eklamptischen Anfall nicht zu zweifeln ist. Verfasser kann sich auf Grund dieser Beobachtungen nicht der Ansicht anschliessen, welche noch jüngst in einem von der Lysolfabrik an die Aerzte versandten Bericht ausgesprochen wurde, dass nämlich das Lysol wesentlich ungiftiger als alle anderen Theerpräparate sei und daher in der Hand des Laien, der Hebammen, Krankenpfleger, im Haushalte u. s. w. das ungefährlichste und empfehlenswertheste Mittel sei. Diese Ansicht ist, soweit die Gefährlichkeit des Creolin bei äusserer Anwendung in Betracht kommt, nicht berechtigt. Das Creolin hat Verfasser unverdünnt in 62 Fällen bei Scabies mit bestem Erfolge in Anwendung gebracht. Nur in einem Falle wurde Carbolurin beobachtet, ein Uebelstand, den man durch Anwendung des carbolfreien Creolin-Pearson vermeiden kann. Sonst werden die Einpinselungen mit reinem Creolin gut vertragen. Auf Grund dieser Thatsachen fordert Verfasser, dass das Lysol, ebenso wie die übrigen in konzentrirter Lösung giftig wirkenden Antiseptica, in Flaschen, die mit dem Giftzeichen versehen sind, verkauft oder dass auf jeder Flasche eine Etiquette mit den Worten; «Nicht unverdünnt anzuwenden!» angebracht werde.

Eine neue Methode der Myxödembehandlung, nach englischen Autoren. (Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 3, 1893.)

V. Horsley hatte nachgewiesen, dass das Myxödem die Folge des Verlustes der Funktion der Glandula thyreoidea sei. Er schlug vor, die Thyreoidea eines Schafes zu transplantiren, welches Experiment mit Erfolg ausgeführt wurde.

Der nächste Schritt auf diesem Wege war die hypodermatische Injektion von Theroidealsaft wie sie Mr. G. Murray von der Universität Durham auf dem Bournemouth Meeting der British med. Association 1891 angegeben hatte. Auf der diesjährigen Versammlung zu Nottingham berichtete Murray über 4 Fälle von Myxödem, die er durch wöchentliche Einspritzungen von Thyreoideal- (vom Schafe) geheilt oder wenigstens bedeutend gebessert hatte. Desgleichen über einen weiteren Fall Claye Shaw.

Ebenso wurden in der pathologischen Gesellschaft von London von Hurry Fenwick 2 mit Myxödem behaftete Patientinnen vorgestellt und über einen dritten Fall referirt, die durch diese Behandlungsmethode erheblich gebessert waren.

Ueber weitere 4 Fälle berichtet G. E. Hale, St. Georges Hospital L.: 2 Fälle von 15- bezw. 7jähriger Dauer, nach $2^1/_2$ monatlicher Behhndlung mit Anfangs wöchentlich, später in grösseren Intervallen gemachten Einspritzungen von je 25 Tropfen Thyreoidealextrakt (s. u.) entschiedene Besserung; und 2 weitere Fälle in früherem Stadium (1 und $1^1/_2$ Jahre), deren einer beinahe geheilt (5 monatliche Beobachtung), der andere aber trotz 2 Mal je 3 Monate lang fortgesetzter Injektionen nur geringe Besserung aufweisend. — Fall von Myxödem mit Psychose, nach 5 monatlicher Behandlung durch Injektionen ebenfalls geheilt, wird von C. F. Beadles mitgetheilt.

Ein letzter Fall endlich wird von J. G. Gorkhill-Birkdale erwähnt; 32jährige Frau mit grossem Struma. 3 Mal wöchentlich Injektion von je 15 Tropfen in die Intrascapulargegend. Nach 2 monatlicher Behandlung vollständige Heilung.

Als eine der nächsten Folgen der Injektionen gab H. Fenwick eine Steigerung der Urinsekretion an. Diese diuretische Wirkung des Thyreoidealsaftes wird jedoch von anderen Beobachtern wie Hadden und Ruffer sehr bestritten. Ueber die anderen Symptome und die bei den Injektionen beobachteten Zufälle: Nausea, Bewusstlosigkeit, tonische Krämpfe, vorübergehende theilweise Lähmung der Oberextremitäten, siehe die Verhandlung der Brit. med. Association, Nottingham Meeting 1892, Sektion für Pathologie d. W. 1892, Nr. 43, S. 772.

Diese mit mehr oder weniger Erfolg dargestellten Versuche nun veranlassten 2 weitere Beobachter: Hector W. G. Mackenzie, London und E. L. Fox, Plymouth, das Experiment einer internen Verabreichung des Thyreoidealsaftes per os zu machen. Diesen schloss sich neuerdings E. Cresswell Baber, Brighton mit einem weiteren Versuche an. Auch in der Medico-chirurgical Society Nottingham (Sitzung vom 14. Dec. 92.) wurde, nachdem Hunter über verschiedene Fälle von Myxödem, die erfolgreich mit Injektionen behandelt worden waren, berichtet hatte, von Ransom und Handford die Verabreichung des Thyreoidealsaftes per os empfohlen und die Erfolge diese Methode an 2 Fällen demonstrirt.

Sie gaben die Thyreoidea eines Schafes, d. h. einen der getrennten Lappen, welche die Schilddrüse des Schafes bilden, entweder frisch, fein zerhackt und gaumengerecht zubereitet oder ein Glycerinextrakt desselben; die Dosis war anfangs $^1/_2$—2 Drüsen täglich, sobald sichtliche Besserung eingetreten ist, dieselbe Quantität nur mehr einmal alle 1—2 Wochen. Ein Knochen der Drüse ist wegen der Gerinnung der wirksamen Stoffe zu vermeiden.

Der von Mackenzie berichtete Fall, eine 37jährige Frau, steht nun $2^1/_2$ Jahre unter Beobachtung und wurde erst mit Jaborandi, dann mit Eisensesquichlorid und Massage behandelt. Die spezifische Behandlung dauert ca. 1 Monat. Die nicht regelmässig

verordneten Gaben von Thyroidealdrüsen waren stets von einer 1—2 Tage dauernden Temperatursteigerung. Hebung der Pulsfrequenz und profusem Schweisse gefolgt, daneben ging allmählich eine merkwürdige Veränderung im ganzen Aussehen und Befinden der Patientin, eine Rückkehr bis fast zur Norm vor sich. Eine diuretische Wirkung wurde nicht beobachtet.

Der zweite Fall von Fox, der gleichzeitig und unabhängig von MACKENZIE auf diese Methode gekommen war, eine 49jährige Frau betreffend, zeigt ähnliche Erfolge. Sie nahm eine Drüse und den Extrakt einmal wöchentlich. Dabei wurde sehr starke Transspiration und Entkräftung beobachtet, die aber mit dem Aussetzen der Therapie sofort schwanden.

Der letzte so behandelte Fall von CRESSWELL BABER betraf einen 53jährigen Mann. Myxödem seit 6 Jahren, in spezieller Behandlung seit November 1892. Die in 14tägigen Pausen erfolgten Gaben von Thyreoidea waren jedesmal von heftigen Kopfschmerzen, die jedoch erst nach Verlauf von 36 Stunden einsetzten, gefolgt Steigerung der Diurese wurde dabei nicht beobachtet, dagegen grosse Schwäche. Eine entschiedene Besserung und theilweise völliges Schwinden der Symptome trat bereits nach einmonatlicher Behandlung ein.

Der Vortheil dieser Art der Darreichung gegenüber den Injektionen liegt auf der Hand und es ist vielleicht nur die zu grosse Einfachheit der Methode, die etwas stutzig macht. Jedenfalls spricht der Umstand, dass in den einzelnen Fällen ziemlich starke Reaktionserscheinungen auftraten, dafür, dass mit der Thyreoidealdrüse ein kräftiges Agens in den Magen und von da in den Organen aufgenommen wurde; dessen Wirkungen zu studiren und abzugrenzen wird die Aufgabe der nächsten Versuche sein.

Für die Zubereitung des sowohl zu den Injektionen wie innerlich angewandten Glycerinextractes gibt Mr. WHITE, Pharmaceut am St. Thomas Hospital, London, folgende Vorschrift: Die Drüse wird mit einem Scherben aufgerieben und eine Mischung von Glycerin und Aq. dest. $\overline{aa}$ zugesetzt, durch 24 Stunden in einem verschlossenen Gefäss macerirt, mit einem geringen Thymolzusatz, um Zersetzung zu verhindern, dann das Ganze durch Mouslin gepresst und durch ein Druckfilter filtrit. Die Lösung hält sich ca. 7 Tage.

E. v. Hofmann (Wien): **Fruchtabtreibung durch Injektion heissen Wassers. Plötzlicher Tod durch Lungenembolie.** (Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin 1892, Heft I. — Allgemeine Medizinische Central-Zeitung Nr. 5.)

Todesfälle durch zum Zwecke der Fruchtabtreibung gemachte Injektion von Flüssigkeiten in die weiblichen Genitalien können zu Stande kommen durch Eintritt von mitgerissener Luft in die Venen, durch Uebertritt der Flüssigkeit in das Abdomen und Erzeugung eitriger Peritonitis, durch septische Endometritis und Metritis bei infektiöser Beschaffenheit der Flüssigkeit, schliesslich durch Verätzung infolge der chemischen Einwirkung der Flüssigkeit oder aber auch ihrer hohen Temperatur. Einen instruktiven Fall letzterer Art hat Verfasser beobachtet. Bei der Sektion einer 22 Jahre alten ledigen Dienstmagd, welche nach Angabe einer Hebamme in dem Moment, als letztere sie untersuchen wollte, plötzlich ohne Veranlassung umgesunken, und gestorben sein sollte, ergab sich: beide Lungen mässig gedunsen, blutreich, überall lufthaltig, die Unterlappen blutreiches und reichliches schaumiges Serum entleerend, welches auch in den Bronchien reichlich enthalten ist. In den Hauptstämmen der Lungenarterien reichliches dickflüssiges Blut, in den feinsten Verzweigungen derselben jedoch stellenweise missfarbige kleine Gerinsel welche sich aus einzelnen dieser Gefässchen wurstförmig herausdrücken lassen. Das Herz faustgross, rechts schlaff, links fester, dunkelflüssiges Blut enthaltend. Die Gebärmutter kindkopfgross, von aussen blassviolett, an der Vorderfläche glatt, an der Hinterfläche durch zarte bindegewebige Anheftungen mit dem hinteren Blatte des Bauchfelles verwachsen. Nach Eröffnung der Gebärmutter findet sich in derselben ein etwa mannesfaustgrosses uneröffnetes Ei, dessen etwa handflächengrosser Mutterkuchen an der rechten Seite und Vorderwand angeheftet ist und mit seiner unteren Partie den inneren Muttermund grösstentheils bedeckt. Das untere Drittel dieses Eies erscheint missfarbig, in seiner Consistenz vermehrt, wie gekocht und durch diese Eigenschaft von den oberen zwei Dritteln des Eies unterschieden, welche blass, fleischroth und unverändert sich repräsentiren. Die erwähnte Veränderung erstreckt sich auch auf die Innenwand des Gebärmutterhalses und den darin enthaltenen Schleimpropf. Die linke Hälfte des Eies leicht abhebbar, die dieselbe überziehende hinfällige (Decidua reflexa) und die anlagernde Gebärmutterschleimhaut (Decidua vera), in nach aufwärts abnehmendem Grade getrübt und verdickt, wie gekocht, die erstgenannte Haut rechts oberhalb des inneren Muttermundes unregelmässig eingerissen und dadurch der Mutterkuchen blossgelegt, welcher ebenso wie die Innenwand der hinfälligen Haut und die anstossenden Eihäute im Unfange von nahezu einer halben Handfläche missfärbig, wie gekocht und durch schwärzliches, starres Blutgerinsel schwarz erscheint. Nach Eröffnung des Eies ergibt sich, dass die wie gekochte Beschaffenheit in gleicher Ausdehnung auch auf das Chorion und dessen Innenfläche übergreift, zwischen welchem und der unveränderten äusserst zarten Schafhaut eine Schicht fadenziehenden, leicht blutigen tingirten Schleimes angesammelt ist. In der Nachbarschaft der so veränderten Partie ist die Innenwand des Chorion stark fleckig injicirt und stellenweise mit bis Hanfkorn grossen Ecchymosen durchsetzt. Embryo unversehrt. Die Gefässe an der wie gekocht aussehenden Partie des Mutterkuchens und ebenso die venösen Gefässe der anstossenden Gebärmutterwand bis in die breiten Mutterbänder hinein mit wie gekocht aussehenden Blutgerinseln gefüllt, welche sich wurstförmig aus den Gefässen herausdrücken lassen. Scheide leer, unverletzt, ihre Schleimhaut blassfleischartig, weich, doch das Epithel überall weisslich getrübt. In einzelnen grösseren Venen des kleinen Beckens rechts wie gekocht aussehende Gerinsel, in den sonstigen Venen des Körpers, nur dunkelflüssiges Blut.

Es war bei diesem Befunde klar, dass eine Injektion mit einer coagulirenden Flüssigkeit stattgefunden hatte und man dachte zunächst an ätzende Flüssigkeiten. Die chemische Untersuchung, welche auf Sublimat, Weinsäure, Alkohol, Gerbsäure, Eisenchlorid und Carbolsäure ausgedehnt wurde und sich auch auf die in den Kleidern konstatirten, wie durchnässt gewesen aussehenden Stellen erstreckte, ergab aber ein ganz negatives Resultat, so dass somit nur die Annahme blieb, dass die eingespritzte Flüssigkeit durch ihre hohe Temperatur jene Veränderungen erzeugt hatte, d. h. eine heisse gewesen ist. Nach dieser Erhebung wurde folgendes Gutachten erstattet: Aus dem Befunde in den Lungen ergibt sich, dass Denata zunächst an Verlegung (Embolie) kleiner Aestchen der Lungenarterien durch eingeschwemmte missfarbige Blutgerinsel und Lungenödeme gestorben ist. Die Blutgerinnsel stammten von ausgebreiteter Gerinnung des Blutes in den wegen bestehender Schwangerschaft ausgedehnten Venen der unteren Partie der Gebärmutter und ihrer Nachbarschaft her, welche Gerinnung nur durch von Aussen erfolgtes Eindringen einer coagulirenden Flüssigkeit in der Gebärmutter und ihrer Gefässe veranlasst worden sein konnte. Da nur gewisse ätzende oder heisse Flüssigkeit solche Veränderungen zu erzeugen vermögen und da die chemische Untersuchung keine ätzende Substanzen nachweisen konnte, so bleibt nur die Annahme, dass die betreffende Flüssigkeit eine heisse gewesen war. Die Flüssigkeit ist wahrscheinlich direkt in den Muttermund und durch diesen in die Gebärmutter eingespritzt worden; doch blieb auch die Scheide von ihr nicht verschont. Die Einspritzung ist offenbar zum Zwecke Fruchtabtreibung geschehen. Die Möglichkeit, dass der Tod nicht gleich nach der Injektion, sondern erst einige Zeit darnach erfolgte, ist nicht absolut ausgeschlossen.

Die betreffende Hebamme gehörte zu denjenigen, welche durch Annoncen in den Zeitungen Damen Rath und Hilfe anbieten, ihre Adresse und ein Ausschnitt der betreffenden Zeitung wurde bei der Verstorbenen gefunden. Die Hauptverhandlung endete mit Freisprechung der Hebamme, da dieselbe hartnäckig leugnete und die Sachverständigen nicht mit absoluter Bestimmtheit die Möglichkeit ausschliessen konnten, dass die betreffende Injektion noch bevor die Person zur Hebamme kam, ausgeführt worden ist.

Standesfragen und Korrespondenz.

† Hofrath Professor Otto Kahler.

Nach langem schmerzvollen Leiden ist am 24. Jänner 4 Uhr Nachmittags der Vorstand der zweiten medizinischen Klinik in Wien, Hofrath Prof Otto Kahler, im Alter von 44 Jahren gestorben. Mit Kahler verliert unsere Fakultät eines ihrer vornehmsten Mitglieder, einen ausgezeichneten Forscher, einen vortrefflichen Lehrer und Arzt, einen ungewöhnlichen Charakter. Nur wenige Jahre war es ihm gegönnt, an der ersten medizinischen Stelle des Reiches zu wirken und auch diese kurze Zeit hat ein ungnädiges Geschick mit Bitternissen überladen. Aber diese kurze Spanne Zeit hat genügt, um uns zu zeigen, wie viel wir an ihm besessen, wie viel wir mit ihm verloren.

Hofrath Dr. Otto Kahler wurde im Jahre 1849 als Sohn eines in Prag sehr angesehenen praktischen Arztes geboren. Die Universität absolvirte er in Prag, wo er 1871 das Doktordiplom erhielt. Hierauf unternahm er Studienreisen ins Ausland, zunächst nach Paris, um Duchenne und Charcot zu hören. Nachdem er ferner mehrere deutsche Universitäten besucht hatte, trat er als Sekundar-Arzt in die medizinische Abtheilung des Professors Halla im Prager allgemeinen Krankenhause; später wurde er dessen Assistent. Im Jahre 1875 habilitirte er sich für innere Medizin an der deutschen Universität in Prag. 1882 wurde er zum ausserordentlichen Professor und am 7. August 1886 zum ordentlichen Professor der speziellen Pathologie und Therapie in Prag ernannt. 1889 erfolgte seine Berufung nach Wien an Stelle Prof. Dr. v. Bamberger. Als Lehrer hatte Kahler einen formvollendeten anregenden Vortrag. In seinen Vorträgen hielt er sich meist an die Erörterung der wichtigsten klinischen Erscheinungsformen und der pathologischen Anatomie, während er dem nur theoretisch interessanten Detail weniger Zeit widmete Als Arzt erfreute sich Kahler allgemeiner Beliebtheit und Hochachtung. Er war ein von Aerzten und Kranken viel und gerne gesuchter Konsilarius. Als Mensch war Kahler einer der sympathischesten Charaktere. Er war in glücklichen Verhältnissen geboren und aufgewachsen. Er hatte frühzeitig und in beständig zunehmendem Masse immer Erfolge zu verzeichnen. Sein tadelloser Charakter schuf ihm zahlreiche und ergebene Freunde.

Ueber die Leidensgeschichte des Verstorbenen verlauten folgende Details: Professor Kahler erkrankte zum ersten Male im Jahre 1889 noch in Prag. Damals hatte er einen kleinen Tumor an der Zunge, welcher von Professor Gussenbauer, nachdem Kahler schon nach Wien übersiedelt war, zu Pfingsten desselben Jahres entfernt wurde. Die bösartige Natur der Neubildung wurde bei der mikroskopischen Untersuchung schon damals bestimmt konstatirt. Um Pfingsten 1890 bekam Professor Kahler im Anschlusse an eine entzündliche Halsaffektion eine schwere Polyneuritis mit gefahrdrohendem Verlaufe, war aber schon in den Herbstferien wieder vollkommen hergestellt. Noch im Winter 1890 entstand nun aber allmälig ein Recidiv an der Narbe, welche nach Operation der erwähnten Zungen-Neubildung zurückgeblieben war. Professor Kahler musste sich wieder einer Operation unterziehen, welche diesmal Hofrath Billroth ausführte. Im Jahre 1892 wurde eine dritte, neuerlich von Gussenbauer gemachte Operation nothwendig. Leider wurde auch durch diese das Leiden nicht vollständig zum Stillstande gebracht, und seither schritt die Neubildung unaufhaltsam weiter.

* * *

Im Hörsaale des Hofrathes Professors Dr. Nothnagel fand am 25. d. M. Vormittags eine einfache, aber würdige Gedenkfeier zu Ehren Kahler's statt. — Hofr. Nothnagel hielt vor der zahlreich erschienenen Studentenschaft einen tiefgefühlten Nachruf, in welchem er die Bedeutung Kahler's für die Wissenschaft, sein Wirken als Lehrer und Arzt einer eingehenden Würdigung unterzog. Hofrath Nothnagel, der sichtlich bewegt war und mit tiefer Ergriffenheit zu kämpfen hatte, rief mit seinen Worten bei seinen Zuhörern den nachhaltigsten Eindruck hervor.

«Schmerzlichst bewegt, tief erschüttert,» so begann der berühmte Kliniker, «gebe ich Ihnen Kenntniss von dem Hinscheiden Ihres geliebten Lehrers, unseres theueren Kollegen, des Hofrathes Otto Kahler, der gestern Nachmittags ausgerungen hat. Ein qualvolles Leiden, welches in seinem heimtückischen Verlaufe alle Schrecknisse der Verwüstung brachte, ertrug er mit Heldenmuth bis zum letzten Augenblicke. Dem Tode muthig entgegengehen, erweckt stets unsere Bewunderung. Doppelt aber müssen wir es bewundern, wenn ein Arzt diesen Muth bewährt, welchem das unabwendliche Ende klar und deutlich vor Augen steht, der mit sehenden Augen sehen muss, wie er schrittweise, unentrinnbar der letzten Stunde naherückt. Dem Arzte bleibt das Beste, das Einzige versagt, was den Menschen in solchen Fällen zum Troste gereicht: die Hoffnung.

Reiche Ernte hat der Tod in den letzten Jahren in den Reihen unserer Fakultät gehalten. So tragisch jedoch, so rein menschlich erschütternd wie dieser Todesfall ist keiner gewesen. Männer sind in das Grab gestiegen, die ein reich und überreich gesegnetes Tagewerk vollbracht hatten. Gestern hat der grausame Schnitter ein Dasein gemäht, welches soeben auf der sonnigen, aufsteigenden Höhe des Lebens angelangt war. Alles, was ein Menschendasein zu beglücken im Stande ist, war ihm vergönnt gewesen; eine heitere Fröhlichkeit des Geistes, eine sorgenfreie Existenz, die Wärme der Freundschaft, das Glück der Häuslichkeit, der befriedigende Ernst einer gediegenen Arbeit, äusserer Erfolg und ehrenvolle Anerkennung. All das ist ihm im reichsten Masse zu Theil geworden, und nun, angelangt beim höchsten Ziele, ist er in die finstere Gruft gesunken.

Professor Kahler ist während der Zeit seines hiesigen Wirkens niemals ganz gesund gewesen. Vor vier Jahren hat sich das düstere Verhängniss zuerst gezeigt, und mehrfache Rückfälle haben seine Gesundheit untergraben. Dazu kam noch vor drei Jahren eine infektiöse Nervenerkrankung. Aber mit Ergebung, Heiterkeit und Mannesmuth hat er die schweren Schicksalsschläge ertragen, in allen Phasen der Schmerzen und Qualen haben ihn Ernst und Ruhe nicht verlassen. Bei dieser Gelegenheit ist es mir ebenso Pflicht wie Bedürfniss, des Mannes zu gedenken, der in musterhaftester Treue und selbstlosester Hingebung keine Mühe und Anstrengung gescheut hat, Tag und Nacht am Krankenbette des geliebten Lehrers und Freundes thätig war, des Assistenten Kahler's Dr. Kraus.»

Der Redner gab nun ein anschauliches Bild von dem Entwicklungsgange Kahler's auf wissenschaftlichem Gebiete. «In Prag, wo sich die ganze erste Hälfte seines Lebens abgespielt hat, wurde er Dozent, ausserordentlicher und schliesslich ordentlicher Professor. Damals stand die Prager Universität im Glanze ihres Ruhmes, und von allen Gegenden Deutschlands strömten lernbegierige Schüler und gereifte Männer zur weiteren Ausbildung ihres Wissens nicht nur nach Wien, sondern auch nach Prag. Dort genoss Kahler die gute Methode einer guten klinischen Schule. Bald aber ging er über dieselbe hinaus und nahm die modernen wissenschaftlichen Methoden in sich auf. Seine Beiträge zur Pathologie des Nervensystems sind äusserst gediegene und werthvolle Arbeiten, sowohl mit Bezug auf die in ihnen enthaltenen anatomisch-klinischen Untersuchungen als auch mit Rücksicht auf den experimentellen Theil derselben. Ausserdem hat sich Kahler auf den verschiedensten Zweigen der internen Medizin bethätigt. Er war wissenschaftlich ausgereift, so dass man von ihm erwarten konnte, er werde als Nachfolger seines grossen Vorgängers Bamberger eine fruchtbare Thätigkeit auf wissenschaftlichem Gebiete entfalten. Mit wahrer Liebe und Begeisterung war er seinem Berufe ergeben; klar, anschaulich, durchsichtig lehrte er und suchte seine Schüler zu dem heranzubilden, was er selbst gewesen, ein guter Arzt. An einer ausgedehnteren, literarischen Thätigkeit hier in Wien verhinderte ihn seine Krankheit. Aber noch bis vor wenigen Wochen trug er sich mit dem Gedanken an eine grössere wissenschaftliche Arbeit. Eine Vorstudie «über den Rheumatismus» wollte er noch zu einem grösseren Werke verarbeiten. Nun sind alle Pläne mit ihm ins Grab gesunken.

Eine reiche Thätigkeit entwickelte Kahler auch nach Aussen. Noch vor Jahresfrist war es ihm gegönnt, einem erlauchten Mitgliede unseres erhabenen Kaiserhauses in schwerer Krankheit das Leben zu erhalten. Erschütternd bis ins Mark trifft uns der Gegensatz des gestrigen Tages: Die mit dem Myrthenkranze geschmückte erhabene Braut, in ein neues Leben eintretend — der Arzt, der ihr das Leben gerettet hat, im letzten Ringen des Daseins die Augen für immer schliessend. So tief empfunden unsere Wünsche dem erhabenen Paare gelten, so gewaltig erschüttert uns der Verlust eines so reich emporgeblühten Lebens. War es Kahler auch nur eine kurze Spanne Zeit gegönnt, unter uns zu wirken, so werden wir doch Alle dem Heimgegangenen das Beste bewahren, was wir unseren Geschiedenen zu geben im Stande sied: ein warmes, ein treues, ein ehrendes Angedenken. Friede seiner Asche!

Unter dem tiefen Eindrucke, welche diese Ansprache auf die Studenten gemacht hatte und welche sich zur Ehrung des Andenkens des Verstorbenen von ihren Sitzen erhoben hatten, wurde die Vorlesung geschlossen.

Dr. Kraus, der treue Pfleger und Lieblingsschüler Kahler's hielt dem verstorbenen Chef einen warmen Nachruf: «Die Rührung hat mich zu stark übermannt, als dass ich der Aufgabe gewachsen wäre — sagte er — Ihnen ein abgerundetes Bild von unserem armen Lehrer zu entwerfen.» Mit Thränen in den Augen sprach Dozent Dr. Kraus weiter: «Unser armer Lehrer, an den die Wiener Schule solche Hoffnungen knüpfte, ist uns, ist der wissenschaftlichen Welt entrissen worden. Schon zur Zeit, als er in Paris bei Duchenne Forschungen auf dem Gebiete der Nervenpathologie anstellte, lenkte er die Aufmerksamkeit der grossen französischen und deutschen Spezialisten auf sich. Damals schrieb er mit Pick zusammen das grössere Werk «Histologie des Nervensystems». Sechzig ist die Zahl der grösseren und kleineren Arbeiten, welche ich noch als Manuskripte in seinem Nachlass vorfand. Er war ein guter, aber auch glücklicher Arzt; dies konnte er seiner sowohl geistigen wie auch körperlichen Vollkommenheit verdanken; seine männliche Schönheit, seine Herzensgüte fesselten seine Patienten an ihn und sie verliessen ihn nicht, wenn es ihnen auch schlechter erging.» Am Schlusse seiner Ausführungen sprach Dr. Kraus noch über die Krankheit Kahler's.

* * *

Am 26 Jänner wurde Kahler unter imposanter Betheiligung der akademischen und ärztlichen Kreise zu Grabe getragen. Rektor, Dekan und sämmtliche Professoren der medizinischen Fakultät waren zugegen. Die Studentenschaft betheiligte sich ebenfalls in ungewöhnlichem Masse. Die Regierung war durch den Minister v. Gautsch vertreten. Die Leiche des verewigten Gelehrten wurde nach Prag überführt.

Briefe aus Ungarn.

Die Frage des Sanitätswesens im ungarischen Abgeordnetenhause.

Anlässlich der Budgetverhandlung des Ministeriums des Innern äusserte sich Minister HIRONYMI, bei Auseinandersetzung seines Aktionsprogrammes, über die Frage des Sanitätswesens, als über einen solchen Zweig der Verwaltung, dessen gründliche Verhandlung und gehörige Beleuchtung viel dankbarer ist, als die anderen Angelegenheiten der Administration. Minister HIRONYMI sagte:

«Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass eine der grossen Miséren unserer Sanitätszustände der Mangel an Kreisärzten ist. Wohl schreibt das Sanitätsgesetz die Institution der Kreisärzte vor, doch ist in dieser Hinsicht die Situation heute die folgende: Im ganzen Lande gibt es 1063 Kreisarztstellen, hievon sind 822 besetzt, 241 aber unbesetzt. Betrachten wir aber, wie jämmerlich diese Aerzte bezahlt sind, so finden wir folgende traurige Daten: 15 Kreisärzte haben eine geringere Bezahlung als 200 fl., 31 haben eine geringere Bezahlung als 300 fl., von den noch übrigen 822 Kreisärzten haben 712 eine geringere Bezahlung als 700 fl. Das ist für einen Mann, der sich durch vieljähriges Studium seine wissenschaftliche Ausbildung und sein Diplom erworben hat, eine ganz unzureichende Bezahlung. Aber nicht nur darin steckt das Uebel, dass die Bezahlung gering ist, sondern auch darin, dass der Arzt auch diese nicht regelmässig erhält, dass er sie von den einzelnen, oft weit zerstreuten Ortschaften von denen die allerwenigsten pünktlich zahlen, einsammeln muss. Ich werde versuchen diesen Uebelständen abzuhelfen, aber eine gründliche Verbesserung kann nur durch die Verwaltungsreform erreicht werden.»

«Hiemit steht die Angelegenheit der verheerenden Epidemien im Zusammenhange. In erster Reihe muss ich der Diphtheritis gedenken, die thatsächlich grosse Verheerungen unter den Kindern anrichtet, zum Glücke keine so grossen, als angegeben wurde. Nach den in meinen Händen befindlichen Daten sind in der zweiten Hälfte des Jahres 1892 an Diphtherie 4000 Kinder gestorben, was noch immer eine erschreckend grosse Zahl ist.

Zuerst muss ich erwähnen, dass ich umsonst welche behördliche Verfügungen immer treffen werde, wenn wir unser Volk nicht aufklären, dass es diese behördlichen Weisungen auch beachte: wenn wir dasselbe nicht in der Richtung aufklären werden, dass es den ärztlichen Rath befolge, die Krankheitsfälle anzeige, und nicht sich einem Fanatismus hinzugeben, der da sagt: Wozu sollen wir uns Ungelegenheiten und Auslagen machen, wenn Gott den Kranken zu sich nehmen will, so nimmt er ihn ohnehin zu sich — wenn wir gegen diese Gleichgiltigkeit der Volksmassen keine Hilfe schaffen, wird die Durchführung der behördlichen Verfügungen eine sehr schwierige sein. Durch meinen Verkehr mit den kompetentesten Persönlichkeiten bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, dass wir die Verhinderung der Diphtheritis im ganzen Lande dermalen nicht durchführen können, weil wir hiezu nicht über die nöthigen Mittel verfügen. Soviel ist Thatsache, dass bei der Diphtheritis es sich so sehr um die Rettung der erkrankten Kinder handelt, obwohl auch das sehr wichtig ist und auch das nicht vernachlässigt werden darf. Die Hauptsache ist die Verhinderung der Weiterverbreitung der Epidemie. Diese basirt aber auf mehreren kardinalen Verfügungen, deren jede solcher Art ist, dass sie eine umfassende behördliche Einmengung und grosse Kosten verursacht. Die erste Bedingung ist, dass das gesunde Kind vom kranken abgesondert werde. Scheinbar stösst dies auf grosse Schwierigkeit, aber in der Praxis ist diese Schwierigkeit doch nicht gross, weil in den meisten Orten die Eltern das kranke Kind, wenn auch nicht ins Spital, so doch zu Verwandten zu schicken geneigt sind. Das Zweite ist, dass jede Wohnung, in welcher ein krankes Kind war oder gestorben ist, gründlich desinficirt werde, desgleichen das Bettzeug und die Kleider des kranken Kindes. Ich habe daher den Landes-Sanitätsrath aufgefordert, in einem gewissen Theile des Landes mit Benützung aller Hilfsmittel der Wissenschaft und der Verwaltung die Verhütung der weiteren Ausbreitung der Epidemie zu versuchen. Hiefür habe ich einen Theil der südlichen Gegend des Landes designirt und ich habe angeordnet, dass dort alle jene Verfügungen, die uns die Wissenschaft bietet, mit grosser Strenge und Pünktlichkeit durchgeführt werden sollen. Wenn dieses Verfahren in einem kleineren umschriebenen Kreise zu einem Erfolg führen würde — obgleich die kompetentesten Fachmänner sagen, dass hiefür keine Gewähr geboten werden könne — dann werden wir dasselbe auch in den übrigen Theilen des Landes anwenden. Schliesslich stellte Minister HIRONYMI eine energische Bekämpfung des Trachoma in Aussicht.

An der Diskussion, die sich an die Rede des Ministers knüpfte, mögen hier die Ausführungen des Grafen APPONYI sowie die Antwort des Ministers ihren Platz finden, da sie ein recht anschauliches Bild des Sanitätszustandes Ungarn's geben.

Mein Freund Julius HORVÁTH und auch der Herr Minister des Innern haben uns ein genug düsteres Bild der Sanitäts-Zustände unseres Vaterlandes gezeigt, trotzdem muss noch Vieles gesagt werden, worüber wir im Klaren sein müssen, wenn wir den werthvollsten Theil des Kapitals und Vermögens des Landes, das menschliche Kapital, nicht sorglos dem Ruin überlassen wollen. Ich weiss nicht, woher der Herr Minister die kleineren Zahlen betreffend die Opfer der Diphtheritis nahm; ich weiss aber dass die vom geehrten Herrn Abgeordneten Julius HORVÁTH vorgebrachten Zahlen auf Grund von Mittheilungen zusammengestellt wurden, welche aus kompe-

tenten Quellen stammen. Die Differenz dieser Zahlen lässt daher die geringe Verlässlichkeit der bezüglichen statistischen Daten konstatiren. Ich will aber dennoch meine Bemerkungen auf die offiziellen Daten und zwar auf die des Jahres 1892 und auf die über die Sanitätszustände des Jahres 1887 basiren. Aus diesen Daten gehen noch zwei andere erschreckende Thatsachen hervor. Die eine ist, dass von 463.031 Todesfällen 40.620 Personen an angeborener Schwäche starben, also beinahe zehn Perzent: ein Perzentsatz, welcher die auf das Hebammenwesen bezüglich hier bereits gemachten Bemerkungen neuerdings rechtfertigt. Wir sehen ferner, dass bei 30.832 Individuen als Todesursache die Kollektivbezeichnung «Krämpfe» angegeben wird. Die ärztliche Wissenschaft kennt diese aber als selbständige Krankheit nicht; wenn aber eine solche Epidemie existirt, ist es wohl der Mühe werth, auch diese zum Gegenstand besonderer Forschungen zu machen. Ich glaube aber, dass man in diesen Fällen die eigentliche Todesursache nicht kennt und als solche die Erscheinungen des Todeskampfes angibt.

Dass die Durchführung des Sanitätsgesetzes im Allgemeinen sehr mangelhaft ist, ist allgemein bekannt. Wir begegnen aber auch hier Erscheinungen, welche direkt gegen das bestehende System der Verwaltung sprechen. Es wurde bisher viel von den Kreisärzten gesprochen. Nach meinen Daten gibt es in 327 von den 1270 Sanitätsbezirken überhaupt keine Aerzte. Dies kommt auch in vermögenden Munizipien vor, wie in den Komitaten Baranya, Neutra, Eisenburg. Der geehrte Herr Minister des Innern hat auf die Ursachen dieser Erscheinung hingewiesen; ich füge denselben noch den Umstand hinzu, dass der Kreisarzt keinen Anspruch auf Pension hat.

Auch der auf obligatorische ärztliche Behandlung der Kinder bezügliche Theil des Gesetzes blieb unvollstreckt; in einem Jahre blieben 78.625 Kinder ohne solche Behandlung und in 17.441 dieser Fälle wurde konstatirtermaassen gar keine Strafe angewendet. Ebenso erscheinen die Bestimmungen über die Todtenschau nicht durchgeführt. In 52.510 Fällen wurde eine solche nich vorgenommen uud kümmerte sich Niemand um die Todesursache. Sehr mangelhaft war ferner die Durchführung der auf die Untersuchung von Fabriks-Etablissements, Schulen und anderen öffentlichen Gebäuden bezüglichen Bestimmungen.»

Minister Hieronymi antwortete hierauf:

Ich gehe nun auf die sanitären Zustände über und werde das, was ich Samstag gesagt habe, mit einigen Daten ergänzen. (Hört! Hört!) Ich halte es nicht für richtig, dass der geehrte Herr Abgeordnete Graf Apponyi bei der Besprechung unseres Sanitätswesens auf die 1887er Daten zurückgreifen musste. Es ist nicht recht, dass die Berichte über unsere sanitären Verhältnisse so spät erscheinen, denn Anfangs 1893 haben die 1887er Daten natürlich nur mehr geringe Aktualität. Deshalb stimmt die von dem geehrten Herrn Abgeordneten erwähnte Zahl der Kreisärzte nicht mit der von mir vorgebrachten überein.

Ich entnahm meine Daten der im Ministerium befindlichen Evidenzhaltung, während die seinen natürlich dem 1887er Bericht entstammen. Zur Beseitigung dieses Uebelstandes verordnete ich vor einigen Wochen, dass die auf das Jahr 1892 bezüglichen Daten bis 31. März 1893 einzusenden sind. Nach dem Berichte der betreffenden Fachmänner können diese Daten von den Komitaten nicht früher eingefordert werden. Ich werde dann diese Daten sofort aufarbeiten lassen und dieselben dann dem Hause möglichst bald vorlegen. (Zustimmung.) Da wenn die Daten über das Jahr 1892 schon publizirt sein werden, eine nach Jahren gesonderte Publikation oder von 1887 bis 1891 reichenden Daten nicht am Platze wäre, werde ich diese in einem Bande zusammengefasst nachträglich dem geehrten Hause vorlegen. (Zustimmung.) Der geehrte Herr Abgeordnete erwähnte sodann, dass zwischen den von dem geehrten Herrn Abgeordneten Julius Horváth und den von mir vorgebrachten Daten über die Kindersterblichkeit eine bedeutende Abweichung besteht, was die Unverlässlichkeit der statistischen Daten beweist. Ich sagte schon jüngst, in welch' traurigem Zustande sich ein grosser Theil des Landes hinsichtlich der Kreisärzte und der Aerzte überhaupt befindet. Natürlich können in jenen Gegenden, wo nicht genügend Aerzte sind, auch die statistischen Daten nicht mit genügender Sicherheit gesammelt werden. Deshalb können diese Daten, insolange die mit ihrer Sammlung betrauten Aerzte nicht genügen und die Eltern die Erkrankungen mit so geringer Gewissenhaftigkeit anmelden, wie es Graf Apponyi erwähnt hat, nicht verlässlich sein. Die Ursache dessen, dass die von meinem geehrten Freunde Horváth und von mir vorgebrachten Daten so sehr differiren, liegt wahrscheinlich darin, dass bei der Sammlung der amtlichen statistischen Daten bisher die Praxis herrschte, von 1887 ab solche epidemische Erkrankungen alljährlich kumulativ auszuweisen und so erhielt ich von der betreffenden Abtheilung des Ministeriums des Innern die auf die Diphtheritis bezüglichen Daten in einem derartigen Kumulativausweis. Da es jedoch keine Aufklärung gewährt zu wissen, wer und wie viele seit 1887 erkrankt sind, liess ich einen Ausweis anfertigen, welcher die in der zweiten Hälfte 1892 vorgekommenen Erkrankungen enthält. Die Ziffern dieses Ausweises, welcher auf Basis der amtlichen Daten zusammengestellt ist — welche ich allerdings aus den schon erwähnten Gründen für nicht gar zu verlässlich halte —, sind folgende: Erkrankt sind 12.089, geheilt wurden 6880, gestorben sind 4344 und in Pflege verblieben Ende 1892, 865 Kinder. Die grössten Verheerungen richtete die Epidemie in den Komitaten Arad, Bács-Bodrog, Békés, Jász-Nagy-Kun-Szolnok, Pest, Torontál, Temes und Tolna an. Am traurigsten ist, dass nach dem eben in den letzten Tagen an mich gelangten Berichte des Sanitätsrathes die Diphtheritis-Epidemie noch immer zunimmt; d. h., dass in solchen Gemeinden, in denen sie vor Jahren aufgetreten ist, keine Abnahme derselben, sondern alljährlich eine Zunahme der Erkrankungen konstatirt werden muss. Dagegen gibt es kein anderes Mittel, als eine gründliche Vertheidigung. Schon jüngst erwähnte ich, dass bei derselben alle von der Wissenschaft gebotenen Hilfsmittel in Anspruch genommen werden müssen. Hieher gehören die Absonderung der Kinder, die vollständige Desinfizirueg der Wohnungen, in denen kranke Kinder waren, die sofortige Transportirung der an Diphtheritis Gestorbenen in die Leichkammern, die Anordnung, dass bei der Beerdigung von Diphtheritisleichen keine Kinder theilnehmen dürfen, sowie gründliche Desinfizirung besonders jener Häuser, die einen Lehmboden haben und zwar durch Entfernung des Lehmbodens, welcher Krankheitskeime enthält. Wenn wir die schreckliche Epidemie begrenzen wollen, müssen diese Verfügungen strengstens durchgeführt werden. Natürlich ist dies mit Kosten verbunden, denn wenn wir die Bezahlung der Epidemieärzte und die Anschaffung der Desinfektionsmittel wieder den ohnehin schon überlasteten Gemeinden aufbürden werden, werden wir keinerlei Resultat erzielen. Die nöthigen Desinfektionsmittel zumindest muss der Staat beschaffen. Derzeit existirt hiefür kein Budgettitel, denn die für unvorhergesehene Ausgaben im Sanitätswesen prälimirten 2000 fl. genügen nicht. Doch könnte ich hierüber heute auch keinen detaillirten Kostenvoranschlag vorlegen. Es bleibt mir also nichts übrig, als in der Anhoffnung, dass die Legislative die zu diesem Zwecke gemachten Mehrausgaben gutheissen wird, bis ich in der Lage sein werde, diesen Detailkostenvoranschleg vorzulegen, die Ausgaben ohne Kostenvoranschlag zu machen. (Allgemeine Zustimmung.)

Allein auch diese sind nur partielle Verfügungen, die Hauptfrage ist, wie wir die auf die Kreisärzte bezüglichen Bestimmungen des Sanitätsgesetzes gründlicher durchführen können. Eine gründliche und vollständige Lösung dieser Frage ist natürlich erst mit der organischen Reform der Verwaltung möglich; doch glaube ich, dass bei dem guten Willen der Komitate diesen Uebeln auch bis dahin abgeholfen werden könnte, denn derzeit habe ich in dieser Hinsicht gesetzlich kein Verfügungsrecht. Ich glaube, dass, wenn ich die Komitate auffordern werde und diese wenigstens die festgestellte Bezahlung der Kreisärzte aus der Komitatskasse an jedem Ersten regelmässig vorschiessen werden, so dass die Kreisärzte auf den pünklichen Empfang der Bezahlung rechnen werden können, so wird damit dem Uebel schon ein wenig abgeholfen sein. Eine weitere Aufgabe wäre, die Zukunft der Kreisärzte zu sichern und müsste auch in dieser Hinsicht, bis wir endgiltige Verfügungen treffen können, diesem Uebel möglichst abgeholfen werden.

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) In der am 27. d. M. abgehaltenen Versammlung der k. k. Gesellschaft der Aerzte hielt der Vorsitzende Hofr. Professor von Krafft-Ebing aus Anlass des Dahinscheidens Hofr. Kahler's folgenden Nachruf: «Meine Herren! Wir sind gestern an der Bahre eines Mannes gestanden, in dem viele von uns einen lieben Freund, alle aber einen treuen Kollegen und ein hervorragendes Mitglied unserer Gesellschaft betrauern. Viele Wochen hindurch waren alle unsere Gemüther beständig beschäftigt mit dem Schicksale unseres edlen Kollegen, des grossen Dulders, der heldenhaft einem schweren Krankheitsprozesse sich fügte, einem unerbittlichen Schicksale, wo es keine Hilfe gab. Es wäre unnöthig die Bedeutung des Verewigten zu schildern, er war gross als Gelehrter, gross als Arzt und gross als Mensch. Man konnte dies sehen, als gestern der feierliche Akt in der Kirche sich vollzog, wo nicht nur seine Kollegen und Standesgenossen, sondern auch eine unabsehbare Schaar aus dem Publikum sich hinzudrängte, und unter diesen unzweifelhaft Viele, die in dem Verewigten ihren Retter, Tröster und Arzt verehrt und verloren hatten. Sie drängten sich hinzu, um ihm den letzten Gruss und Dank zu sagen. Die Bedeutung des Verewigten für die Wissenschaft war keine geringe. Es traf sich, dass ein aufstrebendes Talent mit der Zeit zusammentraf, in welcher die damals noch in den Kinderschuhen befindliche Neuro-Pathologie zu frischem Leben erwachte und das Bedürfniss fühlte, auf pathologisch-anatomischer Grundlage sich einen weiteren Boden zu suchen. Ausgestattet mit allen Mitteln der Technik und mit vollendetem Wissen wandte sich der Verewigte diesem neuen interessanten Gebiete zu. Was er geleistet, ist Ihnen Allen bekannt. Ich erinnere bloss an das schwierigste Gebiet seiner klinischen Forschungen, die er theils allein, theils mit Pick bewältigte, nämlich seine Forschungen über die systematischen komplizirten Erkrankungen des Rückenmarkes, die werthvollen Forschungen über die Neuritis multiplex, die reichen Forschungen auf dem Gebiete der Tabes, nicht zu vergessen jener werthvollen Arbeiten in dem bedeutenden Werke Schulze's, wo ihm der Abschnitt des centralen Nervensystems zufiel. So erklärt es sich, dass an seiner Bahre nicht bloss die leidtragenden Menschen, sondern auch die gesammte Wissenschaft tief trauern muss. Der Verewigte wurde uns, mitten in dem schönsten Mannesalter, zu einer Zeit, wo man das Beste von ihm erhoffen durfte, durch den Tod jäh hinweggerafft. Aber er hat gesorgt, dass für alle Zeiten sein Andenken in der Geschichte der Medizin besteht. Ich weiss, dass ich aus Ihrer Aller Herzen spreche, wenn ich den Wunsch verlautbare, dass wir unserem verewigten Freunde, unserem theueren Kollegen, unserem lieben Mitgliede einen Augenblick weihevollen Gedenkens widmen. Ich bitte Sie daher, sich von Ihren Sitzen zu erheben.» Unter lautloser Stille erhob sich die Versammlung auf welche die herzlichen Worte des Vorsitzenden einen tiefen Eindruck machten, von ihren Sitzen.

* * *

Hofr. Billroth demonstrirt hierauf einen Fall von vernarbendem Carcinom, woran sich eine lebhafte Diskussion anschloss. Dr. Riehl demonstrirt hierauf ein Angiom der Zunge. Dr. Latzko macht eine vorläufige Mittheilung über die Anwendung des Tiosynamin in der Gynäkologie, worauf Dr. Ortner seinen angekündigten Vortrag über die Lungentuberkulose als Mischinfektion hielt. Der ausführliche Bericht findet sich in der nächsten Nummer.

Bei der am 23. d. M. stattgehabten wissenschaftlichen Versammlung des Wiener med. Doktoren-Kollegiums demonstrirte Dr. Weiss einen interessanten Fall von Atrophie, der sich an anderer Stelle des Blattes findet. Der Vortrag Prof. L. Mauthners «über Augenerkrankungen bei Diabetes» erscheint in der nächsten Nummer. — Der med. Club hielt am 25. d. M. seine Sitzung ab und beschränkte sich der Vorsitzende Dr. Herz nur darauf, dem dahingeschiedenen Hofr. Prof. Kahler, welcher Protektor des Vereines war, einen warmen Nachruf zu halten.

(Universitäts- und Personal- Nachrichten.) Der Vorstand der ersten Augenklinik, Hofrath Prof. Dr. Karl Stellwag v. Carion, feierte am 28. d. seinen 70. Geburtstag. Seine zahlreichen Schüler bereiteten bei diesem Anlasse dem beliebten Lehrer eine herzliche Ovation. Stellwag wurde in Lanzendorf, Herrschaft Eulenburg in Mähren, geboren. Sein Vater war Verwalter der Besitzungen des deutschen Ritterordens in Freudenthal (Schlesien). Stellwag studirte in Prag und Wien, in welch' letzterer Stadt er 1847 das Doktordiplom erhielt. Von 1848 bis 1851 war er erster Sekundararzt der Augenkrankenabtheilung des Allgemeinen Krankenhauses. 1854 wurde er zum Privatdozenten ernannt und noch im selben Jahre bei Wiedererrichtung des höheren Kurses der Josephs-Akademie mit der Leitung der Augenabtheilung des Garnisonsspitals Nr. 1 und mit dem Unterrichte betraut. 1857 wurde Stellwag zum ausserordentlichen Professor der Augenheilkunde an der Wiener Universität und am «Josephinum» ernannt. 1858 wurde er ordentlicher Professor dieser Lehranstalt. Sein Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde wurde in fast alle Kultursprachen übersetzt. Nach Aufhebung der Josephs-Akademie wurde Stellwag 1873 zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde an der Wiener Universität ernannt. — Privatdozent Dr. Jul. Geppert ist zum ausserordentlichen Professor für Arzneimittellehre in Bonn ernannt worden. — Der Verein für innere Medizin hat in seiner Sitzung am 16. Jänner die Geheimen Medizinalräthe Proff. du Bois-Reymond und A. Hirsch gelegentlich ihres 50jährigen Doktorjubiläums, sowie den Geheimen Sanitätsrath Dr. Reich gelegentlich seines 60jährigen Doktorjubiläums zu Ehrenmitgliedern ernannt. — Stabsarzt Dr. E. Behring, Assistent am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, wurde zum Professor ernannt. — Die schwedische medizinische Gesellschaft hat Virchow, v. Helmholtz, du Bois Reymond, v. Koelliker und Ludwig, Charcot, Pasteur und Lister zu Ehrenmitgliedern ernannt.

(Die Krankenkassen und die Aerzte.) In der am 30. November 1892 abgehaltenen Versammlung der Sektion Zwettl in Niederösterreich theilte der Vorsitzende mit, dass mehrere Bezirkskrankenkassen sich über zu hohe ärztliche Rechnungen beklagen. Er stellt den Antrag, es möge die Verpflichtung der Aerzte, sich nur fallweise entlohnen zu lassen, aufgehoben, beziehungsweise den Aerzten ihr Wort zurückgegeben werden. Der Antrag wird einstimmig angenommen und beschlossen, alle Aerzte des Bezirkes hievon zu verständigen. Ferner beantragt der Vorsitzende, es möge der Bezirkskrankenkasse, wenn der ortsübliche Preis für die Visite und Ordination weniger als 50 kr. bezw. 30 kr. beträgt, auch dieses herabgeminderte Honorar aufgerechnet werden. Bei der Entlohnung von 20 kr. für den Kilometer möge beharrt werden. Auch dieser Antrag wird einstimmig angenommen. Von diesen Beschlüssen werden die Krankenkassen des Bezirkes verständigt. — Die Bezirkskrankenkasse Böhmisch-Kamnitz hat vom 1. Jänner an die freie Aerztewahl für die Kassemitglieder und die Honorirung der Aerzte von Fall zu Fall beschlossen.

Budapest. Aus Budapest schreibt man uns: Der Minister des Innern hat an das Municipium der Hauptstadt folgende Zuschrift gerichtet: «Da ich mir nähere Informationen darüber verschaffen will, welche Anordnungen seitens des Municipiums der Haupt- und Residenzstadt zum Zwecke des gänzlichen Erlöschens der Choleragefahr, zur Verbesserung der gesundheitswidrigen Zustände und zur Verhütung einer neuerlichen Epidemie getroffen wurden und in welcher Weise diese Anordnungen durchgeführt werden, erachte ich es auf Grund G. A. XIV. 1876, §. 168 für zweckmässig, die Aerzte: Polizei-Oberarzt Dr. Alois Rózsaffy, Dr. Julius Buzinkay, Dr. Carl Cseh, Dr. Nathaniel Feuer und Dr. Edmund Téry als Sanitäts-Inspektoren vorläufig in den V., VI., VII., VIII. und IX. Bezirk zu entsenden, damit diese in Angelegenheit der öffentlichen Gesundheit die Kontrolle über die zur Verbesserung der Zustände in den beanstandeten Häusern angeordneten behördlichen Verfügungen und deren Durchführung persönlich beobachten und mir über ihre Erfahrungen — bis zur weiteren Verfügung — täglich eingehend berichten. Budapest 23. Jänner. — Hironymi m. p.» Im Zusammenhange mit dieser Vorschrift hat Vicebürgermeister Karl Gerlóczy, als Präsident der Central-Epidemie-Kommission alle behördlichen Organe angewiesen, den Sanitäts-Inspektoren in jeder Weise an die Hand zu gehen.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 5. Februar 1893.** **Nr. 6.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaction bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Amblyopia diabetica.*)

Von

Prof. Ludwig Mauthner.

I.

Es ist hier nicht meine Absicht, über Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus in ausführlicher Weise zu lehren. Ich wäre dazu auch die ungeeignetste Persönlichkeit, da die Erfahrungen sehr spärlich sind, die ich selbst über Krankheiten des Auges, die ich in zwingenden Zusammenhang mit Diabetes hätte bringen müssen, gesammelt habe. Schon vor 15 Jahren war mir diese Unkenntniss sehr betrübend. Ich hatte mir wiederholt die Frage vorgelegt, wie es komme, dass mir, dem es gegönnt war, verhältnissmässig reiche Erfahrungen über albuminurische Retinitis und über syphilitische Augenleiden sich zu erwerben, die diabetischen Augenerkrankungen so abhold blieben. Beispiele grosser Männer wirken auch auf kleine Menschen. Und so, da die diabetischen Augenkrankheiten durchaus nicht zu mir kommen wollten, beschloss ich, Mohamed nacheifernd, mich zu ihnen zu begeben. Im Sommer 1878, nachdem ich mich der gütigen Mitwirkung der hervorragendsten Karlsbader Kollegen versichert hatte, ging ich nach Karlsbad. Währte auch mein Aufenthalt dortselbst nicht so lange, als ich ursprünglich beabsichtigt hatte, so ward mir doch durch die Bereitwilligkeit der Kollegen und ihrer Klienten die Möglichkeit geboten, in kurzer Zeit eine grosse Zahl von Diabetikern verschiedenen Grades und Alters auf die Beschaffenheit ihres Sehorgans zu prüfen. Von früh bis spät am Tage untersuchte ich Diabetiker — aber je mehr ich untersuchte, desto mehr wuchs meine Enttäuschung — wie ich mich verbessern will, desto mehr wuchs, vom humanitären Standpunkte, meine freudige Enttäuschung.

Ich war so glücklich, durchaus Diabetiker zu sehen, die kein Augenleiden zeigten, das ich mit ihrer Krankheit hätte in Verbindung bringen können. Denn dass Kurzsichtige schlecht in die Ferne sahen und Einer derselben überhaupt schlecht sah, weil schwere chorioideale Veränderungen, die bei höchstgradiger Myopie so häufig vorkommen, im Augengrunde sich zeigten; dass die einseitige Schlechtsichtigkeit, die ein Diabetiker, auf die Möglichkeit einer durch sein Leiden herbeigeführten Augenkrankheit aufmerksam gemacht, entdeckt hatte, auf uralten zarten centralen Hornhauttrübungen beruhte; dass Weit- und Uebersichtige nicht gut in die Nähe sahen, weil sie kein oder ein zu schwaches Convexglas trugen; (selbst die vielgerühmte diabetische Accommodationsparese fand sich nur bei Einem, sehr abgezehrten und muskelschwachen Individuum) — all' Das und Aehnliches konnte doch nicht in ein Abhängigkeitsverhältniss zum Diabetes gebracht werden. Aber selbst wenn ich, wie dies einmal schon geschehen ist, bei einem Diabetiker Retinitis pigmentosa beobachtet hätte, so wäre ich nach reiflicher Ueberlegung zu der Anschauung gelangt, dass eine in ihrer Anlage gewöhnlich angeborene Krankheit, wie es die Retinitis pigmentosa ist, den Inhaber gegen eine spätere Erwerbung von Diabetes eben nicht immunisiren konnte.

Ein Moment muss ich noch hervorheben. Bei zweien der in Karlsbad untersuchten Diabetikern, die beide das 50. Lebensjahr überschritten hatten, fanden sich Streifen in der Peripherie der Linse, die aber, wie dies gewöhnlich der Fall ist, das Sehvermögen nicht beeinträchtigten. Es kam mir keinen Augenblick in den Sinn, diese Streifen in der Linsenrinde mit dem Diabetes in Verbindung zu bringen, denn man sieht dieselben nicht selten bei älteren Leuten. Ja, bei Individuen, die das 60. Jahr überschritten haben, ist diese Erscheinung recht häufig. Ein Perzentverhältniss vermag ich nicht anzugeben, hingegen möchte ich auf den Lieblingsort aufmerksam machen, an dem diese Streifen zu finden sind. Es ist dies der mediale untere Quadrant der Linse. Blickt man durch den Augenspiegel gerade von vorne in die Pupille oder auch oberflächlich allseitig in die Peripherie, dann entgehen diese Streifen der Beobachtung. Lässt man aber den Untersuchten eine solche Blickrichtung einschlagen, dass das geprüfte Auge stark nach innen und unten sieht, dann entdeckt man nicht selten die

*) Nach einem im Wiener med. Doktorenkollegium am 23. Jänner 1893 gehaltenen Vortrag: «Augenerkrankungen bei Diabetes.»

Corticalstreifen im innern, unteren Linsenquadranten. Der Praktiker weiss, dass, wenn in der Linse nichts Anderes zu finden ist, als diese streifige Corticaltrübung, man niemals von «grauem Staare» dem Betreffenden sprechen darf. Denn derselbe bleibt in der Regel bis an sein Lebensende, wenn dieses auch weit hinausgerückt wird, von «Cataracta», d. h. von einer zu grosser Sehstörung oder Erblindung führenden Linsentrübung verschont. Die Diagnose: «Cataracta incipiens» für solche Fälle ist unrichtig; sie sollte: «Striae lentis corticales» lauten. Von hoher praktischer Wichtigkeit ist es aber auch zu wissen, dass wenn man die gleichen Linsenstreifen bei einem bejahrten Diabetiker entdeckt, denselben keine andere Bedeutung zukommt, als bei einem Nichtdiabetiker des gleichen Alters. Ja, ein solcher Diabetiker hat sogar, da der Diabetes mitunter den Lebensfaden doch jäh abschneidet, mehr Aussicht bis zu seinem Lebensende sehend zu bleiben, als der Nichtdiabetiker.

II.

Was ich sonst an eigenen Erfahrungen bezüglich diabetischer Augenkrankheiten aufzuweisen habe, wird im Laufe der weiteren Erörterungen sich ergeben. Die bezügliche Literatur ist gewaltig angeschwollen. Von den verschiedensten Autoren liegen die mannigfaltigsten Beobachtungen vor. Man befürchte nicht, dass ich etwa diese Literatur aufrollen werde. Was mir aber wünschenswerth erscheint, das ist, in das Chaos der Einzelbeschreibungen, in das Gewirr des Nebeneinander dadurch Ordnung zu bringen, dass man die allgemeinen Momente aufsucht, welche bei Diabetes auf die Entstehung von Krankheiten des Sehorgans Einfluss nehmen könnten und dann untersucht, in welche der einzelnen Kategorien die thatsächlich beobachteten Fälle einzureihen oder ob dieselben aus der Reihe der von Diabetes abhängigen Krankheitsbilder auszuschliessen seien.

Auf die Erkrankung des Sehorgans in weitestem Sinne könnte Einfluss nehmen: 1. Die Wasserentziehung, bewirkt durch den in den Geweben und Flüssigkeiten vorhandenen Zucker; 2. die durch die allgemeine Ernährungsstörung bewirkte Verminderung der Widerstandskraft der Gefässwandungen; 3. die Entwicklung einer durch den pathologischen Stoffwechsel erzeugten giftigen Substanz im Blute, welche in den Geweben Entzündung und Entartung hervorzurufen im Stande wäre; 3. der höchstgradige Marasmus, der bei Diabetikern sich herausbilden kann; und endlich 5. den Diabetes begleitende oder ihm zu Grunde liegende Krankheitsmomente, welche als solche ohne dass der Diabetes damit an der Sache betheiligt wäre, die Ursache der Defekte am Sehorgan werden.

Die massenhaften Wasserausscheidungen, die ein ordentlicher Diabetiker darbietet, könnten nach Art der Schwitzkuren wirken, von denen die Augenärzte glauben, dass dieselben eine Kyklitis oderGlaskörpertrübungen oder Netzhautablösung zu heilen vermögen und so könnte es noch geschehen, dass ein auftretender Diabetes als rettender Engel erschiene, um schwere Augenerkrankungen zu beseitigen, weit entfernt, solche hervorzurufen. Eine derartige direkte Wasserentziehung aus dem Bulbus hat in der That Horner angenommen, als er ein Mal eine Hypermetropie 1/48, nach mehrwöchentlicher Kur des erst kurze Zeit bei einer 55jährigen Frau bestehenden Diabetes sich ergab, bei Beginn der Behandlung in der Höhe von 1/14 vorgefunden hatte. Diese Zunahme der Hypermetropie um 2 Dioptrien, welche einer Verkürzung der Augenaxe um c. 0 6 *mm* entspricht, wäre der Ausdruck des durch die krankhafte Wasserausscheidung verminderten Bulbusinhalts. Hätte die Frau ursprünglich Myopie von 2 Dioptrien besessen, so wäre diese Myopie in der That durch den Diabetes geheilt worden und erst mit der Heilung des Diabetes wieder hervorgetreten. Der Fall Horner's (1873) steht vereinzelt da; er hat daher keine praktische Bedeutung. Auch wäre die Verringerung des Bulbusinhalts durch die massenhaften Wasserverluste als solche bedingt, ohne dass es für die Aetiologie des Leidens einen Werth hätte, dass gerade der Zucker die Ursache dieser Wasserausscheidung abgibt. Anders steht es um das Moment der Wasserentziehung bei der Frage der Cataracta diabetica. Zwar könnte auch diese bei massenhaften Wasserverlusten dadurch zu Stande kommen, dass als Theilerscheinung dieser letzteren die Entziehung des Wassers aus der Linse und damit die Trübung der Linse sich ergeben würde — und ich halte es auch gar nicht für unmöglich, dass den Catarakten, welche sich bei jugendlichen, manchmal auch bei älteren bis auf die Knochen abgezehrten und eingetrockneten Individuen rasch entwickeln, eine derartige Entstehungsursache zukommt: aber, wollten wir das genannte ätiologische Moment als das einzige bei der Bildung der diabetischen Cataracta in Frage kommende gelten lassen, dann wäre die Möglichkeit der Entstehung von Catarakt auf die extremsten Fälle mit gewaltiger Harnmenge beschränkt und der Diabetes mellitus, von dem wir auschliesslich und allein hier ausgehen, hätte in dieser Richtung keinen Vorrang vor dem Diabetes insipidus. Dadurch aber, dass beim Diabetes mellitus Zucker in den Flüssigkeiten des Körpers, also auch in den Humores oculi vorkommen kann, ist es möglich, dass nicht durch allgemeine aussergewöhnliche Wasserausscheidungen, sondern durch eine ganz locale Ursache der Linse Wasser entzogen und dieselbe dadurch getrübt wird. Auf Grund von experimentellen Untersuchungen nimmt sowohl Deutschmann wie Heubel an, dass, wenn im Kammerwasser und Glaskörper Zucker sich findet, durch die Linsenkapsel hindurch ein Diffusionsstrom zu Wege gebracht wird, der einerseits Zucker aus dem Humor aqueus und Humor vitreus in die Linse und andererseits Wasser (und Eiweiss) aus der Linse in die umgebenden Flüssigkeiten führt.

O. Becker hat (1883) 31 Fälle von Cataracta diabetica, die auf Zuckergehalt der Linse untersucht wurden, zusammengestellt. Nach dieser Tabelle fehlte der Zucker in 7, war zweifelhaft in 2 und fand sich in 22 Fällen. Aber ich muss bemerken, dass in gar manchem dieser 22 Fälle zwar etwa das Vorhandensein einer sehr geringen Menge einer reducirenden Substanz, aber keineswegs nachgewiesen wurde, dass diese reducirende Substanz auch wirklich Zucker war. Auf diesen Umstand lege ich jedoch umso weniger Gewicht, als ich, da ich die Anschauung, dass bei Diabetes die Gewebeflüssigkeiten Zucker enthalten, nicht anfechten will und anderseits die Gesetze der Diffusion nicht anfechten kann, der Ansicht bin, dass sich bei Diabetes mellitus sehr gewöhnlich Zucker in der Linse finden dürfte, wenn derselbe nicht gar schon ein normaler Bestandtheil der Linse ist.

Kühne fand in 2 diabetischen Cataracten, die ihm O. Becker zur Untersuchung übergeben hatte, eine das Kupfervitriol zu Kupferoxydul reducirende Substanz, die er genau in der gleichen Weise auch in den gesunden Linsen von Kaninchen und Meerschweinchen nachweisen konnte. «Immerhin kann die Reduktion durch Zucker bedingt sein» sagt Kühne. «Die Linsen der Diabetiker würden dann aber», so fährt er fort, «für unsere jetzigen Prüfungsmittel keinen grösseren Zuckergehalt als den normalen erkennen lassen».

Ist das Vorhandensein von Zucker in den Gewebsflüssigkeiten ein Prärogativ des Diabetikers, so müsste jeder Diabetiker, auch der mit geringer Zuckermenge, wenn die Krankheit — gutta cavat lapidem — nur lange genug dauert, an Cataracta erblinden, falls wirklich der durch den Uebergang des Zuckers in die ins angeregte Diffusionsstrom zur Trübung der Linse führen könnte. Vor Allem erscheint es wichtig zu fragen, was da die Erfahrung lehrt. Dass die deutschen Aerzte an eine besondere Häufigkeit der Cataracta bei Diabetes glauben, rührt wahrscheinlich von einem Ausspruche v. Gräfe's her, der sich in den massgebenden Schriften über diesen Gegenstand (bei Leber, Förster, O. Becker) citirt findet. Nachdem Leber [1]) die von v. Gräfe in dessen Archiv (IV., 2., 1858) erschienene Arbeit über die diabetischen Sehstörungen angeführt, fährt er fort, darzulegen, wie v. Gräfe in einem im folgenden Jahre

[1]) v. Gräfe's Archiv, 1875, 3. Abth., pag. 218, 219.

(1859) gehaltenen Vortrage (Deutsche Klinik, 1859, Nr. 10, S. 104) über Diabetes sich ausgesprochen Aus diesem Vortrage ist bei LEBER der Satz entnommen: «Das Vorkommen von Cataracta schätzt v. GRÄFE nach seinen Beobachtungen in Hospitalern auf etwa 1/4 der Fälle».[3]) Auf welche Zahl von Beobachtungen sich GRÄFE damals stützte, ist nicht angegeben. Es lässt sich dies aber leicht nachweisen. Jener Vortrag, über den die «Deutsche Klinik» am 5. März 1859 referirt, wurde, wie im Referate angegeben, am 6. Dezember 1858 gehalten, also beiläufig oder ganz genau zu derselben Zeit, in welcher der Aufsatz v. GRÄFE's in der 2. Abtheilung des Jahrganges 1858 des GRÄFE'schen Archivs erschien. Aus dieser Arbeit können wir nun entnehmen, wie viele diabetische Staare v. GRÄFE gesehen, als er den Ausspruch that, dass Cataracta in circa 1/4 der Fälle von Diabetes vorkomme. v. GRÄFE hatte bis dahin (abgesehen von den Cataracten bei jugendlichen Individuen) nur «7 oder 8» Fälle von Cataractbildung bei älteren Individuen beobachtet, davon nur 2 in seiner eigenen Praxis, die anderen auf internen Kliniken. Aus einer so minimalen Zahl von Fällen (die noch dazu der Spezialpraxis und der sicher nur die schwersten Fälle umfassenden Spitalpraxis entstammen) lässt sich kein allgemeiner Schluss ziehen. Die Angabe von 25 Perzent Cataracta bei Diabetes muss für immer beseitigt werden. HIRSCHBERG[4]) hat unter 7176 Augenkranken seiner Privatpraxis in 1 1/2 Perzent der Fälle Diabetes gefunden. Leider hat HIRSCHBERG nicht angegeben, wie viele vorgeschrittene Cataracten sich bei den 7176 Patienten und den 113 Diabetikern unter ihnen fanden.

Der Diabetes mellitus scheint eine so häufige Krankheit zu sein, dass wir gar keine statistischen Anhaltspunkte haben, wie oft Cataracta bei Diabetes zur Entwicklung gelangt. Alle bisherigen Statistiken, die übrigens alle für die Entscheidung der Frage verschwindend kleine Zahlen bringen, sind unbrauchbar. Denn entweder rühren dieselben von Augenärzten her, an die sich doch nur jene Diabetiker wenden, die eine Sehstörung haben, oder sie rühren von internen Aerzten her, von denen unmöglich verlangt werden kann, dass sie eine Klage über Sehstörung genau sollten analysiren können. Aber auch, wenn das Letztere durchgehends der Fall wäre, wissen wir aus den Zufalls-Analysen HIRSCHBERG's, der eine Zeit lang sogar bei jedem 50. Patienten seiner Privatpraxis Diabetes fand, dass die Mehrzahl der Diabetiker keine allgemeinen Beschwerden hat und sich daher gar nicht an den Arzt wendet. Es scheint mir nicht, dass (immer abgesehen von den der effektiven Zahl nach übrigens auch sehr spärlichen Cataracten bei höchstgradig marastischen jugendlichen Individuen und abgesehen von den noch viel selteneren rasch zur Entwicklung kommenden Cataracten solcher älterer Individuen) der Diabetes im Allgemeinen zur Cataractbildung prädisponirt. Wenn ein älterer Mensch Cataracta bekommt und dabei Zucker im Urin hat, aus welchem Grunde sollte ich annehmen, dass der Zucker an der Cataracta Schuld ist, da ich doch weiss, dass in der kolossal überwiegenden Mehrzahl der Fälle von seniler Cataracta kein Zucker im Urin ist. Ich habe im vorigen Jahre einen alten Diabetiker von achtzig Jahren an Cataracta operirt. Sollte mir da einfallen, dass der Diabetes die Schuld trägt, wenn ein 80jähriger Mann am grauen Staare erblindet? Und wenn ich von dem Alter von 80 Jahren heruntersteige, bei welcher Altersgrenze soll mir ein solcher Connex wahrscheinlicher werden, wenn ich weiss, dass die weitaus überwiegende Anzahl von Menschen, die in diesem bestimmten Alter an Cataracta erkranken, nicht an Diabetes leidet?

HIRSCHBERG sagt (1891): «Bei längerem Bestande des Diabetes (über zehn Jahre) tritt ziemlich regelmässig eine gewisse Trübung der Linsen ein, auch schon im mittleren Lebensalter.» Wir wissen, dass bei Menschen, die über 60 Jahre alt sind, überhaupt nicht selten Streifen in der Linsenrinde sichtbar werden und ebenso kommt noch bei allen älteren Leuten eine andere «gewisse Trübung der Linse» vor, welche sich dadurch kundgibt, dass das hintere Kapselbild, welches bei jüngeren Individuen scharf begrenzt und leuchtend erscheint, mit zunehmendem Alter verschwommen und glanzlos wird. Aber diese «gewisse Trübung» ist bei Diabetikern mit einer Krankheitsdauer von 10 und 20 Jahren nicht anders, als bei gleichalterigen Individuen ohne Diabetes. Diese «gewisse Trübung» der Linse beeinträchtigt nicht im Geringsten das Sehen, sowenig als sie den Einblick in das Auge mit dem Augenspiegel irgendwie behindert.

Die Anwesenheit des Zuckers im Innern des Auges führt zu keiner Erkrankung des Sehorgans, speziell nicht zur Cataractbildung. In einem sehr geringem Perzentsatze wird bei Diabetes durch massenhafte (Zucker- und) Wasserausscheidung Cataracta erzeugt.

[3]) l. c. p. 224.

[4]) Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 13, 1891.

Eine neue Behandlungsmethode mykotischer Erkrankungen.

Von **Prof. v. Mosetig.** *)

Meine Herren! Ich erlaube mir heute sozusagen Bericht zu erstatten über langjährige Studien, betreffend die Therapie der mykotischen Erkrankungen und ein neues Verfahren, beziehungsweise ein bis jetzt noch nicht angewandtes Mittel gegen dieselben zu demonstriren und Ihnen zur Erprobung zu empfehlen. Meine Arbeiten basiren auf der feststehenden Thatsache, dass die Erregung eines gesteigerten Stoffwechsels, also die Anregung einer aktiven Hyperämie, ja manchmal einer entzündlichen Irritation oft einen heilsamen Effekt ausübt auf mykotische Erkrankungen. Wie dies geschieht, das lässt sich nicht leicht erklären. Wir wissen heute noch nicht, ob dies darauf basirt, dass die Gewebe gut mit Blutplasma berieselt werden, oder auch Verbesserung der Gewebsathmung; wir müssen vielmehr annehmen, dass die mystische vitale Kraft der Gewebe gesteigert wird, so dass die Gewebe den Kampf gegen die mykotischen Elemente leichter aufnehmen können. Allen von Ihnen dürfte es bekannt sein, welchen wohlthätigen Einfluss oft das Erysipel ausübt und die Meisten von Ihnen dürften schon in der Lage gewesen sein, Kranke beobachtet zu haben, welche an einer lokalen Tuberkulose litten und daneben ein Erysipel acquirirten; Sie konnten sich dann überzeugen, dass mit dem Verschwinden des Erysipels sich auch die lokale Tuberkulose zur Heilung anschickte und hie und da auch übernarbte. Auch andere Erkrankungen, die nicht mykotischer Natur sind, wie z. B. maligne Neubildungen werden vom Erysipel günstig beeinflusst; so können selbst riesige Sarkome durch das Erysipel temporär zum Verschwinden gebracht werden. Es wurde daher auch die künstliche Impfung des Erysipels als therapeutisches Mittel bei inoperablen Carcinomen angewendet. Ich glaube daher, dass durch den gesteigerten Stoffwechsel und durch aktive Hyperämie der Kampf der lebenden Gewebe gegen die mykotische Invasion erleichtert werden kann.

Um zu beweisen, dass auch eine einfache aktive Hyperämie gegen die mykotischen Erkrankungen heilsam ist, erlaube ich mir hier die Therapie der Peritoneal-Tuberkulose aufzurollen, bei welcher sich die Laparatomie als sehr wirksam erweist indem schon durch den Reiz der atmosphärischen Luft eine aktive, Hyperämie geschaffen wird. Ich ging einmal so weit, dass ich in einem Falle von peritonealer Tuberkulose bei einem Kinde durch Punktion das Exsudat entfernte und aseptische Luft einpumpte, wodurch das Kind vollständig gerettet wurde.

Ich pflege die fungösen Gewebe — und nur von diesen will ich hier sprechen — mit Sumpfpflanzen zu vergleichen. Gerade so wie diese aus dem Tümpel verschwinden, wenn man denselben drainirt und frisches Wasser zuleitet, gerade so können

*) Vortrag, gehalten im Wiener medizinischen Klub am 1. Februar 1893. Originalstenogramm der «Internationalen Klinischen Rundschau».

auch die fungösen Gewebe einem Affluxus des Blutes nicht widerstehen.

Die Idee mittels erregender Therapie, Herr der fungösen Prozesse zu werden, ist nicht neu, obwohl noch nicht pointirt worden ist, was eigentlich das wirksame ist. Jeder weiss, wie wirksam auf fungöse Gewebe der Lapis infernalis ist, doch wirkt derselbe nicht etwa dadurch wohlthätig, dass er das fungöse Gewebe zerstört; das ist er ja nicht im Stande, da er nur oberflächlich wirkt. Seine Wirksamkeit beruht vielmehr auf Reizung der Gewebe und Schaffung einer aktiven Hyperämie. Dasselbe möchte ich von der Paquelinsirung behaupten In derselben Weise erregend wirken auch Chlorzinkinjektionen

Nachdem ich nun zu dieser Erkenntniss gelangt, habe ich mich um ein Mittel umgesehen, womit ich auf künstliche Weise eine aktive Hyperämie erzeugen könnte. Dieses Mittel musste ein unschädliches sein, da ich es ja bei Kindern und nicht allein Erwachsenen anwenden wollte. Das Mittel, welches ich anwende, hat keine andere, als eine vasomotorische Wirkung; es wirkt nicht etwa spezifisch. Ich arbeite damit bereits seit dem Jahre 1888; es ist dies genug lange, um mich gegen den Vorwurf zu sichern, als wollte ich Ihnen nur eine vorläufige oder unreife Methode offenbaren. Das Mittel wird äusserlich angewendet und zwar in Form subkutaner Injektion.

Der Effekt desselben ist a) ein primärer und b) ein sekundärer.

Der primäre Effekt betrifft den ganzen Organismus. $^1/_2$ bis längstens 4 Stunden nach der Injektion geht die Temperatur in die Höhe und erreicht in einer nicht genau bestimmbaren Zeit die Akme, welche sich zwischen 38·5 und 40 Grad bewegt. Hie und da stellt sich bei kompleter Euphorie auch Schüttelfrost ein. In einigen Fällen zeigte sich auf der Haut ein scharlachartiger Ausschlag, der aber in kurzer Zeit wieder verschwand. Dasselbe Verhältniss wie das Fieber, zeigt der Puls. Dieser Primäraffekt spielt sich innerhalb 8—10 Stunden ab. Auf Urin- und Schweisssekretion hat das Mittel keinen Einfluss. Bei einem Patienten, welcher gleichzeitig an Lungentuberkulose litt, konnte ich bemerken, dass der Auswurf bei Anwendung des Mittels milchig gefärbt wurde.

Der sekundäre Effekt ist ein lokaler. Nur in zwei Fällen konnte ich beobachten, dass die Patienten nach der Injektion keinen Primäraffekt zeigten, wohl aber einen Sekundäraffekt. Der Primäraffekt tritt ein, gleichgiltig ob die Individuen krank oder gesund sind. Der lokale Effekt variirte sehr, ob ich das Mittel der lokalen Erkrankung wegen angewendet habe, oder des Experimentes halber. In letzterem Falle bemerkt man am zweiten Tage nach der Injektion eine leichte Schwellung in der Gegend der Injektionsstelle, eine leichte rosenrothe Färbung der Haut und Empfindlichkeit gegen Berührung. Nach weiteren 24 Stunden ist aber Alles wieder vorüber. Bei lokalen Leiden ist der Effekt ausgesprochener. Der Endeffekt bei der lokalen Tuberkulose kann ein zweifacher sein, je nachdem das fungöse Gewebe schon in käsige Metamorphose übergegangen ist, oder nicht. Ist bereits Coagulationsnekrose eingetreten, dann kommt es stets zur Ausstossung der Massen, ist dies nicht der Fall, dann ist eine Resorption möglich.

Am deutlichsten zeigt sich dies bei kalten Abscessen, bei denen ich am meisten experimentirt habe. Ich habe nämlich innerhalb 5 Jahre über 200 kalte Abscesse auf diese Weise behandelt. Der kalte Abscess ist das Prototyp eines zerfallenden lokalen Processes. In früheren Jahren haben wir die kalten Abscesse punktirt, ihres Inhaltes entleert und dann in die Höhle Mittel injicirt. Jeder weiss, wie schwer manchmal die Entleerung vor sich geht. Ich habe dieses alte Verfahren schon lange aufgegeben. Mein jetziges Verfahren besteht darin, dass ich in die Nähe des kalten Abscesses subkutan mein neues Mittel injicire. Die Injektion selbst verursacht ein geringes Brennen, das aber nicht lange dauert. Schon kurze Zeit nach der Injektion ist die Temperatur des Abscesses erhöht und am nächsten Tage nach der Injektion ist d e r k a l t e A b s c e s s i n e i n e n h e i s s e n u m g e w a n d e l t. Die Haut ist roth, die Temperatur erhöht, der Abscess empfindlich. Die aktive Hyperämie geht dann zurück, ebenso das Volumen des Abscesses, indem dieser seine frühere pralle Spannung verliert. Diese Verkleinerung kann nur auf einer Resorption der flüssigen Bestandtheile und auf Eindickung des Eiters beruhen Ich habe oft nach der dritten Injektion den Abscess gespalten und stets eingedickten Eiter gefunden. Ist der Abscess gespalten und ganz entleert, so hört die Sekretion mit einem Schlage auf. Sonst secerniren die kalten Abscesse nach der Spaltung noch sehr lange und reichlich. Bei unserer Behandlung findet man höchstens schleimigen Eiter, der aber niemals die Qualität des krümmlichen, serösen Tuberkeleiters hat. Ist der kalte Abscess von den Weichtheilen ausgegangen, dann ist derselbe schon nach 8—10 Tagen nach den Injektionen geheilt. Ich sah die Patienten oft viele Monate später und konnte konstatiren, dass die Heilung eine dauernde war. Dieser Umstand beweist mir, dass sich die ganze Abscessmembran abstösst; ich könnte mir nicht anders das plötzliche Aufhören der Sekretion und die relativ rasche Heilung erklären

Aber nicht alle kalten Abscesse gehen so gut aus; diejenigen, die vom Knochen ausgehen, zeigen keinen so idealen Verlauf, was wegen der histologischer Verschiedenheit nicht zu verwundern ist. Doch auch hier zeigt sich eine Besserung, indem sich die Wandungen des kalten Abscesses übereinander legen und nun einen Hohlgang bilden, der zum Knochen geht. Dadurch wird der Säfteverlust vermindert, was für den Kranken von grossem Vortheile ist. Tritt Sekretionsverhaltung ein, so kann es zu Fieber septischer Natur kommen, weshalb stets für den freien Abfluss der Wundsekrete zu sorgen ist.

D i e c h a r a k t e r i s t i s c h e W i r k u n g d i e s e s M i t t e l s i s t, d a s s d i e S e k r e t i o n a u f f a l l e n d a b n i m m t u n d d e n t u b e r k u l ö s e n C h a r a k t e r e i n b ü s s t.

Denselben Effekt wie beim kalten Abscess beobachtet man, wenn man das Mittel bei Adenitis tuberculosa verwendet. Aber auch hier hängt die Wirkung davon ab, ob die Drüse bereits zum Zerfallen gekommen ist oder nicht. Ist letzteres der Fall, dann kommt es zur Resorption und Schwinden der Drüse. Ich habe aber das Mittel bei Adenitis nicht häufig angewendet, da es viel leichter ist, die Drüsen mit dem Messer anzugehen. Bei einem jungen Mädchen aber, das eine von oben bis an die Clavicula reichende Adenitis tuberculosa hatte, konnte ich die Operation, da die Drüsen mit der Gefässscheide sehr verwachsen waren, nicht ganz zu Ende führen und wandte daher mein Mittel an. Es stiess sich sehr viel ab und seit zwei Jahren ist Patientin noch immer gesund. Sonst schreite ich lieber zur Exstirpation.

Einen interessanten Fall beherbergt jetzt meine Abtheilung. Ein Patient kam auf dieselbe mit zerfallenden tuberkulösen Drüsen in der Nackengegend und hatte nebst diesen einen Tumor der Schilddrüse. Nach Injektionen in die Nackengegend trat allgemeine und lokale Reaktion ein und nach 5 Tagen war auch der Knoten der Schilddrüse verschwunden. Die resorbirende Kraft des Mittels ist eine bedeutende, u. zw. ist dieselbe dem gesteigerten Stoffwechsel zuzuschreiben Ich konnte dieselbe auch bei malignen Neubildungen beobachten. Schon vor 2 Jahren sprach ich in der k. k. Gesellschaft der Aerzte von einem Mittel, durch welches ich kleine lenticuläre Knoten zum Verschwinden bringen konnte. Ich hatte damals eine Kranke mit einem Carcinoma mammae; ich injicirte in die Umgebung des Knotens, es kam zur lokalen Hyperämie und nach 2—3 Tagen war der Knoten verschwunden. Als ich den ersten Versuch machte, dachte ich mir, ich hätte schon etwas. Ich dachte mir, jetzt würde ich nichts Anderes mehr anwenden und da das Omega der letzte Buchstabe im griechischen Alphabet ist, nannte ich das Mittel «Omega». Doch konnte ich bei Neugebilden von längerer Dauer keinen Erfolg erzielen.

Ich machte auch einige Versuche bei anderen mykotischen Erkrankungen, namentlich bei Lupus und Aktinomykose und hat in dieser Richtung Dr. v. Kliegl, welcher mich provisorisch im Wiedener Spitale vertritt, einen schönen Fall aufzuweisen. Es ist dies ein Lupus, bei dem die knorpelige Nase entfernt

und durch Rhinoplastik ersetzt wurde Doch bekam Patient wieder Lupus an den Lippen und an der Zunge. Dr. v. KLIEGL behandelte ihn nun mit meinem Mittel und konnte ein gutes Resultat erzielen; ein solches erzielte er auch bei einem Falle von Aktinomykose. Auch ich konnte in einem Falle von Aktinomykose einen Erfolg verzeichnen, doch überstand derselbe Patient zugleich ein Erysipel, welchem ich einen grossen Theil der Besserung zuschreiben würde.

Ich habe auch einige Versuche bei Keloiden gemacht und zwar mit gutem Erfolge, doch möchte ich dieselben nicht pointiren.

Bei Tuberkulose der Gelenke habe ich das Mittel nicht versucht, weil dieselbe gewöhnlich mit einer tuberkulösen Affektion des Knochens verbunden ist. Meine Erfahrungen erstrecken sich nur auf Tuberkulose der Weichtheile; ob sich auch im Knochen Theile abstossen können, weiss ich nicht Doch müssen jedenfalls bei fungösem Zerfall die Gelenke eröffnet werden. Ich kam auch nie in die Lage in dieser Beziehung Versuche zu machen; übrigens haben wir ja mit dem Jodoform die schönsten Erfolge zu verzeichnen. Schon 1881 habe ich die erste Injektion mit Jodoformöl ins Kniegelenk gemacht. Viele Jahre später ist diese Methode wieder erstanden und Andere haben sich als Pathen derselben aufgeworfen, so Leute, die zur Zeit, als ich die erste Injektion ausführte, davon noch keine Ahnung hatten, ja selbst Personen, welche meinem Ausspruche vom Jahre 1881, dass das Jodoform antituberkulöse Wirkung habe, entgegentraten. Wir haben in den Injektionen des Jodoforms, sei es in Form der Jodoformemulsion oder des Jodoformöles, ein gutes Mittel, um solche fungöse Gelenkserkrankungen zu bekämpfen und deshalb fand ich keine Veranlassung, bei diesen mein Mittel anzuwenden.

Soviel vorderhand über meine bisherigen Studien und nun komme ich zum Mittel selbst. Ich möchte es Teucrin taufen, da es im Wesen nur ein Extractum teucrii scordii depuratum ist. Die Darstellung des Extraktes ist eine etwas mühsame und muss äusserst sorgfältig gemacht werden, ansonst, wie wir erfahren haben, die beschriebenen Effekte schwach oder auch gar nicht zu Geltung kommen. Ich erfülle nur eine Pflicht, wenn ich an dieser Stelle dankbar den unentwegten Bemühungen meines leider verstorbenen Freundes Chem. Dr. Arnold FRIDRICH gedenke, ein allen Anforderungen entsprechendes konstantes Präparat herzustellen. Dessen Bruder, Herr Apotheker Emil FRIDRICH, Wien, IX. Porzellangasse 5, übernahm die Arbeit und seine Präparate sind es, die ich Ihnen hier vorzeige. Die Pflanze Teucrium scordium gehört zur Familie der Labiaten und kommt in ganz Mitteleuropa vor. Schon seit den ältesten Zeiten wurde dieses nun ganz obsolete und in Vergessenheit gerathene Kraut als ein reizendes Mittel angewendet und DIOSCORIDES rühmt dessen fäulnisswidrige Eigenschaften.

Die Darstellung des Teucrin geschieht durch Auslaugung der getrockneten nicht zu alten Pflanze mittelst heissen destillirten Wassers, Concentration der abgepressten Flüssigkeit bis zur Honigkonsistenz, wiederholte Reinigung mittelst Alkohol, sodann Eindampfen der geklärten Flüssigkeit bis zum spezifischen Gewicht 1·15, worauf sie sterilisirt in gläsernen Phiolen von 3 Gramm Inhalt gefüllt und durch Zuschmelzen des Phiolenhalses vor dem Eindringen der Luft geschützt wird.

Das Teucrin stellt eine schwarzbraune Flüssigkeit vom spezifischen Gewicht 1.15 dar, besitzt einen krautartigen Geruch, der nur in geringem Grade an den knoblauchartigen Geruch der frischen Pflanze erinnert, und ist von scharfem, bitterem Geschmack. Es röthet blaues Lakmuspapier. Die freie Säure von 10 *gr* Teucrin erfordert 11·4 *kcm* $^1/_{10}$ perzentige Normal-Natronlauge zur Neutralisation. Trockenrückstand 20·80 Perzent, Aschenrückstand 4·60 Perzent. Das Teucrin hat einen ziemlichen Gehalt an schwefelsauren Salzen, zumeist schwefelsaurem Kalk und ist mit Wasser in allen Verhältnissen mischbar. Aehnliche Wirkungen, wie Teucrium scordium, enthalten wohl auch andere Labiataearten, namentlich aus der Familie Teucrium, so Teucrium botoys, Teucrium chamedrys, ferner auch Pulegium und Andere. Doch am besten bewährte sich das aus der Pflanze Teucrium scordium gewonnene Präparat.

Wir haben das Teucrin auch innerlich gegeben und zwar als Stomachicum. Herr Apotheker FRIDRICH hält Gelatinekapseln vorräthig, von denen jede 0·50 des Extraktes enthält. Ich habe selbst bis 3 Stück auf einmal davon genommen, also 1·50 Gramm Teucrin und eine Steigerung des Appetites erfahren.

Die eingespritzte Menge beträgt normaliter 3 Gramm. Zur Injektion verwendet man eine Pravaz'sche Spritze, die 3 Gramm fasst. Da das Präparat sterilisirt ist, so tritt auch keine septische Entzündung auf. In einem Falle von multiplen Abscess habe ich sogar 6 Gramm eingespritzt, welche gut vertragen wurden. Es hängt eben vieles von der Individualität des Kranken ab. Das Mittel ist ferner möglichst nahe dem Krankheitsherde einzuspritzen, da die Wirkung mit der Entfernung von demselben abnimmt. Hiermit zeige ich Ihnen das Präparat und bitte Sie, meine Mittheilung sine ira et studio aufzunehmen.

Militärärztliche Zeitung.

Unser Militär-Sanitätswesen und dessen zeitgemässe Reorganisirung.

(Schluss.*)

Es kann daher nur ein einheitliches Kommando, eine einheitlich geleitete Erziehung, die Sanitätstruppe auf jene Stufe bringen, welche gegenwärtig mit vollem Rechte gefordert werden muss; und diese kann nur der Militärarzt übernehmen, da nur dieser allein es versteht, die Mannschaft dem Ziele zuzuführen, da nur dieser allein fachmännisch beurtheilen kann, wo und wie die seinem Kommando unterstellten Hilfskräfte zu verwenden wären und sie je nach Geschick, Fähigkeit und Vorliebe einzutheilen. Um aber diese Aufgabe voll durchführen zu können, muss der österreichische Militärarzt mit allen Rechten eines combattanten Offiziers ausgerüstet werden. Der Militärarzt wird dadurch sicherlich nicht seinem wahren Berufe, dem Heilgeschäfte entzogen werden. Die nöthigen Ergänzungen im militärischen Wissen, um eine Truppe kommandiren zu können, dürften kaum unüberwindliche Schwierigkeiten bieten.

Allerdings müssten auch, was Ergänzung, Ausbildung und Verwendung anlangt, die Sanitätsabtheilungen reorganisirt werden. Kommandant wäre ein Sanitätshauptmann, dem zur Unterstützung noch ein Sanitätsoberlieutenant gegeben werden müsste. Diese hätten sich an der technischen Ausbildung der Mannschaft zu betheiligen, die militärische aber zu beaufsichtigen. Für diese wäre ein Verwaltungsoffizier bestimmt, der, von geeigneten Unteroffizieren unterstützt, nicht nur die rein militärisecn Fächer theorethisch und praktisch durchnehmen müsste, sondern auch die Versehung des ökonomischen Dienstes unter dem Befehle des Abtheilungskommandanten über sich hätte. Der Abtheilungskommandant untersteht in erster Reihe dem Garnisonsspital-Kommandanten und wird vom Sanitätschef des Korps und einem vom Korpskommando dazu bestimmten Brigadekommandanten in technischer und militärischer Hinsicht inspizirt. Die Ergänzung der Sanitätsmannschaft ist gegenwärtig ganz entsprechend, nur würde es sich empfehlen, dass die Ergänzungsbezirks-Kommandanten die zum Krankenwartedienst geeigneten Wehrpflichtigen zum freiwilligen Eintritt in den Sanitätsdienst veranlassen. Bei der Ausbildung der Rekruten muss in erster Reihe die Erziehung für den Feldsanitätsdienst und erst in zweiter die Ausnützung des Sanitätspersonales für den Krankendienst im Frieden platzgreifen.

Es wären ferner drei Gruppen zu bilden und zwar: 1. für den Wartdienst, 2. für den Verwaltungs- und Oekonomiedienst und 3. für den allgemeinen Dienst. Die erste Gruppe wäre zu theilen: a) in Spitalsgehilfen und b) Krankenwärter.

---

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 3—5, 1898.

Vorerst sollen alle während höchstens 4 Wochen der militärischen Ausbildung zugeführt werden. Nach Ablauf der 4 Wochen sind alle Sanitätsrekruten ausnahmslos nur dem Unterrichte in der Mannschaftsschule zu unterziehen, doch mit der Beschränkung, dass die der Gruppe für den allgemeinen Dienst vorzüglich im Blessirtenträgerdienste ausgebildet werden. Im Allgemeinen sollte zum Grundsatz erhoben werden, dass bei jeder Chargenvorrückung eine besondere Schule durchzumachen wäre und jedes Ueberspringen einer solchen fortschreitenden Ausbildung unzulässig sei.

Die Sanitätstruppe muss eine nahezu eiserne Manneszucht, Gehorsam bis zur Aufopferung, Pflichttreue bis zum Aufgeben seines Ichs besitzen, um ihrer Aufgabe voll zu entsprechen. Einen gewissen Korpsgeist in dieser Truppe zu schaffen, ist eine vornehme Pflicht des Lehrers, der ein tüchtiger erfahrener Militärarzt und ganzer Soldat mit Leib und Seele sein muss.

Nach Schluss der Schule, die bis Ende April in Berücksichtigung der genauen und eingehenden Ausbildung dauern sollte, hat eine Prüfung im Beisein des Korpskommandanten und seines Sanitätsreferenten, oder in Vertretung des ersteren, eines dazu delegirten Generals, dann des Sanitätskommandanten, des Sanitäts-Abtheilungkommandanten und sämmtlicher Lehrer stattzufinden. Jetzt wäre der Zeitpunkt einer Scheidung der sämmtlichen Schüler in die oben erwähnten drei Gruppen vorzunehmen. Alle kommen jetzt in den praktischen Dienst, und zwar jeder in seine Kategorie. Hier bleiben sie bis zum Oktober, um ihren speziellen Dienst vollkommen kennen zu lernen, wobei sie von ihren Unteroffizieren durch kleine Wiederholungen, Demonstrationen etc. anzuleiten wären. Im Oktober ist es Zeit, die Unteroffiziersschulen zu aktiviren, doch für jeden Zweig des Sanitätsdienstes besonders und nur in den Allgemeintheilen gemeinschaftlich. Hier werden nur Unteroffiziere für die zweite und dritte Kategorie ausgebildet. Mit Schluss des Jahres, nach bestandener Prüfung werden die Unteroffiziere, je nach ihrer Qualifikation in die vakanten Korporalsstellen befördert. Im zweiten Dienstjahre wäre für die besonders verwendbaren Korporäle der zwei letzten Kategorien ein Kurs abzuhalten, der dieselben in die Dienstobliegenheiten der höheren Chargen eines Zugsführers einführt. Besonders hervorragende Zugsführer können schon im dritten Dienstjahre zu Feldwebeln befördert werden.

Die Krankenwärter bilden den wahren Kern einer Sanitätstruppe. Die Bildungsfähigeren sollen mit Anfang Oktober in einen speziell für sie kreirten Kurs kommen, in welchem sie zu einem direkt für die Aerzte bestimmten Hilfspersonale herangezogen werden. Nach gut abgelegter Prüfung sollten sie als Sanitätsgehilfen dritter Klasse in die Korporalscharge gelangen, aus welcher sie in die Zugsführercharge vorrücken können, um im dritten Jahre zu Feldwebeln mit dem Titel «Sanitätsgehilfen» erster Klasse befördert zu werden. Nach einer Dienstzeit von sechs Jahren könnten diese als Ober-Spitalsgehilfen in die Charge eines in keine Rangklasse eingereihten Gagisten gelangen. Die übrige Mannschaft der ersten Kategorie sollte mit Schluss des ersten Diensjahres zu Gefreiten befördert werden und in dieser Charge weiter verbleiben.

Die Voruntersuchung der in die Heilanstalt einrückenden Kranken bezüglich deren Körperreinlichkeit, etwaiger Schmarotzer oder Behaftung mit ansteckenden Krankheiten, die Ueberwachung des Dienstes auf einer Krankenabtheilung, die Ausführung ärztlicher Verordnungen daselbst, die Besorgung der Arzneien aus der Apotheke, oder selbst die Bereitung solcher einfacher Formen, Anlegung einzelner Verbände, Messungen der Körpertemperatur, Führung der Ordinationszettel, des Diätzettels, Aufbewahrung des Verbandmateriales und der gangbarsten Arzneien, endlich Besorgung der verschiedensten Schreibereien einer Krankenabtheilung, Correpetitor und Hilfslehrer in den Sanitätsschulen für technische Fächer, das wären die Hilfsleistungen eines Spitalsgehilfen, von welchen der Militärarzt selbst entlastet würde.

Ferner wären für das Sanitätspersonale Zulagen und die Möglichkeit, eine ehrenhafte Karriére zu machen, erwünscht. Ein tüchtiger Krankenwärter könnte bei seiner Entlassung ein Verwendungszeugniss bekommen, um ihm dadurch eine Aufnahme in einer Zivilheilanstalt zu erleichtern.

Die Krankenwärter sollten nur für die Ordnung und Reinlichkeit in den Krankenräumen allein aufkommen. Die Reinhaltung der Stiegen, Gänge, Aborte, die Besorgung niederer Zimmerdienste sollte Sache der Mannschaft aus der dritten Kategorie sein. Dadurch wird das Gefühl einer besseren Stellung wachgerufen, was doch moralisch und verbessernd einwirkt. Andererseits gewinnt der Wärter dadurch Zeit, sich mit dem Kranken mehr zu beschäftigen.

Die tüchtigsten und bravsten Feldwebel der Sanitätstruppe sollten alljährlich zu einem Kurse vereinigt werden, wo sie ihre militärische Ausbildung derart ergänzen, um eine Kadettenprüfung bestehen zu können, welche sie befähigen soll, als Verwaltungsoffiziere eine Karriére bis zur höchsten Charge eines Hauptmannes I. Klasse durchlaufen zu dürfen. Für die Erreichung dieser Offizierscharge muss auch bei den Sanitätsgehilfen plaidirt werden, welche die Unteroffiziersschulen der zweiten und dritten Kategorie mit gutem Erfolge absolvirt, den Kurs für die Kadettenprüfung mitgemacht und letztere auch abgelegt haben. Es wäre dies ein hoher moralischer Gewinn. Für die Unteroffiziere der zweiten Kategorie sollten sämmtliche Rechnungs-Unteroffizierstellen bei den Garnisonsspitälern und Rechnungs-Hilfsarbeiterposten bei den Truppenspitälern reservirt bleiben.

Die in den meisten grösseren Feldzügen gemachte Erfahrung, dass einzelne Schlachten mit wenigen Streitenden mörderischer waren, als die mit den grossen Truppenmassen geschlagenen, sollte dazu bestimmen, für die künftigen Kriege nicht nur eine ausgiebige Vermehrung des Sanitäts-Hilfspersonales, sondern auch zahlreiche leicht bewegliche Reserven in Bereitschaft zu halten, um sie dorthin, wo Noth an Mann, rasch hinsenden zu können. In einzelnen Schlachten überrumpeln uns ordentlich die Verluste, so dass kaum die nöthigen Kräfte vorhanden sind, um ausreichende Hilfe zu bringen.

Wenn man sich den Zusammenstoss der mit dem kleinkalibrigen Repetirgewehre ausgerüsteten, nach Millionen zählenden Massen vorstellt, das dabei unterhaltene Schnellfeuer mit seinen stahlgepanzerten, auf riesige Entfernungen noch Alles durchschlagenden Geschossen denkt, so kann man sich dann einen beiläufigen Begriff machen von den sich häufenden Massenverwundungen schwerster Art. Dazu ein Eisenhagel der Geschützgeschosse, die bei der gegenwärtigen Treffsicherheit der Artillerie um sich herum Tod und Verderben streuen. Ein solches Elend voraussehend, darf eine Armeeleitung nicht unthätig bleiben, sondern sie muss bei Zeiten die umfassendsten Vorsorgen durch Bereithaltung eines numerisch vollkommen ausreichenden Personales treffen. Kleinliches Sparen wäre da einfach verdammungswürdig, wo es sich um volle Einlösung einer heiligen Pflicht des Staates handelt; denn grosse Zwecke lassen sich nicht mit kleinen Mitteln erreichen. Die beiläufig zwei Perzent der Sanitätstruppen entgegen dem Kriegerstande unserer Armee werden in der Zukunft unmöglich ausreichen können, es werden dies kaum fünf Perzent thun. Es müsste daher auch schon der Friedensstand der Sanitätstruppe wegen deren Ausbildung bedeutend erhöht werden.

Die Truppenspitäler sind ferner entsprechend ihrem gewöhnlichen durchschnittlichen Jahresverpflegsstande mit dem nöthigen, doch stabilen Krankenwartungs-Rechnungs-Hilfsarbeiter- und Aufsichtspersonale der Sanitätstruppe entnommen, für die Zukunft dotirt zu werden, welches Personal noch durch Kommandirte der Truppen zur Versehung der niederen Hausdienste verstärkt werden könnte.

Auch die Blessirtenträger dürften in ihrer gegenwärtig systemisirten Stärke absolut ungenügend erscheinen. Es müssten daher jährlich 6 Infanteristen per Kompagnie als Blessirtenträger ausgebildet werden und die Formation der Sanitätspatrouillen auf wenigstens 8 per Bataillon erhöht werden. Per Eskadron und Batterie sollten je 3 Mann wenigstens im Sanitätshilfsdienste ausgebildet werden. Sämmtliche Blessirtenträger kommen nach ihrer Ausbildung auf drei Monate in die Heilanstalt ihrer Garnison, wo die besser Begabten im Krankenwartdienste, die minder verwendbaren im allgemeinen Spitalsdienste praktisch ausgebildet werden. Sie können bis zum Feldwebel befördert werden.

Die entwickelten Anträge, nur in flüchtigen Umrissen gezeichnet, bedürfen natürlich noch einer sorgfältigen Detailausarbeitung im Falle ihrer praktischen Durchführung.

Seit vielen Jahrhunderten haben scharfblickende Heerführer die Wichtigkeit eines geordneten und ausreichenden Militär-Sanitätswesens anerkannt, denn die Vorbereitung zur Kriegführung darf sich nicht ausschliesslich nur mit der einseitigen Lösung von rein militärischen Aufgaben und Zwecken beschäftigen.

Ueberall begegnet man regem Eifer und unermüdlichem Streben zum Besserem auf diesem Gebiete, denn die Ueberzeugung, dass der Staat in dieser Beziehung seiner Pflicht gegenüber der Armee voll nachkommen müsse, ist eine allgemeine. Wo ein Volksheer ist, da ist auch während des Krieges kein Unterschied zwischen Volk und Herr, und wehe dem Staate, der versäumte, für seine verwundeten Krieger das Menschenmöglichste vorgesorgt zu haben.

Seit dem Jahre 1870 sind wir in Oesterreich stehengeblieben, befangen in einer unbegreiflichen Vertrauensseligkeit. Hartnäckig, fast unerklärlich, verschliesst man sich bei uns jeder besseren Einsicht, nicht achtend, dass dieses an den Tag gelegte Verkennen der Jetztzeit endlich zum Falle kommen muss; um so sicherer, als der Fortschritt keine Grenzen respektirt und dessen alles nivellirende Wogen dieses Hemmnis fortspülen werden, um jenen Ideen zum endlichen Triumphe zu verhelfen, welche doch nur das Beste der Armee wünschen und auch verfolgen.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 27. Jänner 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Hofr. Billroth: *Demonstration eines Falles von Carcinom mit Ueberhäutung.*

Besonders bei epithelialem Carcinom zeigt sich hie und da eine scheinbare Spontanheilung, welche darin besteht, dass sich das Carcinom central überhäutet, indem sich die epithelialen Massen ausstossen und das zurückbleibende Bindegewebe sich zu einer Narbe zusammenzieht. Die Ränder aber bleiben hart, oder es bilden sich daselbst kleine Knötchen, die jahrelang schlummern können, um dann erst aufzubrechen. Auch in der Mamma zeigt sich häufig dieser Prozess, doch auch hier bleiben Reste zurück, welche früher oder später zu einer Recidive führen. Vortragender demonstrirt nun eine 50jährige Frau mit Carcinoma mammae; vor 7 Jahren die ersten Knoten sichtbar, die langsam in die Mammilla hineinwucherten, und dieselben zur Gangrän und Abfallen brachten. Seit $1^1/_2$—2 Jahren bemerkt Patientin, dass der Tumor immer kleiner wird. Jetzt ist eine komplete Krebsnarbe vorhanden, die aber, da sie keine weiteren Beschwerden macht, nicht operirt zu werden braucht. Entgegen der Anschauung Anderer ist die Schrumpfung eines Carcinoms nicht an ein hohes Alter gebunden. BILLROTH hatte auch Gelegenheit, Schrumpfung nach chronischer Mastitis zu beobachten, doch bleibt hier die Narbe im Gegensatze zum Carcinom weich. Bei Sarkom konnte Vortragender diese Schrumpfung nicht beobachten, da demselben das reiche bindegewebige Gerüst fehlt. Ein Fall von Sarkom, zu dem Erysipel hinzutrat, gieng zurück, wuchs aber nach dem Schwinden des Erysipels wieder.

An der kurzen Diskussion, die sich an die Demonstration knüpfte, betheiligten sich die Professoren STÖRK, KUNDRAT, SCHRÖTTER und KAPOSI.

* * *

Dr. Riehl: *Demonstration eines Falles von Angiom der Zunge.*

Ein 22jähriger Patient bemerkte schon in frühester Jugend einen einseitigen Tumor der Zunge, der ihn später beim Sprechen genirte, Essen und Saugen aber ohne Schwierigkeiten gestattete. Der Tumor ist ein Angiom, okkupirt nur eine Hälfte der Zunge, reicht von der Zungenspitze bis zu den Papillae circum vallatae, wobei die Papillen zu grossen Wucherungen ausgebildet sind. Die Consistenz ist in Folge von Thrombosirung eine harte. Durch Punktion wurden nur 2 *cgr* Blut zu Tage befördert. Auf der Stirne noch ein Angiom.

* * *

Dr. Latzko: *Vorläufige Mittheilung über die Anwendung des Thiosynamin in der Gynäkologie.*

Vortragender hat im Mariahilfer Ambulatorium zahlreiche Versuche mit dem von HEBRA in die Therapie eingeführten Thiosynamin an 40 gynäkologischen Fällen (grosse Adnextumoren, leichtere perimetrische und salpingitische Entzündungen, Deviation des Uterus) angestellt und die von HEBRA hervorgehobene narbenlösende Wirkung bestätigt gefunden, da bei Retroflexio uteri schon nach kurzer Behandlung die Beschwerden schwanden. Auch war insoweit eine Besserung zu konstatiren, als die fast durchgehends der Arbeiterklasse angehörenden Patienten wieder arbeitsfähig wurden und die grossen Adnextumoren sich verkleinerten.

* * *

Dr. Ortner: *Die Lungentuberkulose als Mischinfektion.*

Schon früher haben einzelne Forscher darauf hingewiesen, dass es sich bei der Tuberkulose um eine vereinte Thätigkeit verschiedener Mikroorganismen handeln dürfte. Vortragender hat es sich nun zur Aufgabe gestellt, die Aetiologie der Lungentuberkulose festzustellen und untersuchte daher in dieser Richtung 61 Fälle von Lungentuberkulose in ihren verschiedenen Formen. Dabei handelte es sich demselben vornehmlich darum, festzustellen, inwieweit es sich bei den verschiedenen Formen von Tuberkulose lediglich um den Tuberkelbacillus, oder auch um die Thätigkeit anderer Mikroorganismen handle. Die Untersuchung war sowohl eine histologische, als auch bacteriologische.

Durch die histologische Untersuchung konnte er feststellen, dass es sich in den meisten Fällen von Pneumonie um eine echte fibrinöse Pneumonie handle. Meist fanden sich Gebilde von Tuberkelknötchen mit entzündlichen Vorgängen in der Umgebung; letztere kamen aber auch oft auf entferntere Strecken zur Entwicklung. Bei der Entwicklung käsiger Herde handelte es sich um alveolare Bezirke, die sich entweder nur auf wenige Alveolen ausdehnten, oder auf weitere Gebiete, wobei sich käsige Herde mit Fibrinmassen vorfanden, indem die zelligen Theile der Verkäsung anheimfielen.

Bei der bacteriologischen Untersuchung zeigte es sich, dass sich im Vereine mit dem Tuberkelbacillus, der Mikrococcus Pneumoniae mit seinen verschiedenen Variationen vorfand. Bei frischen Bronchopneumonien fand sich der Mikrococcus Pneumoniae stets in den entzündeten Gebieten vor, während der Tuberkelbacillus an die tuberkulösen Knötchen gebunden war; hie und da fand er sich auch in den entzündeten Alveolen. Vortragender ist der Ansicht, dass der Tuberkelbacillus im Vereine mit dem Mikrococcus Pneumoniae diese Veränderungen hervorruft und zwar ist die vorhandene Bronchopneumonie auf Rechnung des Mikrococcus Pneumoniae, die Tuberkelknötchen auf die Anwesenheit von Tuberkelbacillen zu setzen. Diese beiden Mikroorganismen können nun entweder gleichzeitig oder hintereinander aufgetreten sein, was aber sonst ganz irrelevant ist. Sicher ist es, dass der Mikrococcus Pneumoniae rascher in seinen Kulturen wächst, als der Tuberkelbacillus.

Die Tuberkulose selbst wird nur durch den Tuberkelbacillus verursacht, und zwar in der Weise, dass er in die pneumonisch afficirten Gewebe einwandert und dieselben zur Verkäsung bringt. In der Verkäsung selbst ist die spezifische Thätigkeit des Tuberkelbacillus zu suchen. ORTNER schlägt auch vor, statt von käsiger Bronchopneumonie lieber von tuberkulisirender Bronchopneumie zu sprechen. In allen Fällen und Formen von Lungentuberkulose, die Vortragender untersuchte, konnte er den Nachweis einer Mischinfektion erbringen, indem die entzündlichen Vorgänge durch den Mikrococcus Pneumoniae, die Tuberkelknötchen durch den Bacillus erzeugt waren.

Auch das Fieber ist nicht durch den Tuberkelbacillus erzeugt, sondern durch Eiterkokken und Pneumoniebacillen. Vortragender hält alle seine histologischen und bacteriologischen Befunde für fähig, die Streitfrage über Dualität und Unität der Tuberkulose zu entscheiden, und zwar bekennt er sich, so weit die Frage vom histologischen Standpunkte aus betrachtet wird, als Anhänger der Dualität; wird dieselbe aber vom ätiologischen Standpunkte ins

Auge gefasst, dann zur Unität. In der tuberkulösen Lunge sind zwei Prozesse scharf von einander zu trennen, und zwar der tuberkulöse und der pneumonische; jener ist durch die Tuberkelbacillen, dieser durch die Pneumoniekokken bedingt.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 30. Jänner 1893.

***Dr. Ludwig Frey:** Die Behandlung der Tuberkulose mittelst subkutaner Kreosotinjektionen.*

Schon von anderen Autoren wurde die nach bestimmten Methoden durchgeführte Injektion von Kreosot bei Tuberkulösen als bacillenzerstörend oder als auf die Toxine derselben einwirkend bezeichnet und werden auch in dieser Richtung mehrere Heilungen gemeldet. In einem verzweifelten Falle von Tuberkulose aus seiner eigenen Praxis, wo alle möglichen Therapien aber ohne Erfolg angewendet wurden, entschloss sich nun Vortragender dazu, Kreosot als letztes Rettungsmittel zu versuchen. Bei dem Patienten, bei welchem es bereits zu ausgedehnten cavernösen Zerstörungen in beiden Lungenspitzen gekommen war, zeigten sich schon nach den ersten Injektionen Erscheinungen von Besserung, so dass sich Vortragender entschloss, die Injektionen weiter fortzusetzen. Der Husten liess nach, die frühere Appetitlosigkeit wich, Nachtschweisse und Diarrhöen hörten auf, um einer Euphorie Platz zu machen. Das Aussehen des Patienten, welcher von einem bedeutenden Kliniker bereits aufgegeben war, besserte sich zusehends, das Körpergewicht nahm zu und die hohen Fiebertemperaturen wichen. Nach weiter fortgesetzten Injektionen gestaltete sich das Befinden des Patienten relativ gut.

Mit der Zeit gelang es FREY 14 Fälle von Lungentuberkulose in ihren verschiedenen Formen zu behandeln.

Während früher die Tuberkulose nur rein symptomatisch behandelt wurde, macht sich in der modernen Therapie das Bestreben geltend, den Ursachen nachzugehen; doch ist dieser Weg nur ein Tappen im Finstern und ist nur eine Therapie auf rein naturwissenschaftlicher Basis angezeigt. Die Tuberkelbacillen müssen entweder in direkter oder indirekter Weise zerstört werden. Dieses Bestreben lag auch den KOCH'schen Versuchen, die sich leider nicht bewahrheiteten, zu Grunde. Von allen Mitteln, welche gegen die Phthise empfohlen wurden, konnte sich nur das Kreosot einen dauernden Platz im Arzneischatze erobern, da dasselbe allein im Stande ist, der Causalindikation zu genügen, ohne dabei den Organismus zu schädigen. Ob dasselbe durch eine baktericide Kraft wirkt, ob es die Stoffwechselprodukte in ihrer Entwicklung hemmt, sind noch Fragen, die ihrer Lösung harren. Die antiseptische Wirksamkeit desselben ist schon lange bekannt, namentlich macht sich dieselbe bei der Konservirung von Fleisch bemerkbar. Ungeheuer wirksam sind die Kreosotdämpfe, sie tödten Insekten und Pflanzen, werden aber vom thierischen Organismus, ganz besonders gut aber vom menschlichen vertragen. Bei der Einverleibung von 2 *gr* zeigen Kaninchen, bei 3 *gr* Meerschweinchen noch keine Erscheinungen. Der Mensch verträgt Dosen bis zu 8 *gr*. In einem Falle betrug die letale Dosis 8 *gr*.

Tuberkelkulturen mit Kreosot vermengt, bewahren noch durch einige Minuten ihre Wirksamkeit, während sie dieselbe bei der Behandlung mit Sublimat oder Carbol rasch verlieren. Die Bekämpfung der Bacillen ist wie beim Tuberkulin eine indirekte, indem im Organismus Veränderungen geschaffen werden, welche die Bacillen in indirekter Weise beeinflussen. Wir können uns vorstellen, dass durch das Kreosot natürliche Abwehr- und Schutzvorrichtungen des Organismus gegen die Bacillen erzeugt werden, dass dasselbe den Impuls zu molekulären Verschiebungen gibt, durch welche die Stoffwechselprodukte chemisch verändert werden. Die von KLEBS angenommene Wirkung der Verminderung der Sekretion genügt nicht, um die bedeutenden Besserungen zu erklären.

Bei Cavernen tritt die antiseptische Wirksamkeit am deutlichsten hervor. Bei Spitzenkatarrhen zeigt sich schon nach 10 Injektionen eine Verminderung der Bacillen und bei fortgesetzten Einspritzungen ein vollständiges Verschwinden derselben. Das gleiche ist der Fall bei fortgeschrittenen Fällen. Die käsige Beschaffenheit des Sputums nimmt allmälig eine schleimig-eitrige Form an, um zum Schlusse rein schleimig zu werden; die münzenförmigen Sputa werden seltener und kleiner. Bei miliarer Tuberkulose hatte Vortragender keine Gelegenheit, mit Kreosotinjektionen Versuche zu machen, doch dürften hier nur sehr geringe Erfolge erreicht werden, da die Krankheit zu fudroyant verläuft und Kreosot nicht im Stande sein dürfte, die Intoxikation zu paralysiren. In initialen, chronischen und subakuten Fällen erweist sich die Kreosottherapie sehr günstig; letztere verlieren ihren akuten Charakter und nehmen einen mehr chronischen an.

Das Mittel wurde per os, durch das Klysma und durch Inhalation gereicht. Doch können alle diese Methoden, was Schnelligkeit der Wirkung und Einfachheit des Verfahrens anlangt, mit der Injektionsmethode nicht konkurriren. Letztere bietet folgende Vortheile: 1. Die Möglichkeit, grosse Mengen in kurzer Zeit dem Organismus einzuverleiben. Die Resorptionsfähigkeit der Haut ist sehr gross, da schon nach wenigen Minuten der Kreosotgeschmack im Munde und der Kreosotgeruch in der Athemluft wahrzunehmen ist. 2. Idiosynkrasie, sowie Magen- und Darmbeschwerden sind ausgeschlossen. 3. Die genaue Dosirbarkeit der täglich zu verabreichenden Dosis. 4. Gastrische Affektionen sind keine Gegenindikation gegen die Injektion. 5. Die Injektion ist schmerzlos und verursacht höchstens nur ein leichtes Brennen.

Grosse oder koncentrirte Massen von Kreosot unter die Haut zu bringen, ist nicht rathsam, da die Haut dieselben einerseits nicht resorbiren kann und die dadurch bewirkten Hautverdickungen bald zur Einstellung der Injektionen zwingen. Die verdickte Haut zeigt ferner eine sehr herabgesetzte Resorptionsfähigkeit. Bei massenhafter Injektion tritt auch leicht Fieber auf. Bei verdünnten Lösungen ist der Kreosotgeschmack schon sehr früh, bei koncentrirten erst spät im Munde zu spüren. Starke Lösungen rufen lokale Reizungen hervor, bleiben lange unter der Haut liegen, bevor sie resorbirt werden.

Vortragender wendet verhältnissmässig schwache Lösungen an, injicirt aber konsequent jeden Tag. Dadurch können grosse Mengen Kreosot zugeführt werden, ohne nennenswerthe Beschwerden zu verursachen. Er beginnt mit Lösungen: Ol. Oliv. sterilis. 15·0, Kreosoti 1·0, und zwar mit 3 Spritzen pro Tag, verbleibt dann dabei 2—3 Monate, um dann Lösungen von 1 : 9 dauernd zu injiciren.

Die Injektion geschieht mittelst einer PRAVAZ'schen Spritze mit mittelstarker Nadel. Der Stempel soll leicht gehen, die Einspritzung jeder Spritze eine Minute dauern u. zw. unter gleichmässigem Druck auf den Kolben. Als Injektionsstelle eignet sich am besten der Rücken, dann die Intrascapulargegend, die seitlichen Gegenden des Thorax und manchmal die Subscapulargegend. Es empfiehlt sich abwechselnd rechts und links zu injiciren.

Vortragender citirt nun einige Fälle, an denen er die Wirksamkeit der Injektionen illustrirt. Bei einem Patienten mit einer Caverne der rechten Seite stellte sich in Folge Verkleinerung der Caverne und Zug der Narbenmasse ein Tieferstehen der rechten Schulter und Einziehung des zweiten Interkostalraumes ein.

Vortragender konnte sich in allen Fällen von der günstigen Einwirkung der Injektionen überzeugen. Er betrachtet das Verfahren keineswegs als eine ideale Heilmethode der Tuberkulose, er glaubt nicht, dass man in jedem Falle damit reussiren könne; mit gutem Gewissen könne er aber behaupten, dass in zahlreichen Fällen, wo man auf anderen Wegen nicht zum Ziele gelangte, mit dieser Methode noch Erfolge zu erzielen sind. Die leichte Durchführbarkeit und Unschädlichkeit der Methode dürfte sich bald viele Freunde erwerben.

Leichtere Patienten behandelt Vortragender ambulatorisch. Er empfiehlt ferner nur 15 *gr* Kreosot auf einmal zu verschreiben.

Dr. Em. Mandl.

Hufeland'sche Gesellschaft zu Berlin

Sitzung vom 12. Jänner 1893.

Dr. Gottstein: *Die Kontagiosität der Diphtherie.**)

Seit der letzten grossen Hamburger Epidemie ist der alte Streit zwischen den «Kontagionisten» und den Anhängern der lokalistischen Anschauung bei der Verbreitung von Epidemien wieder auf das neue entflammt. Der Standpunkt der Kontagionisten geht dahin, dass, wenn für eine Krankheit ein spezifischer Erreger entdeckt ist, dieser genügt, die Entstehung der Epidemie zu erklären. Der experimentelle Nachweis dieser Hypothese ist meist nur schwer möglich. Ein Hauptgrundsatz der spezifischen Lehre ist ferner der, dass eine Art von Mikroben sich nicht in die andere umwandelt. Der Begriff der Pathogenese eines Mikroorganismus ist von zwei Faktoren abhängig, von seiner Virulenz und von der Widerstandsfähigkeit des Organismus; beide Faktoren sind grosser Wandlungen fähig; die Virulenz kann experimentell erhöht werden, sie vergrössert sich, wenn der Bacillus einen anderen Organismus passirt und durch Symbiose mit einer andern Art. Die Virulenz des Bacillus ist jedenfalls die schwankendste Eigenschaft desselben. Eine Infektion kann erzeugt werden durch eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des betreffenden Thierkörpers. Redner weist auf die schon 1874 gemachte Beobachtung ZUELZERS hin, dass vorher unschädliche Bakterien giftig wirkten, wenn der Organismus vorher mit Atropin behandelt worden war.

Von diesen allgemeinen Grundsätzen ausgehend, hat der Vortragende seine mehrjährigen Beobachtungen über die Kontagiosität der Diphtherie zu verwerthen gesucht und theilt nun seine diesbezüglichen Anschauungen mit. — Experimentell wird bekanntlich die Diphtherie durch den von LÖFFLER entdeckten Bacillus erzeugt, resp. durch die giftigen Produkte desselben; der LÖFFLER'sche Bacillus zeigt grosse Unterschiede in seiner Virulenz, und lebt gern in Symbiose mit dem Streptococcus. Der Bacillus der Pseudodiphtherie ist ihm in jeder Hinsicht sehr ähnlich, erzeugt jedoch keine schädliche Toxine, man kann ihn füglich als die avirulente Form des LÖFFLER'schen Bacillus bezeichnen; es ist aber noch nicht gelungen, ihm Virulenz beizubringen; umgekehrt konnte jedoch der echte Diphtherie-Bacillus, wenn er Anfangs nicht sehr giftige Eigenschaften zeigte, in seiner Virulenz bedeutend erhöht werden.

Bei der Berücksichtigung der Kontagiosität der Diphtherie dürfen nur diejenigen Fälle herausgegriffen werden, deren nähere Umstände und Verhältnisse dem behandelnden Arzte genau bekannt sind; nach diesem Gesichtspunkte hat Dr. GOTTSTEIN seine Beobachtungen gemacht und verfügt über 50 Fälle, deren Entstehungen ihm ohne Zweifel waren. Die erkrankten Personen waren meistens kleine Kinder, nur 3 Erwachsene befanden sich darunter. Obwohl der Bacillenfund nicht in jedem einzelnen Falle sicher war, liess der Verlauf der Krankheit doch keinen Zweifel über den wahren Charakter aufkommen; 15 Kinder starben, 17 trugen Lähmungen davon, 11 Fälle verliefen ohne Komplikation; der Prozentsatz seiner Fälle stimmt genau mit den anderweitig gemachten Erfahrungen überein; nämlich 38 Perzent Mortalität, 34 Perzent Lähmungen, 22 Perzent unkomplicirter Verlauf. Ueber die eigentliche Kontagion konnte in der Regel nichts ermittelt werden: zwei Kinder bekamen die Krankheit durch direkte Ansteckung. In einer Reihe von Familien war es auffällig, dass vor längerer oder kürzerer Zeit einer oder mehrere Todesfälle wegen Diphtherie sich ereignet hatten, oft war die Verwandtschaft bereits durch schwere Fälle betroffen gewesen; zuweilen war eine oder zwei Generationen frei geblieben. Die 50 Fälle hatten 85 Geschwister, die nach Möglichkeit isolirt wurden, 35 blieben davon frei; 14 Fälle erkrankten gleichzeitig, einzelne Fälle zeigten insofern einen ganz eigenthümlichen Verlauf, dass, nachdem die ersten Erkrankungen bereits lange vorüber waren, nach einer Anzahl von Wochen (2—16) plötzlich die nächsten Infektionen sich ereigneten. Die Absperrungsmassregeln waren je nach den ökonomischen Verhältnissen der betreffenden Familien verschieden; aber auch ihre Folgen. Merkwürdiger Weise sah man oft dort, wo die übrige Familie gedrängt in der Küche wohnte, keine weitere Erkrankung, während dort, wo die Desinfektion und die Isolation auf das genaueste befolgt wurden, andere Mitglieder schwer erkrankten.

Nach der Auffassung des Dr. GOTTSTEIN ist im Allgemeinen die Disposition für die Kontagion eine geringe; sie ist keine allgemeine, sondern nur dann vorhanden, wenn die Virulenz der Bacillen eine bedeutende ist; grösstentheils ist die Entstehung eine spontane, stets aber durch den spezifischen Erreger verursachte; nur selten entsteht die Diphtherie durch direkte Kontagion. — Andere Autoren sind zu dem gleichen Resultate gelangt. — In der Diskussion über diesen Vortrag werden namentlich die Begriffe der Symbiose und der spontanen Entstehung berührt.

*) Allgemeine medizinische Central-Zeitung.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Konstitutionskrankheiten.

Von **Dr. Friedrich Albin Hoffmann,**

k. k. wirklicher Staatsrath, o. ö. Professor, Direktor der Universitäts-Poliklinik zu Leipzig.

Mit zahlreichen Kurven.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1893.

In dem vorliegenden, auf reicher Erfahrung und grosser Literaturkenntniss basirenden Werke über die Konstitutionskrankheiten, hat sich der Verfasser von allen weitschweifigen Diskussionen und theoretischen Spekulationen ferngehalten, und nur den Bedürfnissen des praktischen Arztes Rechnung getragen, indem er zeigt, wie die Konstitutionskrankheit richtig erkannt und beurtheilt, und wie die Kranken mit Verständniss und Erfolg behandelt werden sollen.

Die Einleitung bildet eine vortreffliche Abhandlung über klinische Blutuntersuchung; sodann folgen der Reihe nach: die einfache Anämie, Anämien durch Erkrankung des lymphatischen Apparates, die hämorrhagischen Diathesen, die Hämoglobinanämien, die konstitutionelle Erkrankungen des Bewegungsapparates, schliesslich die Stoffwechselkrankheiten. Das Werk in sehr guter Ausstattung umfasst nahezu 400 Seiten.

Statt jeder weiteren Empfehlung bringen wir hier als Muster einer meisterhaften klinischenDarstellung den Abschnitt über die Behandlung der Anämie, insbesondere der inneren Blutungen, in welchem der Autor den Werth der verschiedenen Methoden kritisch beleuchtet. Wir fügen nur noch hinzu, dass die übrigen Kapitel ähnlich eingehend besprochen werden.

Während der Blutung bekämpft man die drohenden Collapserscheinungen durch Kampher (bis 2·0 in 24 Stunden für den Erwachsenen) und Aetherinjektionen, durch die Darreichung von starkem Kaffee mit Cognac und durch Hautreize. Vielfältige Empfehlung hat auch die sogenannte Autotransfusion gefunden; man wickelt die Extremitäten mit Bandagen ein, um sie blutärmer zu machen und dadurch mehr Blut für die Circulation des Gehirns verfügbar zu behalten. Tieflagerung des Oberkörpers, besonders des Kopfes, unterstützt diese Bemühungen oft sehr wirksam. Natürlich ist nur sehr wenig damit zu erzielen. Die Stillung der Blutung, die therapeutische Hauptaufgabe ist hier nicht zu erörtern. Alles tritt ihr gegenüber in den Hintergrud und wenn sie gelungen ist, muss alle Sorgfalt darauf gerichtet sein, Erneuerungen des Blutes zu verhüten. Dabei sind absolute Ruhe und kühles Verhalten die wichtigsten Momente und Eis und Opium nicht zu entbehren. Die Gefahr von Collapszuständen in diesem Zeitraume ist besonders Veranlassung, dass man die Darreichung der Opiate bemängelt hat, doch ist ihre heilsame Wirkung höher als ihre Gefahr anzuschlagen. Da wo die Blutung die Kräfte aufs Aeusserste erschöpft hat, ein Blutverlust von mehr als 30 Perzent der Gesammtmenge berechnet werden kann, oder sogar die Athmung langsam oder unregelmässig geworden ist, wird die Frage nach der Rathsamkeit der Transfusion sich von selbst aufdrängen.

Die Transfusion im alten Sinne, d. h. die Injektion einer gewissen Menge von Menschenblut und zwar in der Regel von defibrinirtem Menschenblut, hat zwar in neuester Zeit sehr starke Angriffe erlitten, doch sind die dagegen von BERGMANN ins Feld geführten experimentellen Untersuchungen als ungenügend erkannt worden, um zu seinen weitgehenden Schlüssen Berechtigung zu gewähren, und die so absprechenden Urtheile verstummen mehr und mehr. Die Injektion von gut defibrinirtem Blute unter den jetzt

läufigen Kautelen ist eine ungefährliche Operation, welche bei schweren Verblutungen als das einzig rationelle, lebenrettende Mittel bezeichnet werden muss. Es ist selbstverständlich, dass das Blut von einem durchaus gesunden Menschen stamme. Leider gibt es noch kein Ersatzmittel dafür, namentlich ist Thierblut unzulässig. Aber wenn man auch alle Vorsichtsmassregeln beobachtet, so folgt auf die Transfusion immer ein Schüttelfrost, es ist also jedenfalls die Operation noch nicht so vollkommen ausgebildet, wie dies wünschenswerth; die Hauptquelle aller Uebelstände scheint das Defibriniren zu sein, und doch hat die direkte Ueberleitung bisher noch nicht recht Fuss fassen können. Die Furcht, Gerinnungen in der Circulation herbeizuführen, ist eben doch eine zu nahe liegende und zu berechtigte. Aber trotz jenen Schüttelfrostes ist, wie wir ausdrücklich wiederholen, die Injektion von defibrinirtem Blute eine ungefährliche Operation. Die zu injicirende Menge braucht nach den vorliegenden Angaben keine sehr bedeutende zu sein; man hat sich meist mit 200—500 *gr* begnügt und fürchtet sogar weiter zu gehen.

Neuestens berichtet ZIEMSSEN, dass es ihm gelingt, einfach durch schnelles und sauberes Arbeiten das Blut aus der Vene des Gesunden in eine Spritze zu saugen und direkt in die Vene des Kranken ohne vorheriges Defibriniren einzuspritzen. Er hat in 7 Fällen 5 Mal ohne jede Reaktion (ohne Schüttelfrost und Temperatursteigerung) operirt und auch in den anderen beiden Fällen ist keine Schädigung eingetreten.

Die Injektion von Kochsalzlösung (die einfache sterile 0·73 perzentige ist die am meisten empfohlene) hat gegenüber der Transfusion den enormen Vorzug, dass sich ein tadelloses Material jeder Zeit dem Therapeuten darbietet, während nicht allein die Beschaffung von entsprechendem Menschenblut meist auf Schwierigkeiten stösst, sondern auch seine Injektion ungewöhnliche Vorsichtsmassregeln erheischt. Aber sie ist ihr natürlich in keiner Weise gleich zu setzen. GOLTZ hat zuerst die Idee ausgesprochen, welche der Anstoss zur Ausbildung dieser Methode war. Soviel dieselbe immer wiederholt worden, so zweifelhaft ist ihre Richtigkeit, denn wenn es ganz sicher ist, dass zur Circulation des Blutes ein gewisser Tonus des Gefässsystems nöthig ist, so ist es nicht anzunehmen, dass dieser Tonus beim Verbluten verloren geht und noch weniger wahrscheinlich, dass man ihn durch ein verhältnissmässig so rohes Verfahren, wie die Injektion ist, passend beeinflussen wird. Aber dies sind reine Spekulationen. Praktisch spitzt sich die Frage darauf zu: Ist wirklich ein Grad des Blutverlustes vorhanden, bei welchem der Tod durch Zufuhr von Kochsalzlösung abgewendet werden kann? Es muss zugegeben werden, dass weder die vorhandene Kasuistik noch mühevolle Experimente die Frage klar gelöst haben. Nachdem die neuesten Experimentatoren aber mit Anwendung der durch frühere Arbeiten als nothwendig erkannten Vorsichtsmassregeln alle zu einem negativen Resultate gekommen sind, der Kochsalzlösung nur eine vorübergehende Besserung und eine den Tod aufschiebende Wirkung zuzubilligen, so geht schon daraus hervor, dass die Bedeutung, welche diesem Verfahren beizumessen ist, jedenfalls eine enge begrenzte ist. Es ist deswegen aber nicht ganz zu beseitigen, denn einen geringen Nutzen muss dasselbe haben: es kann der Transport von rothen Blutkörperchen aus den grossen Vorräthen der Milz und des Knochenmarks in die allgemeine Circulation erleichtert werden und es kann der Blutdruck und die Blutgeschwindigkeit länger auf einer solchen Höhe erhalten werden, wie sie das Leben verlangt. Man kann also in einer geringen Breite wahrscheinlich auch das Leben durch diese Methode retten, aber weil diese Breite so gering ist, so ist sie für die Praxis nicht bestimmbar; für diese bleibt ihr immer noch der Werth, den Tod selbst in schlimmen Fällen verzögern zu können, wo man namentlich nicht die Möglichkeit hat, sofort eine Transfusion auszuführen. Das heisst allerdings wieder, wenn ich in der Lage bin, eine Bluttransfusion zu machen, so werde ich mich niemals mit einer Kochsalzinfusion aufhalten, wenn aber nicht, so ist diese indicirt.

Die Versuche, an Stelle der einfachen Kochsalzlösung Blutserum von Thieren mit Kochsalz verdünnt zu setzen, haben auch ganz gute Resultate ergeben, aber sie haben wenig Verbreitung gefunden und es liegen keine genügenden Erfahrungen darüber vor.

Es ist auch auf die Möglichkeit hingewiesen worden, dass Blutungen gerade durch die Bluttransfusion ebenso wie auch durch die Kochsalzinfusion zum Stehen gebracht werden möchten. Es sind nämlich in der Praxis solche Fälle beobachtet, welche eben diesen Eindruck hervorbrachten. Möglich ist es ja auch, dass der neue mächtige Reiz, welcher auf den Gefässapparat wirkt, diese günstige Folge haben kann; jedenfalls werden solche Beobachtungen die Besorgnisse Anderer beruhigen, welche fürchten, dass durch den sich steigernden Blutdruck die kaum zum Stehen gekommene Blutung aufs Neue wieder beginnen könne. In dieser Hinsicht, als Mittel, eine innere Blutung zum Stehen zu bringen, der wir direkt nicht beikommen können, ist die Injektion der Kochsalzlösung weiter im Auge zu behalten.

Allen Bedenken der intravenösen Injektion glaubt man jetzt dadurch zu entgehen, dass man an ihre Stelle die subkutane setzt. Hier sind besonders die Mittheilungen aus der Dresdener Frauenklinik zu erwähnen. Daran schliessen sich die parenchymatösen Injektionen im Marienkrankenhause zu Hamburg. Es ist sicher, dass diese Form der Anwendung in der Praxis am meisten Beifall finden wird. In Bezug auf die Vorsichtsmassregeln braucht man nicht so ängstlich zu sein, und die Leichtigkeit der Handhabung auch unter schwierigen äusseren Verhältnissen wird dieser Methode das Wort reden. Es ist allerdings gewiss, dass man an Präzision und Sicherheit der Wirkung dafür einbüssen muss.

In Fällen, wo es sich nicht um den augenblicklichen Verblutungstod handelt, also um Bekämpfung der chronischen Anämie, ist nach ZIEMSSEN'S Empfehlung an Stelle der Transfusion die subkutane Injektion mässiger Mengen defibrinirten Blutes (50 *gr* auf 2 Stellen vertheilt unter aseptischen Kautellen zu injiciren und sofort durch Massage zu vertheilen) ein wirkungsvolles Mittel. Trotzdem aber die Empfehlung schon vor längerer Zeit gemacht ist, verlautet in der Litteratur bisher äusserst wenig von Erfahrungen darüber. Wahrscheinlich hat sich das Verfahren als zu schmerzhaft erwiesen und ZIEMSSEN selbst zieht jetzt offenbar seine neue Methode vor.

Von Medikamenten wäre nur eines hier in Frage zu ziehen; ich meine das Eisen. Die Eisentherapie ist überhaupt ein sehr schwieriger Punkt und es ist hier so gut wie anderswo der Ort, Stellung dazu zu nehmen, obwohl im Allgemeinen gesagt werden kann, dass nach starken Blutverlusten gerade die Darreichung von Eisen am wenigsten geübt wird; hier verlässt man sich noch am liebsten auf die Diät allein. Wenn aber die Anämie sich in die Länge zieht, so fühlt man sich doch zum Eisen gedrängt, wenngleich es immer in dem Rufe steht, den Magen zu belästigen und gerade bei diesen schwachen Individuen der Magen erster Gegenstand der Sorge ist. Es ist nun zu gestehen dass wir jetzt so äusserst leicht verdauliche und angenehme Eisenpräparate besitzen, dass man der gewöhnlichen Besorgnisse sich wohl entschlagen darf und mehr als früher geneigt sein kann, auch in diesen Fällen Eisen zu geben.

Unsere Eisentherapie, wie sie von ROMBERG, NIEMEYER, TROUSSEAU und ihren vielen eisenfrohen Zöglingen geübt worden ist, hat an Sicherheit und Ansehen gewaltig durch neuere Arbeiten eingebüsst, welche mit einer solchen von HAMBURGER beginnen und die Aufnahme von Eisen aus dem Darm des gesunden Menschen in die Säftemasse, sobald dasselbe in der gewöhnlichen, medikamentösen Form gereicht wird, als zweifelhaft erscheinen lassen. Wenn eine solche Aufnahme stattfindet, so kann sie nur eine minimale sein. Ich halte es aber doch für unrichtig, sich nun daran zu stossen. Wenn das Eisen in beliebiger Menge in die Körperorgane eindringen könnte, so würde sich schon aus unser gewöhnlichen Nahrung sehr bald ein schwerer Ballast davon in Leber, Milz, Knochenmark und wohl noch an anderen Stellen ansammeln; denn die Ausscheidungsfähigkeit selbst so grosser Drüsen, wie Leber und Niere, ist für diesen Körper eine sehr geringe. Die Eisenaufnahme muss also vorsichtig regulirt und bei dem geringen Verbrauch eine minimale sein, welche sich nicht durch beliebige Darreichung per os in Unordnung bringen lässt. Da wir noch gar keine Vorstellung haben, wie das geschieht, so ist natürlich den Hypothesen freies Spiel gegeben.

Die Gestalt, in der das Eisen dem Blute nothwendig ist, d. h. das so ungemein komplizirte Hämoglobinmolekül, wird unter

Umständen gebildet, welche uns ganz unbekannt sind; wir besitzen keine Kenntniss darüber, ob wir diese Bildung irgendwie begünstigen können. Sicher muss, da wir mit Koth und Urin täglich Eisen verlieren, ein Ersatz desselben stattfinden, es ist aber ebenso sicher die Ausfuhr durch die Zufuhr in den gewöhnlichen Nahrungsmitteln Fleisch, Brod, Eier, Gemüse überreich gedeckt. Es würde nur bei fast vollständigem Hunger. als z. B. bei der Nahrungsverweigerung gewisser Kranken, bei unstillbarem Erbrechen eine Eisenverarmung zu befürchten sein. Hier ist überhaupt die Sorge für Ernährung die erste Indikation und wir denken nicht daran, Eisen besonders zuzuführen.

Ist aber durch Blutverlust eine Eisenarmuth eingetreten, während die Ernährung nicht geschädigt ist, so wissen wir sicher, dass diese Ernährung genügen wird, in einer gewissen Zeit den normalen Hämoglobinbestand wieder herzustellen. Es ist fraglich, ob das durch Eisendarreichung in medikamentöser Weise unterstützt oder befördert werden kann, man gibt das Eisen in der Hoffnung, dass es nütze, und es muss bestimmt betont werden, dass nach Allem, was wir von organischen Vorgängen wissen, durchaus vernünftig ist anzunehmen, ein Organismus, welcher sich im Zustande des Eisenhungers befindet, werde sich dargebotenes Eisen, wenn es irgend möglich ist, nutzbar machen. Er wird also aus jedem löslichem und resorbirbaren Eisenpräparate das Nothwendige zu entnehmen im Stande sein. Da die alten Aerzte mit dem grössten Vertrauen ihre BLAUD'schen Pillen, BESTUSCHEFF'schen Eisentropfen, Ferrum carbonicum, Ferrum hydrogenio reductum gaben und ihre schönen Erfolge rühmten, so ist es willkürlich anzunehmen, dass die neueren Eisenalbuminate, Eispeptonate, u. s. mehr leisten sollen. Ich will ihnen nicht manche Annehmlichkeit streitig machen und die verbreitete Anwendung, welche sie finden, ist Zeuge davon, aber wenn sie uns in Reklamen als besonders werthvoll angepriesen werden, so ist das eine Reklame und wenn Aerzte sie in der Armenpraxis für nöthig erachten, so ist das zunächst ein Zeichen, dass sie der Suggestion mehr unterliegen, als einen wissenschaftlich Gebildeten ziemt. Eisen hat schon seine therapeutischen Triumphe gefeiert zu einer Zeit, wo man an die organischen Verbindungen noch gar nicht dachte, ja es war damals angesehener, als es jetzt ist.

Aber ich komme darauf zurück, es ist durchaus willkürlich zu glauben, dass jeder Organismus das medikamentös dargereichte Eisen aufnehmen wird, zunächst ist es nur von demjenigen zu erwarten, welcher sich im Zustande des Eisenhungers befindet. Wir dürfen also denen, welche durch Blutverlu-te anämisch geworden neben der entsprechenden Diät Eisenpräpa ate geben, zumal eine Gefahr bei Aufnahme schädlicher Mengen ins Blut nicht vorhanden ist. Wir sollen sie so geben, dass Appetit und Verdauung nicht dabei leiden. Die subkutane Anwendung der Eisenpräparate werden wir verwerfen, weil wir durch diese eine Ablagerung in der Leber und eine Belastung der Niere hervorrufen, welche wir zunächst nicht berechnen können und welche nicht immer ganz unschädlich sein möchte.

Das Wichtigste für diese Kranken ist und bleibt die Diät Alle stimmen darin überein, dass Appetit und Verdauung sehr darnieder liegen und dass man die Ernährung in höchst vorsichtiger Weise allmählich verstärken muss, wenn man nicht in Gefahr laufen will, durch Dyspepsien hartnäckigster Art die Rekonvalescenz auf das Schlimmste gefährdet zu sehen. So sehr man im allgemeinen darin übereinstimmt, so wenig sind bestimmte Formeln bis jetzt gegeben. Schon in Bezug auf die Speiseaufnahme sind die Ansichten verschieden, denn die einen verlangen Darreichung in kleinen Zwischenräu nen (alle 2 Stunden) und geben in diesen kleine Portionen — andere wollen grössere Zwischenräume (wenigstens 4 Stunden) innehalten, um auch dem Verdauungstraktus eine Arbeits- und eine Erholungszeit zuzuordnen. Es ist aber richtig, für die äusserst geschwächten Personen nach dem ersten Modus zu verfahren und den zweiten erst dann einzuführen, wenn man feste Speisen in erheblicherer Menge schon anbieten darf. Im Anfange wird es sich immer darum handeln, flüssige Speisen von konzentrirtem Nährwerthe zu reichen: Suppen mit Milch, Mehl, Peptonen; von festen Nahrungsmitteln kommen zuerst das geschabte rohe Fleisch und das weiche Weissbrod in Frage.

Es wird nicht richtig sein, die Eiweisskörper in der Diät besonders zu bevorzugen, sondern man gebe sofort möglichst reichlich Kohlehydrate. Sie schützen die vorhandenen Eweisstoffe vor schnellem Verbrauche und sichern so am besten die Thätigkeit, welche die wichtigste ist. Leider kann man Fett nur wenig reichen, Milch ist die einzige Form, in der ein erhebliches Quantum ohne grosse Belästigung der Verdauungsapparate gegeben werden kann. Milch und Mehl werden also zunächst die Hauptbestandtheile der Nahrung sein. Vor Verlusten ist der Körper änglich zu schützen, namentlich vor Wärmeverlusten. Aufenthalt im Bett, vollständige Ruhe, Halbdunkel, passende Temperatur des Zimmers sind einfache aber so grundwichtige Maassnahmen, dass der Arzt immer wieder und wieder daran erinnern muss.

Grundlagen der theoretischen Anatomie.

Von **P. Lesshaft,** Professor der Anatomie.

I. Theil. — Mit 52 eingedruckten Holzschnitten.

J. C. Hinrichs'sche Buchhandlung. Leipzig 1892.

In einem geistvollen Vorwort setzt LESSHAFT auseinander, dass das Lehren und Lernen der Anatomie in rein deskriptiver Form dem Wesen einer Wissenschaft gar nicht entspreche. In dem Werke, dessen erster Theil nun vorliegt, wird daher die Anatomie nach anderen Prinzipien gelehrt und zwar in ihren Beziehungen zu den Funktionen, man lernt also gleichzeitig ein gehöriges Stück Physiologie. Seinen Standpunkt in Bezug auf einzelne Fragen präcisirt Verfasser unter Anderem durch Aufstellung folgender Sätze: 1. Alle Organe des menschlichen Körpers sind so konstruirt, dass sie bei möglichst geringem Volumen und bei möglichst geringem Materialaufwand im Stande sind, die höchstmögliche Thätigkeit zu entwickeln (das morphologische Gesetz.) 2. Die Thätigkeit aller Organe wird erhöht, wobei zugleich ihre Form sich verändert und ihr Volum sich vergrössert, wenn sie allmälig und stetig dazu angeregt werden und wenn die Zufuhr aller Bestandtheile der Organe dem Verbrauch entspricht (das physiologische Gesetz.) 3. Nur bei einer harmonischen Entwickelung aller Organe ist der menschliche Organismus im Stande, bei möglichst geringem Aufwande an Material und an Kraft die höchstmögliche Thätigkeit zu entwickeln und sich geistig zu vervollkommnen (das psychologische Gesetz.) In den einzelnen Kapiteln werden zuerst die «Gewebe der festen Stützen» eingehend besprochen, Knochen, Knorpel, Bindegewebe, elastisches Gewebe, Fett, Blut, sowie Entwicklung und Vermehrung dieser Elemente. Dem «Knochensystem» ist noch ein eigenes Kapitel gewidmet, in dem z. B. die Architektur und das Knochenwachsthum besonders eingehend behandelt sind. Das dritte Kapitel erörtert die «allgemeine Anatomie der Knochenverbindungen», wobei die Gelenke selbstverständlich am gründlichsten abgehandelt werden. Sehr reich an physiologischen Daten ist das folgende Kapitel «allgemeine Anatomie des Muskelsystems», einen sehr interessanten Abschnitt über den Gesichtsausdruck enthaltend, der für die durchwegs originelle Auffassung des Verfassers spricht. Das letzte Kapitel behandelt Schwerpunkt, Länge, Gewicht und Proportionalität des menschlichen Körpers.

Reiches Wissen und originelle Denkweise machen LESSHAFT's Werk zu einer ebenso lehrreichen als anregenden Lektüre. Man darf dem nächsten Bande mit grosser Erwartung entgegensehen. Die Ausstattung des Werkes ist eine sehr gute.

Zeitungsschau.

Acidum cinnamylicum puriss. — (MERCK's Bericht über das Jahr 1892.) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» vom 29. Jänner 1893.

$C_9H_8O_2 = (C_6H_5 \; CH.CH.COOH)$.

Weisse oder schwach gelbliche, matt glänzende, in Alkohol lösliche Blättchen vom Schmelzpunkt: 133° C.

Obgleich LANDERER schon früher (Münchener mediz. Wochenschrift 1889, Nr. 4), bei der Behandlung der Tuberkulose mit Perubalsam-Injektionen befriedigende Erfolge gesehen hatte, so hoffte er doch durch Verwendung der Zimmtsäure, als des wirksamen Be-

standtheiles des Perubalsams noch bessere Resultate zu erzielen. Die Wirkung und der Erfolg dieser Behandlung, über welche LANDERER in seiner Schrift betitelt «Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure» (Leipzig 1892) berichtet hat, werden in folgenden Sätzen zusammengefasst:

1. Die Zimmtsäure ist zwar kein Spezificum gegen Tuberkulose, doch besitzen wir in ihr ein diese Krankheit stark beeinflussendes Mittel. 2. Oertliche Einwirkung derselben vermag localisirte Tuberkulose zum Rückgang zu bringen. 3. Die intravenöse Injektion ist bei genügender Vorsicht unschädlich und bringt einen beträchtlichen Theil der innern Tuberkulosen zur Ausheilung.

Sowohl bei innerer als auch bei chirurgisch zu behandelnder Tuberkulose wird die Zimmtsäure hauptsächlich in Form folgender Emulsion angewendet:

Rp.: Acid. cinnamylici 5·0
Ol. amygdalar. dulc. 10·0
Vitelli Ovi Nr. I
Solution. Natrii chlorat. (0·7%) q. s.
Misce ut fiat emulsio.

DS. Zur Injektion (LANDERER).

Vor dem Gebrauch muss die Emulsion durch Zusatz von 25 perzentiger Kalilauge schwach alkalisch gemacht werden. Die Dosis der Injektionsflüssigkeit schwankt zwischen 0·1—1 *kcm*, bei Kindern und geschwächten Personen ist sie noch geringer; in der Regel injicirt man wöchentlich zwei Mal. Bei fistulösen Prozessen werden Einspritzungen und Ausätzungen mit Zimmtsäurealkohol (1:20) angewendet. In Lupusknötchen werden je 1—2 Tropfen folgender Lösung injicirt:

Rp.: Acid. cinnamylici
Cocaïni muriatici āā 1·0
Spiritus vini 18·0

DS. Zur Injektion.

In einer Sitzung können bis zu 10 Einspritzungen vorgenommen werden (LANDERER).

Charcot: Ein Fall von männlicher Hysterie. — (Arch. de neurologie, Juli 1892. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin Nr. 4, 1893.

Die männliche Hysterie findet sich besonders bei Leuten aus niederem Stande, welche schwer mit dem Leben ringen, bei Alkoholisten, bei solchen, welche toxische Beschäftigungen treiben, Trauma und Erblichkeit spielen eine grosse Rolle. Da sich diese Momente in kleineren Städten seltener vereinigt finden, so wird die Hysterie bei Männern hier auch seltener beobachtet.

Der vorgestellte Kranke ist hysterisch und hat eine hysterische Lähmung der unteren Facialis-Aeste. Von vielen — und auch von CHARCOT — wurde das Vorkommen der Facialis-Lähmung bei Hysterie lange bezweifelt.

Ein 24 jähriger Küfer, Potator, wurde Februar 1801 aufgenommen. Derselbe hatte hystero-epileptische Anfälle in ausgebildeter Form. Die Anfälle kommen alle 8—10 Tage und ausserdem regelmässig, wenn Patient in die Stadt geht und trinkt. In der ganzen rechten Wange ist die Empfindung für Berührung, Temperatur und Schmerz aufgehoben, ebenso in dem entsprechenden Theile der Mundschleimhaut. Am l. Hypochondrium eine hysterogene Zone. Konzentrische Einengung beider Gesichtsfelder, Mikro-Megolopsie. Geschmack, Geruch, Gehör, l. abgeschwächt. Pharynxreflexe l. aufgehoben. Unruhiger Schlaf, Alpdrücken, Nachts Wadenkrämpfe, Ameisenkriechen (alkoholisches Symptom), der rechte Mundwinkel hängt etwas, die Zunge deviirt nicht. Rechts sind die Mm. Zygomaticus major und buccinator gelähmt. Patient musste beim Essen die Speisen mit dem Finger aus der rechten Backentasche entfernen. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln ist normal, es bestehen keine Zuckungen. Die Ansicht von TODD, dass sich die hysterische Hemiplegie selten oder nie auf das Gesicht erstrecke, ist allgemein, auch von CHARCOT, angenommen worden. Nach 1887 erklärte CHARCOT, bei der hysterischen Hemiplegie ist der gleichseitige untere Facialis nie gelähmt, wie bei der gewöhnlichen Hemiplegie. In den Fällen, in welchen eine Deviation erwähnt wurde, behandelte es sich um eine spasmodische Erscheinung. Die Zunge ist dann meist zusammengerollt, die Spitze gegen den Gaumen gedrückt, es finden sich Muskelzuckungen. CHARCOT gibt jetzt die hysterische Facialis-Lähmung immer zu und erwähnt fünf bis jetzt veröffentlichte Fälle. Von CHANTEMESSE wird betont, dass die hysterische Facialis-Lähmung immer mit Anästhesie des Gesichts verbunden ist, was sie von der apoplektischen unterscheidet. Auch CHARCOT betont, dass die hysterische Facialis-Lähmung, die meist wenig ausgesprochen ist, immer mit Anästhesie verbunden ist. Sie trat auch schon als isolirte Lähmung auf.

Der vorgestellte Kranke ist originär nervös und erblich belastet. Er ist seit dem 19. Jahr Potator. 1885 erhielt er einen Stockschlag in den Nacken ohne weitere Folgen. 1887 fielen im Keller die Fässer auf ihn, er erschrak sehr, war unfähig sich zu bewegen und wurde von seinen Kameraden unverletzt hervorgezogen. Seitdem litt er allnächtlich an Alpdrücken. Zwei Monate später bekam er einen hystero-epileptischen Anfall und verletzte sich dabei das Kinn. Vier Monate später wurde er als Soldat von seinen Kameraden geneckt, weil er einen krummen Mund habe, wenn er lache. Augenscheinlich hatte der Fall auf das Kinn die Facialis-Lähmung ausgelöst.

So lange Patient Soldat war, trank er nicht mehr und die grossen Anfälle blieben weg. Hatte nur hie und da leichten Schwindel. Nach einem Jahre wurde er entlassen, er trank wieder und die grossen Anfälle kehrten zurück.

Der Potus und die Verletzung waren Gelegenheitsursachen, die letzte Ursache war die schwere erbliche Belastung.

Therapeutisch wird empfohlen: Abstinenz, Hydrotherapie, Berufswechsel.

Bourneville und **Sollier**: **Zwei neue Beobachtungen von männlicher Hysterie.** — (Arch. de neurol. Nov. 1892. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie und psych.-gerichtl. Medizin Nr. 4, 1893.

Die beiden aus Bicêtre stammenden Beobachtungen betreffen jugendliche Individuen im Alter von 17 und 18 Jahren. Im ersten Falle entwickelte sich die Hystero-Epilepsie auf dem Boden schwerer erblicher Belastung. Vater und Grossvater waren Trinker; die Mutter litt an Migräne, eine Schwester an Hysterie; eine andere starb unter cerebralen Erscheinungen nach Masern; ein Bruder ist schwachsinnig. Patient lernte erst mit $2^1/_2$ Jahren sprechen und laufen, hatte bis zu 14 Jahren Enuresis nocturna; lernte nichts, war faul, böswillig, lügnerisch, jähzornig, wählerisch im Essen. — Seit dem 16. Jahre traten grosse hysterische Anfälle auf mit allen ihren Eigenthümlichkeiten. Es bestanden von hysterischen Symptomen bei ihm: Sensibilitätsstörungen, Dyschromatopsie, Gesichtsfeldeinschränkung. Aufhebung der Rachenreflexe, Herabsetzung der sensoriellen Funktionen. Nach langdauernden Anfällen wurde stets Temperaturerhöhung konstatirt.

Auch im zweiten Falle war schwere neuropathische Belastung nachweisbar (abnorme psychische Zustände und Alkoholismus) von beiden Seiten der Eltern und ferner war Patient in der Entwickelung auch zurückgeblieben. Mit 13 Jahren stellten sich nach Gemüthserregung zuerst Angstvorstellungen ein und darnach folgten Anfälle erst hystero-epileptischen, später mehr rein hysterischen Charakters ein Mal oder mehrmals in einem Moment. Sie wurden eingeleitet durch einen Schlafzustand und zeigten die klassischen Symptome: Hemiparesen, Hemianästhesien, Spasmen in verschiedenen Muskelgruppen, Attituden, arc de cercle etc.; von psychischen Erscheinungen entwickelten sich eine Veränderung des Charakters, jäher Stimmungswechsel, Hallucinationen, Selbstmordideen. Die Beschreibung der Krampfanfälle sind durch Abbildungen der verschiedenen Stellungen des Patienten illustrirt.

Dr. P. Guttmann (Berlin): **Die Behandlung der Malaria mit Methylenblau.** (Berliner klinische Wochenschrift Nr. 3 1892.)

GUTTMANN berichtet über 3 neue Fälle von Malaria, die durch Methylenblau geheilt worden sind; 2 Fälle waren Intermittens tertiana, einer Intermittens quotidiana. Unter der Einwirkung

des Methylenblau tritt schon der erste zu erwartende Anfall schwach auf, die folgenden Anfälle bleiben aus.

Das Methylenblau tödtet die Malariaplasmodien ab. Unter der Einwirkung dieses Mittels verringert sich die Plasmodienzahl rasch, am fünften oder sechsten Tage sind sie vollkommen verschwunden Um sicher zu sein vor Recidiven der Malariaanfälle, empfiehlt GUTTMANN eine vier Wochen dauernde Anwendung des Methylenblau, und zwar in der ersten Woche täglich 0·5 *gr* auf 5 Einzeldosen von 0·1 *gr* in Gelatinekapseln in 3stündlichen Zwischenräumen vertheilt; in den folgenden 3 Wochen gebe man eine Dosis von 0·1 *gr* dreimal täglich. Unangenehme Nebenwirkungen hat das Mittel nicht; etwas Urindrang im Anfang der Behandlung wird beschwichtigt durch Darreichung von etwa 1/3 gepulverter Muskatnuss.

Nach GUTTMANN ist die Wirkung des Methylenblau gegen Malaria ebenso sicher wie die des Chinin.

R. Taylor: Ueber Schanker an den Fingern, ihre Bedeutung und ihre Gefahren für den Arzt. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, Jänner 1893.)

TAYLOR bemerkt, dass Geburtshelfer und Hebammen sich öfter bei ihrer Thätigkeit mit Schankern an den Fingern inficiren, gelegentlich auch Laien beim Berühren inficirter, weiblicher Genitalien. Fingerschanker werden ferner erworben von Dentisten bei Operationen im Munde syphilit. Patienten. Sie kommen auch vor bei Kindern und bei Frauen, wenn diese den harten Schanker einer anderen Person säubern oder verbinden; auch in Folge eines Bisses einer syphilit. Person. Endlich ist es bekannt, dass Schanker der Knöchel und Finger entstanden nach einem Schlage auf den Mund eines an specifischen Läsionen leidenden Individuums. Die Schanker entstehen gern an einem Theile des Nagelrandes, auch an den Seiten und der Kuppe der Finger und in deren ganzer Länge. In der grossen Mehrzahl der Fälle geht die Sklerose von der Infektion eines Risses, eines kleinen Spaltes etc. aus oder die Einlagerung des Giftes findet zwischen Nagel und Nagelfalz statt.

TAYLOR theilt die Schanker der Finger in 4 Formen ein. 1. Die schuppende Papel oder Tuberkel. 2. Der excoriirte oder exulcerirte Knoten resp. Beule. 3. Der fungöse Schanker. 4. Der panaritiumähnliche Schanker. Die erste Form ist die seltenste. Sie ist gewöhnlich auf der Dorsalfläche einer Phalanx lokalisirt, ausnahmsweise auf der palmaren oder Seitenfläche der Finger. Die Läsion, von der die Infektion ausgeht, kann heilen oder nicht. Der Schanker beginnt als ein kleiner, rother, bisweilen schuppender Fleck, der sich vergrössert und in 14 Tagen den Durchmesser eines halben Zolles erreicht. Seine Farbe ist dann dunkelkupferroth, gelegentlich glänzend rosenroth, auch in's purpurne hinüberspielend. Dehnt sich der Schanker über ein Gelenk aus, so treten leicht Fissuren ein, an die sich eine Ulceration der ganzen Sklerose anschliessen kann. Dann kann sie der 2. und 3. Form ähneln. Auch wenn sie nicht an Gelenke herankommt, kann sie durch mechanische und chemische Reize excoriirt und exulcerirt werden. Bleibt sie ohne Entzündung, so verursacht sie wenig Beschwerden. Oft wird die Diagnose nicht eher gestellt, als bis Lymphdrüsenschwellungen oder sekundäre Manifestationen sie deutlich machen. Nach mehrwöchentlichem bis dreimonatlichem Bestehen verschwindet die schuppende Papel mit Hinterlassung einer verdickten mehr oder weniger purpurn oder braun pigmentirten Stelle, welche mehr oder weniger indurirt oder atrophisch sein kann. 2. Der excoriirte oder exulcerirte Knoten ist die häufigste Form und hat das charakteristische Aussehen. Er sitzt meist am Fingerende und geht von einer Läsion des Nagelrandes aus. Beginn gewöhnlich mit einer Pustel oder einer kleinen, rothen Excoriation, die zuerst indolent ist. Sie dehnt sich aus, wuchert gewöhnlich stark und ist in 2—4 Wochen voll entwickelt. Man findet dann eine breite, dicke, weiche, granulirende oder sogar klumpige Masse von dunkelrother Farbe. Konsistenz meist fest, aber nicht entschieden indurirt, bisweilen auch weich und schlaff. Bleibt der Schanker ohne Irritation, so heilt er allmälig ab, anderenfalls kann er bis zu einem Jahre andauern und gibt dann eine reiche Quelle für Infektionen ab. Diese Schanker hinterlassen bei der Heilung Deformitäten, der Nagel wird ganz oder theilweise zerstört und durch einen mangelhaft gebildeten ersetzt die Nagelphalanx missgestaltet. Es kann auch, wenn der Schanker vom freien Nagelrande ausgeht, die das Tastgefühl vermittelnde Schicht zerstört werden. Schmerzen können lange zurückbleiben. Als Komplikationen kommen Phlebitis und Lymphangitis vor. 3. Der fungöse Schanker ist nicht selten, beginnt als feuchter oder trockener rother Fleck oder auch als Pustel und wird meistens an der Fingerspitze gefunden. Nach 1—2wöchentlicher Dauer schiessen stark wuchernde (1/16—1/8 Zoll lange) Granulationen auf, die bisweilen gewucherten, breiten Condylomen gleichen. Ihre Farbe ist dunkelblau oder purpurroth, blassgrau oder grau mit einem Stich in's Blaue. Unter spezifischer Behandlung heilen sie ab und hinterlassen mehr oder weniger Deformitäten, sonst trotzen sie auch sehr energischen Cauterisationen. Auch hier können Phlebitis und Lymphangitis zeitweilig auftreten. 4. Der panaritiumähnliche Schanker ist selten, beginnt oft am Nagelrande als Pustel und gleicht in seiner weiteren Entwicklung längere Zeit einem einfachen Nagelgeschwür. Im Verlaufe der spezifischen Paronychie schwillt die Endphalanx keulenförmig an. Schwächere oder stärkere, tiefsitzende und sogar klopfende Schmerzen werden oft geklagt. Der Schanker wird allmälig dunkelbraunroth, sondert einen reichlichen, foetiden Eiter ab und ist mit einem braunschwarzen oder grünen, nekrotischen Häutchen theilweise oder ganz bedeckt. Der Nagel wird abgestossen. Unter der Behandlung heilt der Schanker im Laufe mehrerer Monate ab mit Hinterlassung von Atrophie und einer unregelmässigen Narbe. Verwechselt kann diese Form werden mit nicht spezif. Panaritien und mit Paronychien, wie sie in den verschiedenen Perioden der Lues auftreten. Die Induration der Cubital- und Axillardrüsen, die schon nach 2 Wochen auftritt, kann zur Aufklärung dienen. In seltenen Fällen kann echte Pyaemie und septische Infektion den Verlauf der Fingerschanker kompliciren. Hiefür theilt TAYLOR 3 Fälle eigener Beobachtung ausführlich mit. Wie durch andere akute Erkrankungen wird auch durch Pyaemie und Septicaemie die Entwickelung der sekundären Symptome hintangehalten. TAYLOR erwähnt dann, dass sich NEISSER in klarer Weise darüber ausgesprochen habe, welche Gefahren inficirte Aerzte für ihre Patienten bedingen, und wie sie diesen vorbeugen können. Die Hauptgefahren bestehen, so lange der Schanker noch nicht als specifischer Primäraffekt erkannt ist.

Viel schwieriger ist es, die Hebammen zu veranlassen, ihre Klientel vor Infektion zu bewahren. Diese Frauen übertragen aus Unwissenheit und Habsucht die Syphilis weiter. Verf. theilt mit, dass eine ganze Familie, Vater, Mutter und 4 Kinder, durch den Fingerschanker einer Hebamme inficirt wurden. Dieselbe Hebamme inficirte 2 weitere Familien.

Standesfragen und Korrespondenz.

Die allgemeine Berliner Aerzteversammlung über die Nothwendigkeit der Reform im Poliklinikwesen.

(Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Berlin, Ende Jänner 1893.

Die am 24. Jänner abgehaltene allgemeine Aerzteversammlung bot so viel des Interessanten, dass ich mich beeile, Ihnen einen kurzen Bericht über den ziemlich bewegten Verlauf der Versammlung einzusenden.

Um Ihre Leser so übersichtlich als nur möglich, zu orientiren, will ich zunächst jene Anträge mittheilen, über die es zur Abstimmung kam.

Da war zunächst ein Antrag des Herrn Dr. JACUSIEL, welcher folgendermassen lautete:

«Die heute hier versammelten Aerzte halten eine Aenderung in dem Poliklinikwesen für nothwendig und erklären es für eine Pflicht der Aerztekammern auf Grund von Erhebungen, die sie anzustellen hätten, darzuthun, dass die Polikliniken ihrem Zwecke nicht gerecht werden, vielmehr über ihre ursprünglichen Ziele hinausschiessen.»

Ein zweiter Antrag ging von Herrn Dr. WECHSELMANN aus und enthielt den Vorschlag einer Petition an die Aerztekammern,

damit diese «die ärgsten Auswüchse auf dem Gebiete des Berliner Poliklinikwesens (Honorirung der Hebammen für die Zusendung von Fällen) unterdrücken». Zuwiderhandelnden sollte das Wahlrecht für die Aerztekammern entzogen werden.

Ein dritter Vorschlag ging von Herrn Dr. TREITEL aus, er lautete dahin, «die eingesetzte Kommission mit der Angelegenheit weiter zu betrauen».

Bei der Abstimmung wurden alle die drei genannten Anträge angenommen.

Aus dem übrigen Verlaufe der Versammlung will ich insbesondere einiges aus der Rede des Herrn Dr. LANGE hervorheben, da sie so manche interessante Ausführungen bot, nicht nur was das Poliklinikenwesen betrifft, sondern die sozial-ärztlichen Zu- und Missstände überhaupt.

Der Redner tritt vor Allem der von anderer Seite vorgebrachten Aeusserung entgegen: in dem Poliklinikenwesen seien deshalb Aenderungen nicht anzustreben, da diese Anstalten der Humanität seien. «In keinem Stande», sagte Dr. LANGE hieran anknüpfend, «wird so viel mit dem Worte Humanität gesündigt, und doch übt kein Stand mehr Humanitätspflichten aus, als der Arzt. Gewiss soll dieser human sein, aber nicht auf Kosten, die eigentlich der Staat tragen sollte. Die Geistlichkeit wird besoldet, ist pensionsberechtigt, hat sich im Vergleiche mit uns nicht entfernt so anzustrengen, aber es wird ihr nicht im geringsten einfallen, eine Beerdigung, Taufe oder sonst eine Handlung ohne theuere Bezahlung auch von den untersten Klassen vorzunehmen . . . . .»

Sehr richtig und zutreffend muss jener Passus in der Rede LANGE's genannt werden, welcher die Frage der gleichmässigen Vertheilung des poliklinischen Materials betrifft. Dasselbe häuft sich in den staatlichen Anstalten unbenutzt an, und könnte, in angemessener Weise vertheilt, viel mehr Nutzen bringen, als es bisher der Fall ist. Der eine Ordinarius des Institutes für Chirurgie hat nebst den 2000 Fällen in der Klinik noch 21000 Fälle in der Poliklinik zu versorgen. «Bei dieser ungeheueren Arbeitslast», fügte Redner sarkastisch hinzu, «bleibt freilich keine Zeit zu wissenschaftlichen Arbeiten übrig.» Die Universität kann mit dem Material nichts anfangen, da sollte also eine Arbeitstheilung geschaffen werden, damit der Kampf der übrigen Dozierenden um die Patienten endlich doch aufhöre.

In seinen weiteren Ausführungen sprach LANGE über die Wege, welche zur Abhilfe der Uebelstände einzuschlagen wären. Wie sich Redner über die Aerztekammern äussert, wird Ihren Leserkreis jedenfalls sehr interessiren, da diese ja wohl bald auch bei Ihnen in Aktivität treten dürften.

«Die Mehrheit in der Aerztekammer hat durch ihr Verhalten mehrfach gezeigt, dass sie jede Fühlung mit der Aerzteschaft verloren habe. Von Leuten, die sich in dieser Nothlage mit dem hunderttheiligen Badethermometer und anderen Fragen beschäftigt haben, die uns gar nichts angehen, ist nichts für uns zu erwarten. Es thut uns eine andere Aerztekammer noth, Kandidaten, die nicht geaicht sind auf Ethik, Humanität und Wissenschaft, sondern, die ein wirthschaftliches Programm aufzustellen vermögen . . . . .»

In dem Schlusspassus seiner Rede forderte LANGE die anwesenden Kollegen auf, mit allen erlaubten Mitteln die gegenwärtig bestehenden Schäden aufzudecken. Namentlich sei hiezu die Mitwirkung der Tagespresse erforderlich, an die man appelliren müsse. Redner sieht den harten Kampf voraus, der zu bestehen sein werde und deshalb schliesst er mit Worten IHERING's: «Nur im Kampfe wird ihnen das Recht werden».

Die Rede LANGE's wurde mit lautem Beifall belohnt, zumal sie der Mehrzahl der anwesenden Aerzte «geradezu aus der Seele» gesprochen war; deshalb fanden auch die nachfolgenden Aeusserungen Herrn Dr. SCHÄFFER's weniger günstige Aufnahme, da dieser für die Beibehaltung des jetzt bestehenden Poliklinikenwesens eintrat, wenn er auch die Nothwendigkeit einer gewissen Regelung zugeben musste. Beachtenswerth waren jedenfalls jene Stellen aus der Rede des Letztgenannten, worin er darauf hinwies, dass doch die überwiegende Mehrzahl der in der Poliklinik Hilfesuchenden, sich aus den unteren Ständen rekrutire. «Wenn Sie den Beschluss durchführen, jede unentgeltliche Behandlung solle aufhören, so würde einfach keine dieser Patientinnen — SCHÄFFER ist Vorstand einer Frauenklinik — zu Ihnen gekommen sein . . . . . Die Frauen würden sich einfach gar nicht behandeln haben lassen..... Ich habe versucht, Sie aufmerksam zu machen, dass die Poliklinik nur eine Anstalt für Arme sei und bekam von diesen stets die Antwort, sie wollten sich von einem Spezialisten behandeln lassen und seien nicht in der Lage, eine langdauernde spezialistische Behandlung zu bezahlen.»

Zum Schlusse will ich noch auf einen besonders erwähnenswerthen Passus aus der Rede der Herrn Dr. MUGDAN zurückkommen.

«Das Material an den Universitäten», sagte dieser Redner, «geht für die Studierenden ganz verloren. Anstatt dass diesen vier bis fünf Stellen unter Leitung eines Oberarztes zugewiesen werden, sieht man in den Auditorien die Studierenden mit Operngläsern bewaffnet, um Diagnostik zu treiben. Der Charakter der Universitäten hat sich im Laufe der Zeiten geändert. — Sie haben sich überlebt.»

Aus diesem Grunde tritt Redner für den Unterricht in den Polikliniken ein.

Da ein Theil der Redner, wie bereits aus dem oben Mitgetheilten hervorgeht, die Abhilfe der herrschenden Missstände von Seiten der Aerztekammern direkt begehrte, ein anderer das Professorenkollegium nicht für jene Korporation, die Besserung herbeizuführen im Stande ist, ansieht, so muss man wohl zunächst abwarten, welche Stellung die Regierung gegenüber der Bewegung innerhalb der ärztlichen Corporationen Berlins annehmen werde. *Dr. G. M.*

Für die mit den Berliner Verhältnissen weniger vertrauten Leser, sei hier noch bemerkt, dass Berlin derzeit 183 Polikliniken zählt, indem daselbst jeder Arzt sein Ambulatorium «Poliklinik» nennen darf. Die Berliner Aerzte machen auch hauptsächlich Front gegen diesen Missbrauch eines Namens, der nur Unterrichtsanstalten zukommt. Bekanntlich wurden auch in Wien vor einigen Jahren ähnliche Versuche gemacht; doch hat die Statthalterei dies nicht gestattet und wurde seinerzeit dem Mariahilfer Ambulatorium die Führung des Titels «Mariahilfer Poliklinik» von amtswegen verboten. Dagegen wurde dem von Universitätsdozenten geschaffenen Ambulatorium der Titel «Allgemeine Poliklinik» durch ein eigenes vom Ministerium des Innern und Ministerium des Unterrichtes genehmigtes Statut bewilligt. Ein Vergleich der zahlreichen Berliner «Polikliniken» mit der «Allgemeinen Poliklinik in Wien» wie es von Manchem jetzt versucht wird, ist somit nicht stichhältig, denn die Wiener Poliklinik ist keine gewöhnliche Ordinations- sondern medizinisch-chirurgische Unterrichtsanstalt, die sich als solche bewährt hat und unter den jetzigen Verhältnissen geradezu eine nothwendige Ergänzung der mit Studirenden überfüllten Kliniken bildet. Dies wird heute auch von Allen, die ein Verständniss für die Bedürfnisse des Unterrichtes in der praktischen Heilkunde haben, anerkannt.

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 30. Jänner abgehaltenen wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums hielt Dr. L. Frey einen Vortrag über «Behandlung der Lungentuberkulose mittels Kreosotinjektionen», der in dieser Nummer ausführlich referirt ist. — In der Sitzung des Wiener medizinischen Klubs am 1. Februar berichtete Prof. v. Moosetig über ein neues Heilverfahren gegen mykotische Erkrankungen, den wir an anderer Stelle unseres Blattes ausführlich bringen, worauf Dr. Goldstern einen interessanten Fall von Endarteritis obliterans demonstrirte, welcher in der nächsten Nummer ausführlich besprochen werden wird. — In der am 3. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte theilte der Vorsitzende Hofr. Dittel mit, dass Hofr. Billroth verhindert sei, der Sitzung beizuwohnen und dass derselbe dem Prof. Stellwag zu seinem 70. Geburtstage die Glückwünsche der k. k. Gesellschaft übermittelt habe. Zugleich gibt der Vorsitzende bekannt, dass im März die Wahl neuer Mitglieder stattfindet und dass daher Vorschläge in dieser Beziehung bereits im Februaer an den 1. Sekretär der Gesellschaft, Prof. Kundrat, zu richten sind. Prof. Winternitz macht hierauf die vorläufige

Mittheilung, dass er bei Anwendung von Kälte eine bedeutende Leukocythose konstatiren konnte. Dr. Latzko demonstrirt hierauf einen geheilten Fall nach Symphysiotomie, worauf Prof. Kaposi drei Typen von Sarkomatosis cutis vorstellt und an die Demonstration einige Auseinandersetzungen knüpft. Dr. Teleky hält hierauf seinen angekündigten Vortrag über «subjektive und objektive Kopfgeräusche», welchem er die Demonstration einer Patientin anschloss. An diesen Vortrag knüpfte sich eine lebhafte Diskussion, an welcher sich die Professoren Mauthner, Schrötter, Urbantschitsch, Adamkiewicz, Weinlechner und Dr. Eisenschütz betheiligten. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung folgt in der nächsten Nummer.

Budapest. Aus Budapest schreibt uns: Ueber Aufforderung des Ministers des Innern, hat der Landes-Sanitätsrath ein von Prof. Johann Bókai abgefasstes Gutachten abgegeben, wie den Verheerungen der Diphtheritis Einhalt gethan werden könnte. In diesem Gutachten wird die Anzeigepflicht der Diphtheritisfälle binnen 24 Stunden und die Organisirung von Strassenkommissären betont, welche die von der Krankheit heimgesuchten Gemeinden in Evidenz zu halten haben. Es müsse für die Isolirung der Kranken und für geschulte behördliche Desinfekteure gesorgt werden; ebenso für eine genügende Anzahl von Aerzten und Epidemiespitälern. Weiters ist das Volk, welches die Krankheit noch immer nicht ernst nimmt, durch die Geistlichen und Lehrer auf die Gefahr aufmerksam zu machen; die Kinder sind von den Begräbnissen und Todtenhäusern fernzuhalten und müsse für Hygiene eine populäre Schrift verbreitet und für Aerzte Kurse über Heilung der Diphtheritis abgehalten werden. Betreffend die Vorsichtsmassregeln empfiehlt das Gutachten: 1. Die Kinder einer Familie, in welcher ein Diphtheritisfall vorkam, sind wenigstens für die Dauer von vier Wochen vom Schulbesuch fern zu halten 2. Alles was mit dem Kranken in Berührung kam, muss durch Kochen desinficirt werden; werthlose Kleider und Bettzeug verbrannt, Fussboden, Wände und Möbel desinficirt werden. 3. Für gründliche Reinigung der feuchten, finsteren Wohnungen muss gesorgt sein. 4. Da der Bacillus besonders in der Milch gedeiht, müssen die Milchgeschäfte speziell kontrolirt werden und wer einen Diptheritiskranken in der Familie hat, darf keine Milch verkaufen. 5. Zur Epidemiezeit muss zur sorgfältigen Reinigung des Mundes, Halses und der Nase der Kinder, Sublimat (ein *gr* auf 10 Liter Wasser), oder wenigstens mit etwas Spiritus gemengtes Wasser, im Hause bereit gehalten und verwendet werden. Schliesslich empfiehlt der Landes-Sanitätsrath, auch energische Mittel gegen die Kurpfuscher in Anwendung zu bringen. — Eine Deputation des Budapester ärztlichen Klubs (orvosi kör) sprach dieser Tage unter Führung des Prof. Böke beim Minister des Innern Hironymi vor, um die Errichtung der schon seit Langem geplanten Aerztekammern zu urgiren. In seiner Ansprache erwähnte Prof. Böke, die öffentliche Meinung habe mit grosser Begeisterung von den Aeusserungen des Ministers Kenntniss genommen, die sich auf die Verbesserung des öffentlichen Sanitätswesens beziehen. Die Aerzte bieten mit Freude ihre Mitwirkung hiezu an und sprechen ihre Ansicht aus, dass eine zweckmässige Organisirung des Sanitätsdienstes nur im Wege der Errichtung von Aerztekammern erreichbar sei, wesshalb sie ihre schon vor Jahren in Angelegenheit dieser Institution dem Ministerium unterbreitete Repräsentation zur geneigten Beachtung empfehlen. Der Minister wies in seiner Erwiderung mit Dank darauf hin, dass der ärztliche Stand für sein Wirken so reges Interesse an den Tag gelegt habe; er hoffe, dass die Aerzte auch ihn in Zukunft unterstützen werden. Die Verwaltung des Sanitätswesens muss neu organisirt werden und in dieser Richtung habe er schon geeignete Schritte unternommen. Die Schwierigkeiten des Bahnbrechens und die in der Sanitätssektion vorgekommenen Aenderungen haben es verursacht, dass er bisher keine Zeit fand, das auf die Errichtung der Aerztekammern bezughabende ausführliche Memorandum zu studiren; er verspreche aber, dieser Frage seine Aufmerksamkeit zuzuwenden. Er seinerseits sympathisire mit der Idee der Errichtung der Aerztekammern, denn diese wären in erster Reihe berufen, den Korpsgeist zu heben. Der ausserordentliche Universitäts-Professor und Primararzt im Rochusspitale Dr. Emerich Navratil ist mit dem Prädikat «Szalóki» nobilisirt worden.

(Aerztliches Vereinsleben.) Die nächste Sitzung des Wiener Med. Doktorenkollegiums findet Montag, den 6. Februar mit folgendem Programme statt: 1. Dr. Heinrich Weiss, Krankenvorstellung; 2. Dozent Dr. Finger, Zur pathologischen Anatomie der Prostatitis blennorrhoica chronica. — Die nächste Sitzung des Wiener Medizinischen Klub findet Mittwoch, den 8. Februar, um 7 Uhr Abends, mit folgendem Programme statt: Prof. Benedikt, Vergleichende Anatomie der Gehirnfurchen.

(Todesfälle.) In Wien starben in den letzten Tagen: Dr. Josef Lehofer im 79. Lebensjahre, Dr. Dracynski und Dr. Molnar. — Im jugendlichen Alter von 25 Jahren verschied am 22. Jänner l. J. der Assistent des Budapester Professors Dr. Thanhofter, Dr. Desider Grün. Als Sohn einer armen Witwe hatte der Verblichene unter schwerer Existenzkämpfen erst vor kaum einem Monate das Doktordiplom erworben. Eine Verletzung anlässlich einer Obduktion hatte das frühzeitige Ende dieses jungen, hoffnungsvollen Lebens herbeigeführt. — In Kopenhagen starb Doktor Wilhelm Budde, Redakteur der «Ugeskrift for läger» (Wochenschrift für Aerzte) und angesehener Arzt, im 54. Lebensjahre. — In Paris starb der hervorragende Kliniker Professor Dr. Hardy und Dr. Paul Horteloup.

(Meyers grosses Konversations-Lexikon in neuer, fünfter Auflage.) Wie uns die Verlagshandlung des Bibliographischen Instituts in Leipzig und Wien soeben mittheilt, beginnt dieselbe Ende Februar mit der Veröffentlichung einer auf das sorgfältigste vorbereiteten neuen, fünften Auflage der grossen Ausgabe von Meyers Konversations-Lexikon Es begreift sich leicht, dass diese Thatsache der diesjährigen Bewegung auf dem Gebiete geistiger Produktivität ihren Stempel aufdrücken wird. Ein ungefähres Bild von den gewaltigen Leistungen, welche man in der gänzlich neubearbeiteten und vermehrten fünften Auflage von Meyers Konversations-Lexikon erwarten darf, entwirft bereits der vor uns liegende Prospekt. Danach wird die neue Auflage auf nahezu 17.500 Seiten Text mehr als 100 000 Artikel umfassen und mit nicht weniger als 10.000 Abbildungen, Karten und Plänen im Text und auf 950 Tafeln, darunter 150 Chromotafeln und 260 Kartenbeilagen, versehen sein. Hinsichtlich der Bearbeitung und technischen Ausstattung versprechen die Bearbeiter und die Verlagshandlung das bestmöglichste. Es ist danach nicht zu bezweifeln, dass sich Meyers Konversations-Lexikon auch in seiner neuen Ausgabe an die Spitze aller einschlägigen encyklopädischen Werke stellen und seinen wohlbegründeten Ruf und Ruhm weiter ausbauen wird Der Umfang des Werkes ist auf 272 wöchentlich erscheinende Lieferungen zum Preise von je 50 Pf. (30 Kr. ö. W.) oder auf 17 in Halbfranz gebundene Bände zu je 10 Mk. (6 Fl. ö. W) berechnet. Das erste Heft erscheint Ende Februar, während der erste gebundene Band Mitte April vorliegen soll. dem in 3—4 monatlichen Zwischenräumen die weitern Bände folgen werden. Da Meyer's Konversations-Lexikon alle naturwissenschaftlichen und medizinischen Fragen eingehend behandelt, glauben wir, unsere Leser schon jetzt auf dasselbe aufmerksam machen zu müssen.

Aerztliche Stellen.

Distriktarztesstelle im I. Sanitätsdistrikte des Vertretungsbezirkes B.-Leipa, Böhmen, mit dem Sitze des Arztes in der Stadt B.-Leipa, verbunden mit einem jährlichen Gehalte von 400 fl. und einem Reisepauschale von 20 fl. per 10 Kilometer. Besetzung zunächst auf ein Jahr provisorisch. Amtsantritt mit 1. April 1893. Dieser Distrikt zählt 4323 Einwohner und sind demselben elf Gemeinden zugewiesen. Bewerber deutscher Nationalität haben ihre gemäss § 5 des Gesetzes vom 23. Februar 1888, L.-G.-Bl. Nr. 9, belegten Gesuche bis 10. Februar l. J. beim Bezirksausschusse B.-Leipa einzubringen.

Konkurs.

Zu Folge Absterbens des Herrn Dr. Friedrich Kallus, Distriktsarzt in Otinoves, politischer Bezirk Prossnitz, Mähren, wird im Otinoveser Sanitätsdistrikt mit 15. März 1893 die Stelle eines Distriktsarztes, Amtsitz Otinoves, besetzt. Dieser Distrikt umfasst sieben Gemeinden mit 7500 Einwohnern und einem Flächeninhalte von 34·56 km². Mit dieser Stelle ist ein jährlicher Gehalt von 460 fl. und ein jährliches Reisepauschale von 290 fl., zusammen 750 fl., verbunden. Tägliche Postverbindung.

Die Gesuche werden vom gefertigten Obmann der Delegirten des Otinoveser Sanitätsdistriktes bis längstens 1. März 1893 entgegengenommen. Die Herren Kompetenten um diese Arztesstelle haben nachzuweisen: 1. Die Berechtigung zur Ausübung der ärztlichen Praxis in den österreichischen Ländern. 2. Die Kenntniss der böhmischen Sprache.

Obmann: Franz Krejči.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

ANZEIGEN.

Einbanddecken. 

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".



VII. Jahrgang. Wien, 12. Februar 1893. Nr. 7.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 9—12 Hefte zu 2—3 Bogen Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 2 50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaction bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Amblyopia diabetica.*)

Von

Prof. Ludwig Mauthner.

(Fortsetzung.*)

III.

In vielen Fällen von Diabetes ist eine allgemeine Ernährungsstörung nicht nachweisbar. Doch gibt es andere, in welchen sich eine solche allgemeine Ernährungsstörung dadurch kenntlich macht, dass, wie man in früheren Zeiten gesagt hätte, «die Faser weniger straff» wird. Dadurch mindert sich die Widerstandskraft der Gefässwandungen, so dass ein Durchtreten rother Blutkörperchen durch die ersteren erleichtert und auch penetrirende Risse der Gefässwände ermöglicht werden. Ich glaube nicht, dass zur Erklärung dieses Symptoms die Annahme nothwendig ist, es sei das besondere, durch den fehlerhaften Stoffwechsel bei Diabetes erzeugte Gift (das übrigens der Zucker gewiss nicht ist), welches durch directe Intoxikation der Gefässwandungen deren Brüchigkeit veranlasst, sondern es scheint mir die Vorstellung zu genügen, dass diese Gefässdurchlässigkeit und Brüchigkeit nur der Ausdruck für die verminderte Ernährungsfähigkeit des vergifteten Blutes ist, also nur indirect durch die Diabetes-Toxine hervorgerufen wird.

Die durch Gefässzerreissung erzeugten Blutungen und jene Krankheitserscheinungen, die auf Blutung zurückzuführen sind, stehen sicherlich mit dem Diabetes in directem Zusammenhange, aber sowie der Perzentsatz solcher Blutungen bei Diabetes doch nur ein sehr geringer ist, so ist andererseits die Schwere des Falles kein sicherer Massstab für den Zustand der Gefässwandungen. Ich will dies an zwei Fällen erläutern.

Vor mehreren Jahren operirte ich einen 62jährigen Herrn, der eine gewöhnliche reife Alterscataract am rechten und beginnende Linsentrübung am linken Auge darbot. Der Gesundheitszustand des Patienten schien ein vortrefflicher und wurde mir auch als solcher vom Hausarzte besonders bestätigt. Operation und Wundheilung des rechten Auges verliefen normal. Am Ende der zweiten Woche, während Patient bei Nacht noch unter der Aufsicht einer Wartefrau stand, so dass ein Trauma ziemlich sicher ausgeschlossen werden konnte, fuhr der Operirte plötzlich mit einem heftigen Schmerze aus dem Schlafe empor. Es war eine Blutung eingetreten, welche die ganze vordere Kammer füllte und von der später, als das Blut aus der vorderen Kammer vollkommen resorbirt war und der vordere Bulbusabschnitt einen ganz normalen Anblick mit schwarzer Pupille darbot, nachgewiesen werden konnte, dass sie den Glaskörper gänzlich durchsetzte. Nach dem Eintritte der Blutung bestand ich auf der Untersuchung des Urins. Derselbe enthielt 7 Perzent Zucker. Patient gewann nur einen kleinen Rest von Sehvermögen am rechten Auge wieder, während das linke Auge bis zu dem $^3/_4$ Jahre später erfolgenden Tode seine Sehkraft behielt. Seit der Operation schritt der Verfall der Kräfte unaufhaltsam vorwärts. Der Fall ist lehrreich. Die Cataracta halte ich nicht für eine Cataracta diabetica, weil Altersstaare bei 62jährigen Menschen etwas Gewöhnliches sind. Dagegen ist die schwere Blutung, die spontan auftrat und nach der es nicht mehr zur Resorption des Blutes kam, ein Ereigniss, das bei Individuen, die nicht an einer schweren Störung der Ernährung leiden, nicht vorkommt, das daher in directe Beziehung zum Diabetes gebracht werden muss.

Dass jedoch auch bei einem schweren Diabetes das Gefässsystem ein Verhalten zeigt, wie es einem ganz normalen Zustande entspricht, möge durch den zweiten Fall beleuchtet werden, der uns auch sonst noch Gelegenheit bieten wird, manche Bemerkungen über diabetische Augenerkrankung anzuschliessen.

Eine Frau von 58 Jahren bot Cataracta an beiden Augen dar. Es war in beiden Augen eine vollständige Kerntrübung, wie sie in ganz reifen, harten Cataracten sich findet, während die Linsenrinde im Laufe der Jahre allmählig zwar an Diaphanität verlor, ohne sich aber intensiv zu trüben oder gar zu zerfallen, dabei die Linsenoberfläche ein gleichmässiges Aussehen gewann, d. h. das Bild der Sektoren der vorderen Corticalis verschwand. Diese Cataracten, die man auch heutzutage noch mitunter mit unreifen Cataracten verwechselt, sind sogenannte sklerosirte

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 6, 1893.

Staare, bei denen die Rinde, die Beschaffenheit des Kerns annehmend, eine diaphane, harte, in ihrem Durchmesser von vorne nach rückwärts reduzirte Masse mit zugeschärftem äquatorialem Rande darstellt und als vollkommen reife Cataracta ohne jeden Zusammenhang mit der Linsenkapsel in der letzteren lagert, so dass diese Staare, wenngleich die Individuen noch immer etwas sehen, am vollkommensten bei der Operation aus der Kapsel austreten und die günstigsten optischen Bedingungen durch die Operation gesetzt werden.

Unsere Patientin trug Konkavgläser (1/18"), die ihr von einem Kollegen vor Jahren zum Fernsehen verordnet worden waren. Vor dieser Zeit musste sie schon durch lange Jahre Konvexgläser zum Nahesehen brauchen. Daran war nicht etwa der Diabetes Schuld, der eine Akkomodationsschwäche bedingt hätte, sondern Hypermetropie. Das wurde durch die Stärke der Staargläser bewiesen, die die Patientin nach der Extraktion ihrer Linsen brauchte. Die Cataractbildung wurde nämlich damit eingeleitet, dass die Hypermetropie allmälig in eine Myopie 1/18 (c. 2,25 D) sich umwandelte. Patientin litt an einer schweren Diabetesform, denn sie hatte nicht blos viel Zucker, sondern auch viel Eiweiss und zeitweilig Anschwellung der unteren Extremitäten. Dabei litt sie an zwei Augenerkrankungen, die man von Diabetes abhängig macht: an einer in späten Jahren erworbenen Myopie (Hirschberg spricht von einer solchen Myopia diabetica) und an Cataract. Und doch war es klar, dass weder die Myopie noch die Cataracta in diesem Falle mit dem Diabetes etwas zu thun hatten. Denn die diabetische Cataracta soll dadurch entstehen, dass Zucker aus Kammerwasser und Glaskörper in die Linse tritt, so dass den der vorderen und hinteren Kapsel zunächst gelegenen Rindenschichten Wasser entzogen wird, so zunächst breite trübe Streifen in der vorderen (und hinteren) Corticalis sich bilden und im weiteren Verlaufe ein Zerfall dieser Corticalschichten verhältnissmässig rasch eintritt. Aber eine durch und durch harte, vom Kerne ausgehende sklerosirte Cataract wird, glaube ich, selbst der begeistertste Anhänger der Cataracta diabetica nicht mit dem Diabetes in Zusammenhang bringen. Ebensowenig liegt der geringste Grund vor, die Myopie von etwas Anderem als von der Coataractbildung als solcher abhängig zu machen. Diese Myopie geht der deutlichen und störenden Kerntrübung mitunter viele Jahre voraus, so dass es scheinen möchte, es handle sich um eine Myopia sui generis, die im höheren und hohen Alter auftritt. Doch habe ich mich noch in allen diesen Fällen, wenn die Patienten lange genug lebten, überzeugt, dass sich schliesslich Cataract entwickelte, und aus den nach der Staaroperation nöthigen Staargläsern ersehen, dass die Myopie nur durch optische Veränderungen in der Linse (durch die Zunahme des Lichtbrechungsvermögens der Linse, mit der die Entwicklung des Kernstaars nicht selten eingeleitet wird) bedingt war.

Diese Patientin, die an Myopie und Cataract litt, die von Zucker und Eiweiss nicht abhängig waren, bot auch die Gelegenheit, zu sehen, wie trotz Zucker und Eiweiss das Gefässsystem des Auges in sehr gutem Stande sein kann. Sie war psychisch kaum normal; so unvernünftig war ihr Benehmen im Allgemeinen und nach der Operation. Trotzdem war der Heilverlauf nach der Operation des rechten Auges ein guter, ebenso in den ersten Tagen am später operirten linken Auge, bis ich am achten Tage nach der Operation das Auge roth, thränend, vordere Kammer flach und in derselben Blut, wenn auch nicht in grosser Menge, fand. Nach eindringlichem Examen gestand die Patientin, dass sie bei Nacht aufgestanden sei und beim Bücken mit aller Gewalt das operirte Auge an die stumpfe Ecke des Nachtkästchens angestossen habe, so dass, wie sie sich ausdrückte. «eine Feuergarbe aus dem Auge hoch bis zum Himmel emporstieg». Aber die Wunde heilte bald wieder fest zusammen und das Blut verschwand aus der Vorderkammer mindestens ebenso rasch wie bei einem gesunden Individuum.

In dem ersten der eben beschriebenen zwei Fälle tritt bei einem Menschen, dessen Diabetes nicht gekannt war, in der zweiten Woche nach der Operation eine violente Blutung spontan ein, die den Operationserfolg vernichtet; im zweiten Falle wird bei einem mit Nephritis komplizirten Diabetes das durch ein violentes Trauma gesetzte Hyphaema rasch resorbirt und so ein normales Verhalten der Gefässe und des Resorptionsvermögens bekundet. Diese zwei Fälle lehren nicht blos, wie verschieden sich das Gefässsystem bei Diabetes vorhalten kann, sondern der erste derselben lehrt auch, dass man mit der Prognose einer Staaroperation bei einem Diabetiker denn doch etwas vorsichtig sein müsse.

Fasse ich die Augenkrankheiten zusammen, welche thatsächlich bei Diabetes beschrieben wurden und die auf Blutung zurückzuführen sind, so können dieselben in zwei Gruppen geschieden werden. In der ersten Gruppe stehen die intraorbitalen, in der zweiten die intracraniellen Störungen.

In die erste Gruppe sind einzureihen:

1. Blutungen der Conjunctiva (sehr selten beobachtet).

2. Die sogenannte Retinitis haemorrhagica, die in nichts Anderem besteht, als in Retinalhämorrhagien, die bei längerer Dauer der Erkrankung verschiedene Metamorphosen eingehen.

3. Blutungen der Aderhaut an der Stelle der Macula lutea bei hochgradiger Myopie, unter welchen Umständen Hämorrhagien auch sonst auftreten, aber im speziellen Falle durch die Brüchigkeit der Gefässe bei Diabetes hervorgerufen sein können.

4. Blutungen in den Glaskörper und in die vordere Kammer, bedingt durch Netzhaut- und Aderhautblutung.

5. Glaucoma haemorrhagicum, das nur insoferne vom Diabetes abhängt, als die bedingende Retinal- oder Glaskörperblutung ihre Ursache im Diabetes hat.

6 Blutige Ablösung der Netzhaut, einmal auch der Aderhaut (Leber).

7. Plötzliche oder sehr rasch zur vollsten Entwicklung ansteigende, unheilbare, einseitige Erblindung mit dem nachfolgenden Augenspiegelbilde der Sehnervenatrophie — für welche Fälle ich eine heftige Blutung in die Zwischenscheidenräume des intraorbitalen Opticusstückes mit Compression und nachfolgender Atrophie der Sehnervenfasern annehmen möchte. Diese Diagnose liesse sich nachträglich sicher stellen, wenn, was bisher nicht geschehen ist, festgestellt würde, dass längere Zeit, einige Monate oder Jahre nach der Erblindung der Augenspiegel einen früher nicht vorhandenen Pigmentring um die Eintrittsstelle des Sehnerven herum zeigt.

In die zweite Gruppe, in jene der intracraniellen Störungen, gehören die Phänomene, die durch Blutung in die Strahlung oder in die Kerne des Opticus, der motorischen, sensitiven (und trophischen) Nerven des Auges zu Stande kommen. Es wurden beschrieben:

A. Opticus.

1. Homonyme, totale Hemianopie und homonyme Gesichtsfeld-Defekte; in einem Falle homonyme Hemianopie der einen, kleinere homonyme Defekte der anderen Seite (Leber).

2. Plötzliches Auftreten absoluter Farbenblindheit, einmal von Samelsohn (1885) angegeben. Um diese Erscheinung zu erklären, müsste man die Existenz eines besonderen Farbensinnscentrums in der Hirnrinde acceptiren und sich vorstellen, dass dasselbe plötzlich durch Blutung vernichtet wurde.

B. Motorische Nerven.

1. Wirkliche Accommodationslähmung allein oder verbunden mit Sphinkterlähmung. Davon ist vollkommen zu scheiden jene Accommodationsschwäche, die angeblich sehr häufig bei Diabetes vorkommen soll — auf die wir später noch zurückkommen.

2. Lähmung des Abducens, des Oculomotorius (exteriore und interiore; die interiore allein ist die sub 1 angeführte), des Trochlearis.

3. Lagophthalmus paralyticus, bedingt durch Facialislähmung.

C. Sensitive (trophische) Nerven.

1. Keratitis neuroparalytica (v. Graefe), bedingt durch Trigeminuslähmung.

Was meine eigenen Erfahrungen auf diesem Gebiete anlangt, so ist darüber bald berichtet. Ich sah ein Mal nach einer Staarextraktion Blutung in das Bulbusinnere (vordere Kammer und Glaskörper), die wegen ihrer Massenhaftigkeit wahrscheinlich aus den Ciliarfortsätzen stammte, bei dem obenerwähnten 62jährigen Manne; ein Mal Blutungen in der Netzhaut bei einem 52jährigen Manne, die zur Entdeckung des Diabetes führten; ein Mal einseitige Oculomotoriuslähmung bei einem Manne in den Sechziger Jahren, (der schon längere Zeit an Diabetes litt) die nicht sehr lange nach ihrem Auftreten von einer tödtlichen Hirnapoplexie gefolgt war.

Die Ernährungsstörung bei Diabetes kann die Widerstandskraft der Gefässwandungen herabsetzen und dadurch zu Blutungen in den verschiedensten Theilen des Sehorgans und seiner Adnexa führen. Jedoch kann auch bei lange bestehendem und schwerem Diabetes eine Anomalie der Gefässwände fehlen. Der Perzentsatz dieser Blutungen bei Diabetes ist ein geringer, wie denn auch trotz der Häufigkeit des Diabetes die durch Diabetes bedingten Hirnapoplexien nur einen geringen Bruchtheil aller Hirnapoplexien bilden.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber Syphilis hereditaria tarda.

Von **Professor Dr. Neumann**,
Vorstand der Klinik für Syphilis an der Wiener Universität.

(Schluss.*)

Klinisch macht sich die Syphilis hereditaria tarda des Gehirnes hauptsächlich in drei Richtungen bemerkbar:

1. Durch sehr heftige, besonders des Nachts äusserst quälende Kopfschmerzen, welche allen sonst üblichen Mitteln widerstehen, auf Gebrauch von Jodkali hingegen meistens sehr rasch verschwinden.

2. Durch typische epileptiforme Anfälle mit Konvulsionen und Bewusstlosigkeit, die meistens im Pubertätsalter auftreten, oft durch viele Jahre anhalten und häufig mit Kopfschmerzen, Störungen der Intelligenz, mitunter auch mit mehr oder weniger ausgebreiteten Lähmungserscheinungen verbunden sind und ebenfalls auf antisyphilitische Behandlung, speziell Jodkali prompt reagiren.

3. Durch Psychopathien mannigfachster Art. Wir haben bereits eingangs unserer Erörterungen erwähnt, wie die mit Syphilis hereditaria tarda behafteten Individuen häufig in ihrer geistigen Entwicklung auffallend zurückbleiben, wie sich bei solchen Individuen Schwachsinn oder vollkommene Idiotie herausbildet. Solche Fälle werden in der Praxis häufig verkannt oder denselben nicht die genügende Aufmerksamkeit zugewendet. Auffallender sind jene Fälle, in denen bei bis dahin körperlich und geistig normal entwickelten Kindern plötzlich — meist kurz nach dem Eintritte in das zweite Dezennium, eine rasche intellektuelle und moralische Dekadenz sich geltend macht, so dass von früher intelligente Kinder plötzlich ein verdrossenes, störriges, egoistisches Wesen zeigen, in der Schule keine Fortschritte machen, ja direkt verlernen, kurz sich in ihrem Charakter und ihren Fähigkeiten wie gänzlich umgewandelt zeigen. Anfangs werden diese Erscheinungen irgend welchen äusseren Einflüssen zugeschrieben oder für Unarten angesehen und demgemäss bestraft. Aber bald belehren unaufhaltsam fortschreitende intellektuelle und moralische Depravationen des Individuum, dessen häufige Klagen über quälenden Kopfschmerz, später Konvulsionen, epileptiforme Anfälle, endlich mehr und mehr sich ausbildende Lähmungserscheinungen die Eltern und wohl auch den Arzt eines Besseren, leider ohne dass es möglich wäre, dem schliesslichen letalen Ausgange, der meistens binnen weniger (2—3) Jahre eintritt, in einzelnen Fällen aber sich auf sehr lange Zeit (in einem Falle von Mendel[1]) 15 Jahre) hinauszieht, therapeutisch irgendwie zu begegnen. Mit der eben beschriebenen eigenthümlichen Erkrankung ist das Register der hereditär syphilitischen Psychopathen nicht erschöpft; wir begegnen hin und wieder psychischen Alterationen anderer Art, so namentlich akut manischen Erscheinungen und Fällen von Amentia, wie ja überhaupt die Syphilis ein ganz bedeutendes Kontingent aller Geisteskrankheiten stellt. Aber es ist keine von diesen Formen für die tardive hereditäre Syphilis charakteristisch, und verweisen wir diesbezüglich auf die im Kapitel «syphilitische Gehirnerkrankungen» enthaltenen Erörterungen.

So können wir uns es auch füglich ersparen, auf die durch Exostosen, Gummen des Schädels oder Gehirnes, Thrombosen der Hirnarterien etc. verursachten Störungen näher einzugehen, da die diesbezüglichen Symptome ja, wie leicht verständlich, mit den durch anderweitige Tumoren, Thrombosen und dergleichen verursachten übereinstimmen, somit weder für die Syphilis überhaupt, noch auch für die Syphilis hereditaria tarda in irgend einer Weise charakteristisch sind. Aehnlich verhält es sich auch mit den hiehergehörigen Rückenmarkerkrankungen. Es kann uns nicht Wunder nehmen, wenn die Syphilis hereditaria tarda gleich der Syphilis überhaupt zu den verschiedensten Herd- und Systemerkrankungen führt, wenn wir in ihrem Gefolge auf Lähmungen der verschiedensten Art, auf typische von Tabes, Sklerosis multiplex etc. treffen. Solche Fälle kommen eben ab und zu vor, gestatten jedoch an sich auf die Natur der Erkrankung keinen irgendwie sicheren Einfluss.

Ein Gleiches gilt von den Nervenerkrankungen, von denen namentlich die isolirten Augenmuskellähmungen einen bei der Syphilis nicht seltenen Befund darstellen.

Von den Erkrankungen der übrigen Organe, der Haut, der Schleimhäute, des Kehlkopfes, der Eingeweide, namentlich der Leber und Milz, des Hodens, der Gelenke, Muskel, Lymphdrüsen lässt sich das Gleiche sagen. Wir führen dieselben in Kürze an und wollen hier gleich konstatiren, dass diese Affektionen von den entsprechenden Konsekutiven der Syphilis schlechtweg in keiner Weise abweichen.

Wir finden an der Haut: gummöse und ulceröse Syphilide mannigfachster Art, an den Schleimhäuten der Nase, des Mundes und Rachens, Psoriasis, Gummata, welche oft auf die Knochen übergreifen und durch ihren Zerfall zu umfangreichen Zerstörungen in der Nasenhöhle, zu Perforationen des harten und weichen Gaumens, Absumptionen der Uvula, Anwachsung des Gaumensegels an die hintere Rachenwand führen können;

am Kehlkopf: diffuse Infiltration der Stimmbänder und der Kehlkopfschleimhaut, ferner auch Gumata. In der Folge oft ausgedehnte Narbenbildung; durch die akute Schwellung oder die konsekutive narbige Stenose oft eminente Lebensgefahr;

an den Muskeln: Myositis, Gummata;

an den Gelenken: Hydrarthrose, öfters auch chronische deformirende Entzündungsprozesse;

an den Eingeweiden und zwar:

an der Leber: häufig eine der Syphilis eigenthümliche Form der Cirrhose mit tiefen Einschnürungen des Organes Theilung desselben in zahlreiche grobe Lappen, in der Folge alle klinischen Symptome der Lebercirrhose, aber auch Einlagerung distinkter gummöser Knoten in das Organ (intra vitam häufig übersehen) oder allgemeine amyloide Degeneration desselben;

an der Milz: amyloide Degeneration.

an den Nieren: den nämlichen Befund, mitunter auch chronische interstitielle Nephritis;

an den Lungen: bronchopneumonische Affektionen;

am Hoden: syphilitische Orchitiden, Gummata;

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 2, 4 u. 5 1893

[1]) Ueber hereditäre Syphilis in ihrer Einwirkung auf Geisteskrankheiten (Arch. f. Psychiatrie 1868—69).

an den Lymphdrüsen: multiple indolente Schwellungen, wie bei der gewöhnlichen Syphilis.

Fassen wir den Inhalt obiger Ausführungen zusammen, so gelangen wir also zu dem Ergebnisse, dass es kein objektives Merkmal gibt, welches an sich zur Diagnose der Syphilis hereditaria tarda genügt, dass weder die vielbesprochene HUTCHINSON'sche Trias, noch die Erkrankungen der Haut, Schleimhäute, Knochen etc. irgend etwas für die Syphilis hereditaria tarda Charakteristisches aufweisen. Immerhin werden diese Affektionen, im Falle sie vorhanden sind, einen werthvollen Fingerzeig abgeben, und werden wir somit auf syphilitische Haut- und Schleimhautaffektionen, auf multiple Drüsenschwellungen, Knochenauftreibungen etc. etc. aufmerksam zu invigiliren haben.

Finden wir mehrere dieser Merkmale an einem Individuum beisammen, das überdies den charakteristischen Habitus der hereditär belasteten Individuen aufweist, sind wir überdies in der Lage nachzuweisen, dass der Vater, die Mutter oder beide Eltern des Patienten zur kritischen Zeit mit Syphilis affizirt waren, dass der Geburt des Kranken mehrere Aborten vorausgegangen oder gefolgt sind, dass mehrere Geschwister desselben in jugendlichem Alter gestorben sind oder hereditär syphilitisch erkrankt waren oder aber sich als gegen die Syphilis immun erwiesen haben. Finden wir endlich keine Merkmale einer abgelaufenen primären oder sekundären Affektion und macht überdies das Vorhandensein des Hymen oder die geschlechtliche Entwicklung des Kranken eine genitale Infektion unwahrscheinlich, dann sind wir wohl im Stande, eine Syphilis hereditaria tarda mit ziemlicher Sicherheit zu konstatiren.

Berücksichtigen wir nun, dass neben den seltenen Fällen, in denen wir den angeführten Bedingungen entsprechen können, sicherlich eine genügende Anzahl von Fällen existirt, in denen namentlich die anamnestischen Momente nicht mit genügender Genauigkeit zu erheben sind, so gelangen wir zu dem Schlusse, dass die hereditäre tardive Syphilis nicht nur sicher existirt, sondern auch aller Wahrscheinlichkeit nach keine allzu grosse Seltenheit bilden dürfte.

Eine andere Frage ist es nun, ob dieses Vorkommniss de facto eine so ganz exceptionelle Stellung unter den Erscheinungsformen der Syphilis einnimmt, ob dem Vorhandensein der Syphilis hereditaria tarda wirklich jene Wichtigkeit beizumessen ist, wie dies aus der massenhaften diesbezüglichen Literatur, den Kontroversen pro und contra hervorgehen möchte. Wir glauben diese Frage verneinen zu müssen.

In praktischer Beziehung verdient ja dieses Factum gewiss alle Aufmerksamkeit, indem die richtig gestellte Diagnose «hereditäre Syphilis» die Möglichkeit an die Hand gibt, bei vielen, häufig mit der Skrophulose verwechselten Affektionen, Affektionen, welche durch ihre grosse Schmerzhaftigkeit oder hochgradige funktionelle Störungen den Kranken in hohem Grade lästig oder sogar gefährlich sind, oft in der kurzen Zeit namhafte therapeutische Erfolge zu erreichen; in theoretisch-wissenschaftlicher Beziehung weist die Syphilis hereditaria tarda nichts Besonderes auf. Sie thäte dies, könnten wir annehmen, dass bei dem betreffenden Individuum die Syphilis erst in dem Augenblick auftritt, in welchem manifeste Symptome derselben die Aufmerksamkeit des Kranken oder seiner Umgebung erwecken.

Dass dem nicht so ist, lehrt uns die alltägliche Erfahrung. Sind ja genügend Fälle bekannt, in denen die tertiäre Syphilis 10, 20, ja bis zu 60 Jahren nach der Infektion auftritt, ohne dass in der Zwischenzeit Symptome ihre Anwesenheit im Körper verrathen hätten.

Ist die Syphilis deswegen in den symptomfreien Intervallen aus dem Körper geschwunden? Gewiss nicht! Sehr richtig sagt VIRCHOW[1]: «Wenn es oft genug vorkommt, dass die hereditäre Syphilis selbst bei der Geburt noch latent ist, so wird man deshalb doch nicht schliessen dürfen, dass sie im Blute enthalten sei, sondern es wird viel natürlicher sein, das als richtig anzunehmen, was uns die Autopsien lehren, dass in inneren Theilen die Infektionsherde verborgen liegen. Ehe diese anderen Theile in der Art infiziren, dass die Eruptionen sichtbar, äusserlich werden, darüber können Tage und Wochen vergehen, ja selbst Jahre.

Die sogenannte Syphilis congenita tarda mag immerhin 2, 5, 10 Jahre und noch länger gebrauchen, ehe sie Formen annimmt, welche dem Arzte äusserlich erkennbare diagnostische Merkmale bieten (Eruption), innerlich ist sie gewiss in bestimmten Krankheitsherden schon bei der Geburt vorhanden. Hier handelt es sich nicht um kongenitale Prädisposition, sondern um kongenitale Krankheit.»

Es ist auch in der That nicht einsichtlich, warum wir gerade in diesen Fällen aus dem Fehlen syphilitischer Erscheinungen bis zu einem gewissen Zeitpunkt auf die Abwesenheit der Syphilis während dieser Zeit schliessen sollen. Viel natürlicher wird es sein, hier eine zeitweilige Latenz des syphilitischen Prozesses und sein späteres Hervortreten auf Grund irgend welcher Ursachen anzunehmen und dies umsomehr, als die acquirirte Syphilis diesbezügliche Analoga zur Genüge darbietet.

[1] V. Die krankhaften Geschwülste: Berlin 1861—65, II., p. 481—82.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 3. Februar 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Winternitz: *Vorläufige Mittheilung über die Wirkung der Kälte auf die Blutbeschaffenheit.*

Dem Vortragenden ist bei seinen Untersuchungen die merkwürdige Thatsache aufgestossen, dass in Folge der Kältewirkung, sei dieselbe lokal oder allgemein, eine beträchtliche Leukocythose auftritt, so dass sich das Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen auf 2 : 400 stellt. In der Literatur findet sich gerade das Gegentheil verzeichnet. Diese Leukocythose konnte Vortragender noch $^1/_2$ Stunde nach der Kälteeinwirkung beobachten, nach 2 Stunden war sie aber geschwunden. WINTERNITZ glaubt, dass diese Thatsache viel zum Verständniss der Coupirung von Infektionskrankheiten durch Kälte beitragen, sowie die günstigen Resultate derselben im Beginne von Typhus erklären dürfte.

* * *

Latzko: *Ein Fall, bei dem die Symphyseotomie ausgeführt wurde.*

Vortragender wurde zu einer Primipara gerufen, bei welcher die Wehenthätigkeit schon 2 Tage dauerte, die Blase bereits vor 7 Stunden gesprungen war und ein deutlicher Kontraktionsring über dem Nabel bestand. Die Untersuchung ergab plattverengtes Becken, Conjug. vera $8^1/_4$ *cm*, erste Schädellage, Kopf beweglich über dem Beckeneingange, kindliche Herztöne normal. Da nur die Alternative zwischen Perforation und Symphyseotomie freistand, entschloss sich Vortragender zu letzterer, die er denn auch in Steinschnittlage ausführte und die Symphyse auf 4—5 *cm* zum Klaffen brachte, wodurch mittels Achsenzugzange ein 4500 *gr* schweres Kind entbunden wurde, das aber nach 3 Tagen starb. Die Symphysenenden wurden nun mittels Silberdraht vereinigt, so dass nach Genesung der Patientin die vollkommene Gehfähigkeit derselben wieder hergestellt ist.

* * *

Kaposi: *Vorstellung von dreierlei Fällen von Sarkomatosis cutis.*

Vortragender demonstrirt zuerst, anknüpfend an den letzten Vortrag BILLROTH's, einen Fall von epithelialem Carcinom der Schläfengegend, welches im Centrum überhäutet ist und den Charakter der serpiginösen Carcinome trägt.

Als Sarkomatosis cutis bezeichnet er Prozesse, welche dem Anscheine nach vorwiegend in der Haut verlaufen und einen Zusammenhang mit inneren Organen nicht erkennen lassen. Diese Gebilde können entweder einen akuten Charakter haben, oder auch

15—20 Jahre bestehen. Vortragender unterscheidet nun drei Typen, von denen er den ersten als idiopatisches multiples Pigmentsarkom bezeichnet. Dasselbe beginnt zumeist an Händen und Füssen mit melanotisch gefärbten Knoten, die meist dicht aneinander gedrängt, grosse Plaques bilden, heftige Schmerzen verursachen, sich aber im Laufe der Jahre rückbilden. Oft finden sich auch Knoten in den inneren Organen. Arsenik hat bei dieser Form keinen Erfolg. KAPOSI demonstrirt nun einen Patienten, dessen Leiden diesem Typus angehört und der mit Anschwellungen an Händen und Füssen zur Aufnahme kam, welche heftige Schmerzen verursachten. Die Knoten sind theils isolirt, theils in Kreisen angeordnet und erheben sich auf hömorrhagischem Grunde. Es treten immer neue Nachschübe auf, während die alten Herde zum grössten Theile geschrumpft sind.

Der zweite Typus ist mehr gekannt und betrifft das wahre melanotische Sarkom, das entweder von einem angeborenen Naevus oder nach Exstirpation von Geschwülsten dieser Art auftreten, aber auch von inneren Organen ausgehen kann. Der diesem Typus angehörende vorgestellte Fall kam mit einer für Elephanthiasis charakteristischen Verdickung der unteren linken Extremität und Oedemen zur Aufnahme; letztere lassen auf ein im Becken bestehendes Sarkom schliessen. Am Knie verwandelten sich die Knoten in Geschwüre, die aber daselbst heilten. Dafür aber bildeten sich an anderen Stellen neue Knoten, die alle den Charakter des melanotischen Sarkoms hatten.

Der dritte Typus bietet ein wechselndes Bild. 1890 konnte KAPOSI einen Herrn mit 100—150 Flecken und Knötchen am Stamme, ad nates u. s. w. beobachten, die alle dem tieferen Gewebe des Corium angehörten, und nach Arseniktherapie innerhalb 3 Monate vollständig zurückgingen. Bald darauf beobachtete KAPOSI einen ähnlichen Fall mit ebenso günstigem Erfolge der Arseniktherapie, bei dem aber die Knoten Kreise mit Einkerbungen bildeten, von denen er aber nicht genau weiss, ob sie Rückbildungsprozesse oder Anreihungsresultate mehrerer Knoten darstellen. Eine vorgestellte 76 jährige Frau zeigt an beiden Schulterregionen 50—60 stecknadelkopf- bis haselnussgrosse, theils hellrothe, theils blaurothe Knoten, von denen viele im Corium sitzen. Die histologische Untersuchung derselben zeigt Gebilde, von denen man nicht weiss, ob sie als Sarkome gedeutet werden sollen. Arseniktherapie zeigt günstige Resultate. Bezüglich dieser Gebilde ist noch die Diskussion in Schwebe, ob sie mit Leukämie oder Pseudoleukämie identisch sind.

Die innere Pathologie dieser Erkrankung ist noch nicht genau gekannt. Erst eine reichhaltige Kasuistik dürfte die Meinung KAPOSI's bestätigen, dass es hier viele Uebergangsformen gibt, von denen klinische Typen festzuhalten, von Vortheil sein dürfte.

* * *

***Teleky:** Ueber subjektive und objektive Kopfgeräusche.*

Eine 58 jährige, stets gesunde Frau erkrankte vor 6 Jahren an Schwindelanfällen, Feuersehen bei geschlossenen Augen und Doppeltsehen. Dies dauerte 4 Jahre. Nach weiteren 2 Jahren verspürte sie plötzlich ein Sausen im Kopfe, das sich nach und nach zu einem starken Rauschen, Blasen und Pfeifen gestaltete, das die Patientin Tag und Nacht belästigte und von heftigen Kongestionen und Pulsationen an anderen Körperstellen begleitet war.

Patientin kräftig gebaut, anämisch, Leber nach unten dislocirt, aber von normaler Grösse. Herz nicht vergrössert, Töne rein. Arterien weich, nirgends eine sichtbare Pulsation. Auskultation über dem Kopfe ergibt ein heftiges mit der Systole synchronisches Sausen, welches zu Beginn der Diastole in ein lautes blasendes Geräusch übergeht, am stärksten am linken Ohre, am schwächsten an der Pfeilnaht ist. Es kann sich hier nur um eine Affektion der Carotis handeln. Doch ist nicht mit Sicherheit festzustellen, ob die Carotis interna oder externa afficirt ist. URBANTSCHITSCH hat ein solches Geräusch bei Morbus Basedowii, A. POLLITZER bei Aneurysma, Dehiscenz des Canalis caroticus und bei Herzfehlern beschrieben. Der Canalis caroticus scheint intakt zu sein, da ein in das Ohr eingefügtes Manometer keinerlei Schwankungen zeigt.

Sonst wurden Geräusche bei Aneurysmen der Carotis intern. beobachtet. HUTCHINSON sah eine 45jährige Frau, welche Sehstörungen und Lähmung des Abducens und Oculomotorius hatte. Bei der Obduktion zeigte sich ein hühnereigrosses Aneurysma der Arteria Carotis int. Ein von EISELSBERG in der k. k. Gesellschaft der Aerzte vorgestellter Fall betraf einen Mann, welcher nach einem Sturze auf den Boden ein heftiges Rauschen im Kopfe fühlte, das ihn arbeitsunfähig machte, ebenfalls objektiv wahrnehmbar war und bei Kompression der Carotis, sowie bei Aneinanderpressen der Kiefer verschwand und durch Unterbindung der Temporalis profunda zum Stillstande gebracht wurde.

Da die Erscheinungen von Seite des Gehirns nur geringfügige sind, von Seite des Trigeminus fehlen, hält Vortragender diesen Fall für ein Aneurysma der Carotis externa. Die Unterbindung der Arteria communis gibt noch sehr wenig Heilungserfolge und ist daher hier nicht anzurathen.

MAUTHNER bemerkt, dass sich solche Geräusche sehr oft bei pulsirendem Exophthalmus finden, ferner auch bei Verletzungen des Sinus cavernosus, wodurch ein Aneurysma arterio-venosum zu Stande kommt. Die Unterbindung der Carotis ist schon in mehr als in 100 Fällen unternommen worden und hat 50% Heilungsresultate. Da Schwindelgefühl und Doppeltsehen vorhanden war, hält MAUTHNER den Fall für ein Aneurysma der Carotis interna. Die Unterbrechung der Erscheinungen führt er auf Bildung von Gerinseln in demselben, das Wiederauftreten derselben auf eine neuerliche Erweiterung zurück. Die Unterbindung der Carotis sei nicht sehr ermuthigend, da das Aneurysma bald wieder durch die andere Carotis gespeist wird. Uebrigens hängt der Erfolg sehr von dem Sitze des Aneurysma ab.

SCHRÖTTER glaubt, dass es sich hier nur um eine Verengerung oder Erweiterung der Arterie handeln dürfte. Hier müsse er sich für eine Erweiterung der Carotis interna entscheiden.

URBANTSCHITSCH glaubt, dass Carotidengeräusche nicht so selten sind; selten ist in dem vorliegenden Falle die bedeutende Intensität derselben.

EISENSCHITZ macht auf die Kopfgeräusche bei Kindern aufmerksam, welche durch rhachitische Veränderungen im Canalis caroticus bedingt werden.

ADAMKIEWICZ verspricht sich von der Unterbindung einen Erfolg, da die vom Circulus arteriosus Willisii ausgehenden Arterien meist Endarterien sind. Durch Unterbindung der Arterien kommt es im Gebiete derselben zur Herabsetzung des Blutdruckes und der Stromgeschwindigkeit, wodurch Bedingungen für Coagulationen im unterbundenen Gebiete gegeben werden.

MAUTHNER widerspricht der Ansicht ADAMKIEWICZ, wodurch es zu einer längeren Controverse kommt. WEINLECHNER glaubt nur dann an einen Erfolg der Operation, wenn der Circulus arter. Willisii mangelhaft entwickelt ist.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 6. Februar 1893.

***Dr. Genser:** Ueber die verbesserten Leberthranpräparate.*

Man verwandte gewöhnlich zur Verbesserung des Leberthrans das sauere Saccharin, und zwar wurden von einer 1% Lösung in Alkohol 5 *gr* auf 100 *gr* Leberthran zugesetzt, was eine klare, haltbare Flüssigkeit gibt. Das von EISENSCHÜTZ empfohlene raffinirte Saccharin ist leichter löslich als das sauere. Doch sind 0·2 Saccharin auf 100 Ol. jec. Aselli zu viel. Vortragender empfiehlt vielmehr vom raffinirten Saccharin nur 0·05 auf 100 Leberthran zuzusetzen, und zwar kann man die Lösung entweder in absolutem Alkohol oder in Aether aceticus vornehmen und entweder Oleum Citri oder Ol. Menthae pip. zusetzen.

TELEKY beklagt sich, dass das von autorativer Seite wegen seiner leichteren Verdaulichkeit empfohlene Ol. jec. Aselli fuscum, selbst wenn man es ausdrücklich verschreibt, nicht zu bekommen sei.

GENSER erwidert, dass ihm nur bekannt sei, dass die vom Apotheker MOLL bezogenen Leberthransorten aus Bergen, und zwar in Tonnen eingeführt werden.

* * *

Dr. Heinrich Weiss: *Demonstration zweier interessanter Nervenfälle.*

I. Der erste Patient, Schuhmacher, entstammt gesunden Eltern; 5 Geschwister gesund, der jüngste Bruder nach Blattern gelähmt.

Patient war stets gesund, geschlechtlich sehr enthaltsam. Lues negirt. Nach einem vor 7 Jahren auf den Kopf erfolgten Sturze, traten Schmerzen im rechten Schulterblatte ein, und 3 Jahre darauf im Hinterkopfe. Vor 2 Jahren bemerkte er ein Pampstigwerden der beiden rechten Extremitäten, das mit einer sichbaren Abmagerung einherging, und worauf sich langsam Lähmung ausbildete, die nach und nach auf die linke Seite übergriff, dabei schmerzlose Panaritien, am linken Zeigefinger beginnend. Fehlen des Temperatursinnes, Patellar- und Fussclonus. Obwohl dieser Fall sehr viel Aehnlichkeit mit der Syringomyelie hat, so ist er doch nicht anders als eine halbseitig fortschreitende Lähmung aufzufassen.

Benedikt hat diesen Fall als bihemilaterale progressive Lähmung eingetragen, die nur selten zu beobachten ist. Die Erscheinungen beginnen bei diesem Leiden zumeist mit Ataxie in einem Beine, zu der sich bald Lähmung gesellt; der Prozess greift dann über auf die obere Extremität und schliesslich auf die andere Seite. Jedenfalls handelt es sich um eine spinale Erkrankung. Das in dem vorliegenden Fall beobachtete Morvan'sche Symptom (anästhetische Panaritien, Herabsetzung des Temperatursinnes und Muskelatrophie) beweist, dass der Prozess auch das hintere Centralgrau befallen hat. Die Bezeichnung Syringomyelie sei aber nur ein Schlagwort, nicht aber eine exacte klinische Diagnose. Der von Clarke als Syringomyelie beschriebene Fall sei von Benedikt anatomisch als Lymphorhagie gedeutet worden. Schreitet der Prozess nach vorne, so tritt Atrophie und Lähmung ein, wenn nach rückwärts, so zeigt sich Anästhesie. Doch können viele Erweichungsprozesse auch sekundärer Natur sein.

* * *

II. Der zweite Fall betrifft einen 50jährigen Lokomotivheizer, welcher von einer 20 Kilo schweren Kette auf den Scheitel getroffen wurde, wodurch eine thalergrosse, gegen Druck empfindliche Depression entstand. In den ersten 14 Tagen nach der Attaque Funkensehen, anhaltender Schmerz am Kopfe; starker Tremor in beiden Händen. Beim Schliessen der Augen fällt Patient nach vorne, was als ein cerebelles Symptom zu deuten ist, da das Kleinhirn das Centrum für die Vorwärtsbewegung ist. Sehnenreflexe erhöht, Pupillen reagiren gut, Gang schleifend, hochgradige Adynamie in den Extremitäten; Intelligenz herabgesetzt, alle Qualitäten der Empfindung normal. Gedächtnissschwäche, psychische Depression, Gesichtsfeld eingeschränkt; Sprache scandirend, bedeutende Ovarie. Es handelt sich hier um eine traumatische Neurose, bei welcher das psychische Moment eine bedeutende Rolle spielt.

* * *

Docent Ernst Finger: *Zur pathologischen Anatomie und Klinik der Prostatitis blennorrhagica chronica.*

Die chronische Gonorrhoe charakterisirt sich durch eine vorwaltende Betheiligung des subepithelialen Bindegewebes, das die Erscheinungen einer chronischen Hyperplasie bietet. Im Gegensatze zur akuten Urethritis ist die chronische meist ein mehr circumscripter Prozess. Beide Prozesse setzen sich aber auf die Nachbargebilde fort, welche bei der chronischen Urethritis auch einen chronischen Charakter tragen. Was die Pars anterior betrifft, hat Vortragender dargethan, dass die chronische Entzündung in einer Reihe von Fällen auf das subepitheliale Bindegewebe beschränkt bleibt, in einer anderen Reihe aber auf das submuköse Gewebe und Bindegewebe des Corpus cavernosum übergeht und dass die Strictur, als häufigste Complikation, sich darstellt als das Resultat chronischer circumscripter Periurethritis und Cavernitis. In der Pars posterior finden wir die chronische Prostatitis, wodurch die Urethritis chronica posterior prostatica entsteht, welche sich nach einem langwierigen Prozesse einstellt, während welches die Patienten meist an Blasenhalsreizung oder Epididymitis gelitten haben. Die Untersuchung konstatirt die Pars prostatica als Sitz der Erkrankung und eine Vergrösserung des Corpus gallinaginis; das Endoskop zeigt Röthung und Auflockerung der Schleimhaut. Die Patienten klagen meist über einen quälenden Harndrang, Abnahme des Wohllustgefühles beim Coitus, Schmerz im Augenblicke der Ejaculation. In den frischeren Fällen pflegt die Libido sexualis gesteigert zu sein, nach und nach wird dieselbe aber schwächer und geht über in reizbare Schwäche und endlich in volle paralytische Impotenz. Weiter stellen sich Spermatorrhoe und Prostatorrhoe ein. Es kommt bei beiden zur Entleerung von vermehrtem milchigen, dickflüssigen Prostatasekret, besonders bei der Defäkation; bei der einen Form zeigt dasselbe eine starke Vermehrung der epithelialen Elemente, bei der anderen noch zahlreiche Eiterkörperchen. Weiters zeigt sich auch Neurasthenie, mit Phosphaturie in Verbindung, sowie häufige Herpeseruptionen am Genitale.

Vortragender untersuchte 12 Fälle chronischer Urethritis posterior, die sich schon makroskopisch durch die Auflockerung der Schleimhaut der Pars posterior bis zur Bildung papillärer Excrescenzen, durch Trübung und Verdickung des Epithels der Urethra, Vergrösserung des Caput gallinaginis und Narbenbildung an demselben charakterisirten. Das Prostatasekret war theils normal, theils milchweiss und dick, in einzelnen Fällen reich an Epithelzellen, in anderen an Eiterzellen.

Sehr interessant zeigten sich aber die Befunde am Caput gallinaginis, den Ductus ejaculatorii und den Drüsen der Prostata. Am Caput gallinaginis handelt es sich um einen chronischen Entzündungsprozess der oberen Schichten des subepithelialen Bindegewebes mit zwei Stadien, einem ersten, kleinzelliger Infiltration, einem zweiten, der Bindegewebs- und Schwielenbildung. Das erste Stadium bedingt die Vergrösserung des Caput gallinaginis, die meist eine gleichmässige ist. Im ersten Stadium ist das Epithel desquamirtes Cylinderepithel, im zweiten war es ausschliesslich Plattenepithel. In einem Falle wurden am Caput gallinaginis partielle Schwielen konstatirt, welche verschiedene Form zeigten. Der Vortragende führt diese Schwielen auf die von ihm nachgewiesene partielle Nekrose zurück. Der chronische Entzündungsprozess sitzt am Caput gallinaginis oberflächlich und dringt nur in die Tiefe längs dem Verlaufe der Ductus ejaculatorii und der Ausmündung der prostatischen Drüsen. Die Ductus ejaculatorii können entweder nur in ihren Ausmündungen durch das Infiltrat oder durch Schwielenbildung am Caput gallinaginis verengt oder sogar obliterirt sein. Doch konnte Finger auch in sechs Fällen Wanderkrankungen derselben nachweisen, welche dieselben zwei Stadien aufwiesen und zu einer bedeutenden Rigidität der Wand führen können. Schreitet der Prozess auf die prostatischen Drüsen fort, so treten auch hier die genannten zwei Stadien auf.

Wichtiger und häufiger sind die Veränderungen des Drüsenepithels, die selbstständig ohne periglanduläre Erkrankung entstehen können. In einer Reihe von Fällen handelt es sich ausschliesslich um Proliferation und Desquamation des Drüsenepithels, in einer anderen auch um Bildung von Eiterkörperchen: das Prostatasekret zeigt dann den Charakter der Erkrankung. Die prostatischen Drüsen nehmen also entweder durch periglanduläre Veränderungen am Prozesse theil, die sich dann entweder als eine Desquamation oder als desquamativ-eiteriger Katarrh äussern.

Uebergeht also der chronisch-entzündliche Prozess auf die Prostata, so kann es zu chronischer Entzündung des subepithelialen Bindegewebes des Caput gallinaginis mit Vergrösserung desselben, zu Wanderkrankung der Ductus ejaculatorii und zu den erwähnten zwei Formen der Erkrankung der prostatischen Drüsen kommen.

Verein der Aerzte in Steiermark.

Monatsversammlung am 23. Jänner 1893).*

Dr. Emil Gold, Assistent an der chirurgischen Universitätsklinik, demonstrirt zwei Frauen, welche wegen tuberkulöser Kniegelenksentzündung in der chirurgischen Klinik in Behandlung stehen und bemerkt dabei Folgendes:

*) S. Nr. 1 der Mittheilungen des Vereines.

Bei der im Juni 1892 erfolgten Aufnahme der 48jährigen Patientin S. W., bei welcher dem Krankheitsprozesse ein Trauma (Sturz auf das Knie) vorausgegangen war, ergab die vorgenommene Untersuchung nahezu vollständige Beschränkung der aktiven Beweglichkeit im rechten Kniegelenke, das sich in leicht flektirter Konstrakturstellung befand. Grosse Schmerzhaftigkeit des Kniegelenkes bei Druck, die sich bei Versuchen, die wesentlich beschränkte passive Beweglichkeit zu prüfen, steigerte. Das Gelenk erschien spindelförmig angeschwollen, die Konsistenz daselbst war elastisch weich, in der suprapatellaren Gegend eine deutlich fluktuirende haselnussgrosse Partie, deren Probepunktion eine geringe Menge dünnflüssigen, lichtgelben Eiters zutage förderte. Der grösste Umfang des Kniegelenks betrug 38 *cm* gegen 32 *cm* der gesunden Extremität. Leichte Subluxation der Tibia, Oedem des Unterschenkels, abendliche Temperatursteigerungen, kränkliches Aussehen, Lungenbefund normal. Seitliche Beweglichkeit und Crepitation im Gelenke war nicht zu konstatiren.

Ein der Patientin gemachter Vorschlag, sich das Bein absetzen zu lassen, wurde abgewiesen.

Bei der anderen 34jährigen Patientin M. K., die sich im August 1892 in die Spitalspflege begab, trat die Affektion ohne nachweisbare Ursache auf. Sie gab an, wegen grosser Schmerzen und wegen der Gebrauchsunfähigkeit ihrer rechten unteren Extremität drei Monate vor der Aufnahme das Bett gehütet zu haben. — Ihre rechte untere Extremität wurde im Kniegelenke konstant gebeugt gehalten. Die Kniegelenksgegend erschien in Form einer Kugel angeschwollen und betrug der Umfang, über der grössten Wölbung gemessen, 35·5 *cm* gegenüber 32 *cm* am gesunden Beine. Die Konsistenz stellenweise, namentlich über der Patella, prallelastisch, erwies sich im übrigen hart. Starke Schmerzen bei Druck und bei Versuchen, Bewegungen im Kniegelenke auszuführen, die im übrigen hochgradig beschränkt erscheinen. Hektisches Aussehen der Patientin, Nachtschweisse, geringe Subluxation der Patella, die inneren Organe ergeben nichts Abnormes. Der Vortragende schildert nun die in beiden Fällen eingeschlagene Therapie, die neben Ruhestellung des Gelenkes, resp. Heftpflaster-Gewichtsextension zur Behebung der Flexionskontraktur, in Jodoform-Injektionen bestand. Er gedenkt dabei der schon von BRODIE hervorgehobenen Heilfaktoren tuberkulöser Gelenkserkrankungen, die auf absoluter Ruhe des erkrankten Gliedes, zweckmässiger Lebensweise, frischer Luft beruhen und hebt die Bestrebungen TAYLORS und THOMAS', die mit Hilfe ihrer Apparate die Ruhigstellung der Gelenke ermöglichen, ohne den Kranken ans Bett zu fesseln, hervor.

Der Vortragende betont weiters, dass seit den Berichten WENDELSTADTS und KRAUSES über die Therapie der tuberkulösen Knochen- und Gelenkserkrankungen mit Jodoform-Injektionen und seit BRUNS' dieselbe als einfache, gefahrlose und wirksame empfahl, diese Behandlungsmethode wesentliche Verbreitung gefunden hat und dass es wohl nicht mehr zweifelhaft erscheinen kann, dass dem Jodoform antituberkulöse Wirkung zukomme.

Gegenüber diesen Erfahrungen berichtet der Vortragende über Mittheilungen anderer Beobachter, die das Jodoform bei tuberkulösen Erkrankungen der Gelenke mit Erfolg in Anwendung brachten.

So empfiehlt BRYANT die lokale Anwendung von Jodoform 1 : 10 Aether oder Glycerin, mit der er in kurzer Zeit bei tuberkulösen Gonitiden durch subkutane Injektionen so erhebliche Besserung erzielte, dass er seither für diese therapeutische Methode gewonnen ist. WHITMAN, SAYRE und TAYLOR schliessen sich seiner Ansicht an.

PÖHNI erwähnt 28 Krankheitsfälle (tuberkulöse Knochen- und Gelenks-Affektionen), bei denen er subkutane Jodoformöl-Emulsionen mit günstigem Erfolge prakticirte.

Nach den Berichten von ARENS ist die günstige Wirkung der subkutanen lokalen Jodoform-Therapie auf der Bonner Klinik anerkannt und wird dort seit Jahren mit Vortheil verwendet. Er bemerkt, dass in 40% der wegen Tuberkulose der Knochen und Gelenke in der Weise behandelten Fälle die Besserung eine eklatante war.

Gleiche Erfolge wurden von v. STUBENRAUCH, GARRÉ, FERRIA u. A. m. publicirt.

Durch solche Resultate aufgefordert, wurde bei den demonstrirten Fällen in der Weise vorgegangen, dass zu den parenchymatösen, resp. intraarticulären Einspritzungen mittelst der PRAVAZ'schen Spritze 10% bis 20% Emulsionen in Oleum olivarum gebraucht wurden, die nach der Angabe TRENDELENBURG's vorher auf 100 Grad erwärmt worden waren. Bei dieser Temperatur löst sich das Jodoform und scheidet sich dann in dem damit in Berührung gekommenen Geweben in fein vertheiltem Zustande aus.

Der Vortragende erwähnt weiters, dass bei der jüngeren Frau 21, bei der älteren 22 Injektionen in siebentägigen Zwischenräumen gemacht wurden, wobei immer nur eine PRAVAZ'sche Spritze an verschiedenen Stellen eingestochen wurde. Sämmtliche Injektionen wurden von den Kranken gut vertragen; auch nicht ein einziges Mal war eine stärkere Reaktion zu bemerken, wie sie STUBENRAUCH als «heftige Reaktion mit bedrohlichem Charakter, kolossaler Schwellung mit den heftigsten Schmerzen, Jodexanthem etc.» beschreibt, die er nach Injektion von sterilisirter Jodoformgummi, sowie Jodoform-Glycerinmischung beobachtet hat, — üble Zufälle, die er auf die Zersetzung des Jodoforms durch Jodabspaltung bei seinem komplicirten Sterilisations-Verfahren (Dampfsterilisations-Ofen) zurückführen zu müssen glaubt.

Bei dieser Gelegenheit macht der Vortragende darauf aufmerksam, dass das zur Injektion verwendete Vehikel je nach den Versuchsorten ein anderes ist und bezüglich der Sterilisation der Emulsionen verschieden verfahren wird. So reinigt PÖHNI Jodoformpulver mit Sublimatwasser und trägt es in gekochter auf 100 Grad abgekühltes Oleum amygdal dulc. ein, wo es sich bis zu 5% auflöst und hat dabei auch nie den geringsten Nachtheil beobachtet.

An der chirurgischen Klinik zu Tübingen wird nach «der Publikation GARRÉ's Olivenöl durch Aufkochen sterilisirt und nach dem Erkalten des Oeles (um Jodabspaltung zu verhindern) Jodoformpulver (10%) zugesetzt. Auch hier wurde niemals nach den Injektionen eine stärkere Reaktionserscheinung bemerkt.

Endlich wird an der Bonner Klinik nach ARENS die TRENDELENBURG'sche Emulsion, die, wie erwähnt, auch an der Grazer chirurgischen Klinik in Anwendung kommt, mit gutem Erfolge und ohne Nachtheil für die Patienten injicirt.

Nach diesen Erläuterungen bespricht der Vortragende die Resultate der genannten Therapie an den demonstrirten Fällen und stellt die Besserung des Zustandes bei beiden Frauen als eine derartige hin, dass sie vielleicht einer Ausheilung gleichkommen könnte. Er erwähnt, dass nach ungefähr 10 Injektionen die Schwellung und Schmerzhaftigkeit im Kniegelenke nachliessen und dass die zwei Kranken seit circa drei Wochen Gehversuche machen, die allerdings noch sehr unsichere sind. Die grösste Circumferenz des Kniegelenkes der S. W. beträgt nach der Angabe des Vortragenden momentan nur 34 *cm* gegen 38 *cm* bei der Aufnahme, bei der anderen Frau ergab die Messung 34 *cm* gegen 35·5 *cm* zur Zeit des Spitaleintrittes. Wie der Vortragende demonstrirt, ist in beiden Fällen Anchylose des Gelenkes in gestreckter Stellung eingetreten und die ganze Umgebung beider Kniegelenke erscheint in eine feste, starre, narbige Masse umgewandelt. In beiden Fällen wird es, wie der Vortragende hervorhebt, angezeigt sein, worauf ARENS zuerst hinwies, zur Verhütung eventueller Recidiven die Injektionen auch weiterhin, vielleicht in grösseren Intervallen, fortzusetzen. Indem der Vortragende die Jodoform-Therapie bei chirurgischer Tuberkulose als leicht ausführbar hinstellt, so dass sie, auch vom praktischen Landarzte gehandhabt, die schönsten Resultate erreichen kann, schliesst er seine Demonstration und begrüsst nach den gemachten Erfahrungen, nach welchen die Jodoform-Injektionen nicht nur bei kalten Abscessen, sondern auch bei tuberkulösen Gelenkserkrankungen von entschiedenem Erfolge sind und in vielen Fällen Heilung herbeiführten, die bedeutsamen und erfreulichen Fortschritte in der konservativen Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.

Sanitätsrath Dr. v. KOEPL empfiehlt die demonstrirten Fälle einer aufmerksamen Betrachtung, da hier durch eine einfache Behandlung ein sehr schönes Resultat erzielt worden sei, namentlich bei der einen Patientin, bei welcher in Folge der Erkrankung schon eine Luxation der Tibia nach hinten eingetreten war und nach den bisherigen Begriffen eine Amputation angezeigt gewesen wäre.

Er hofft, dass Prof. WÖLFLER später Gelegenheit nehmen werde, eine Reihe ähnlicher Fälle mit ebenso schönen Resultaten vorzustellen.

Prof. EPPINGER hebt hervor, dass das Jodoform geeignet sei, Granulationsbildung um den Krankheitsherd herum anzuregen, wodurch letzterer eingeschlossen und auf einige Zeit unschädlich gemacht werden könne. An eine absolute Ausheilung sei hier jedoch ebensowenig zu denken, wie bei der Tuberkulose anderer synovialer Häute.

Prof. WÖLFLER bemerkt, dass er auf Grund der Empfehlungen von BRUNS und anderen Chirurgen, welche ausgezeichnete Resultate mit dieser Behandlungsmethode aufzuweisen hatten, dieselbe an seiner Klinik versuchen liess und dadurch, wie die beiden demonstrirten Fälle zeigen, Resultate erzielte, wie sie durch keine andere Methode bisher erreicht wurden, daher diese wohl mit Freude begrüsst und zur Nachahmung empfohlen werden könnte.

Als weitere Demonstration zeigt Prof. EPPINGER eine Embolie der Vena portae, ausgehend von einer Thrombose der beiden Wurzeln der Vena mesenterica superior.

Hierauf macht Prof. ESCHERICH die kurze Mittheilung, dass ihm in letzter Zeit mehrere Fälle von idiopathischem Croup vorgekommen seien. Es wurde diese Erkrankung nicht durch den gewöhnlichen virulenten Diphtherie-Bacillus hervorgerufen, weshalb bei diesen Fällen die Tracheotomie oder Intubation, welche hier auch meist ausreichend sei, geradezu lebensrettend seien, da hier die Gefahr eines absteigenden Croupes ausgeschlossen sei, wodurch das Resultat des Eingriffes in Frage gestellt oder vernichtet werden könnte.

Dozent Dr. LAKER demonstrirt einen bemerkenswerthen Fall von totaler Aphonie, welcher durch die Kombination von operativen Eingriffen und innerer Schleimhautmassage zur Heilung gelangte. Er betrifft einen circa dreissig Jahre alten, der bäuerlichen Bevölkerung angehörigen Mann. Langsam sich entwickelnde Stimmstörungen hatten schliesslich sich so gesteigert, dass Patient seit dreizehn Monaten nur auf die Lippensprache angewiesen war. Die wahren Stimmbänder und deren nächste Umgebung zeigten sich von massenhaften Granulationen überwuchert und von Geschwüren bedeckt. Die Glottis zeigte im Stadium versuchter Phonation eine so geringe Schlussfähigkeit, dass ein fast kleinfingerdicker, ovaler Raum offen blieb. Die Diagnose blieb im Dunkeln, es liess sich weder Tuberkulose noch Lues nachweisen, noch boten die Wucherungen ein auf einen charakteristischen Tumor hindeutendes histologisches Bild dar. Das Granulations-Gewebe wurde in wiederholten Sitzungen gründlichst entfernt, wobei ein mit den Krümmungen für Kehlkopf-Instrumente versehener, gracil gebauter scharfer Löffel besonders zur Verwendung kam. Dadurch wurde ein mehr ebener Phonationsspalt und den Stimmbändern eine grössere Exkursionsbreite geschaffen. Das Resultat war das Zustandekommen einer verständlichen, wenn auch sehr rauhen und holprigen Stimme. Durch eine nachfolgende systematische Behandlung mit endolaryngealer Massage wurden die tieferen Infiltrate im Gewebe zum Schwinden gebracht und schliesslich eine völlige Heilung erzielt. Die wahren Stimmbänder sind mit einem derben Epithelmantel überzogen, plump und grau gefärbt und schliessen völlig bei der Phonation. Seit einem Jahre spricht der Patient wieder mit kräftiger, reiner Stimme in etwas tieferer Tonlage. Das früher sehr herabgekommene Allgemeinbefinden hatte sich seither beträchtlich gehoben.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die chronische Anämie im Kindesalter.

Von **Dr. Alois Monti**,
k. k. a. ö. Professor an der Universität Wien und
Dr. Emil Berggrün,
Assistent an der allgemeinen Poliklinik in Wien.
Mit 4 farbigen Tafeln.
Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1892.

Die Technik der Blutuntersuchungen ist eine Errungenschaft der letzten Zeit und die Verwendung derselben bei der Untersuchung kranker Kinder hat noch keine Ausbreitung erlangt. Die Verfasser haben nun in mustergiltiger Weise derartige Untersuchungen ausgeführt und legen das sehr interessante Ergebniss derselben in der vorliegenden Arbeit nieder. Die Blutuntersuchungen wurden in jeder möglichen Richtung vorgenommen, so dass das spezifische Gewicht (Methode nach HAMMERSCHLAG), Hämoglobingehalt (nach FLEISCHL), Zahl der Blutkörperchen (THOMA-ZEISS), das mikroskopische Verhalten des nativen und des gefärbten (EHRLICH etc.) Blutes berücksichtigt erscheinen. Auf die Details der lehrreichen Arbeit können wir hier nicht eingehen und müssen uns darauf beschränken, die Eintheilung wiederzugeben, die von den Verfassern angenommen wird. Sie unterscheiden I. eine Anämie chronica levis u. zw. a) simplex, b) cum Leukocytosi. Dieselbe kann in Genesung ausgehen oder in eine der schwereren Formen chronischer Anämie, II. Anämie chronica gravis u. zw. a) simplex, b) Chlorosis, c) cum Leukocytosi, III. Anämia pseudo-leukämica (Prognose schlecht). IV. Leukämie (Ausgang letal), V. Anämie perniciosa (eventuell parasitären Ursprunges).

Der Blutbefund für jede dieser Gruppen wird genau angegeben und so die Differentialdiagnose ermöglicht. Die prägnantesten Blutbilder erscheinen in sehr guten Tafeln wiedergegeben. Die einschlägige Literatur ist in mustergiltiger Weise verwerthet. Kein Zweifel, dass das Buch MONTI's und BERGGRÜN's als Basis für weitere Studien auf diesem Gebiete dienen wird. Aber auch dem Praktiker, besonders dem Kinderarzte bietet es des Belehrenden genug, um weitester Verbreitung sicher zu sein.

Die Mikroorganismen der Mundhöhle.

Die örtlichen und allgemeinen Erkrankungen, welche durch dieselben hervorgerufen werden.

Von **W. D. Miller**, Dr. med. et phil., Professor am zahnärztlichen Institute der Universität Berlin.

Mit 134 Abbildungen im Texte und 18 Photogrammen.

Zweite umgearbeitete und stark erweiterte Auflage. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1892.

MILLER's ausgezeichnetes Werk hat schon bei seinem ersten Erscheinen allgemeine Anerkennung gefunden. War es doch im besten Sinne des Wortes zeitgemäss, die reiche Bakterienflora der Mundhöhle zu studiren und ihren Beziehungen zu Erkrankungen der Zähne und des ganzen Organismus nachzuforschen. In umfassender und exakter Weise hat MILLER diese Studien ausgeführt und durch histologische und bakteriologische Untersuchungen manche Frage in der Lehre von den Zahnkrankheiten geklärt. Insbesondere seine Ansichten über die Zahnkaries haben allgemeine Beachtung gefunden. Die neue Auflage bringt wieder wesentliche Bereicherungen, besonders ist die Lehre von der Asepsis und Antisepsis in der Zahnheilkunde in erschöpfender Weise abgehandelt. Man möge aber ja nicht glauben, dass dieses Werk nur für Bakteriologen geschrieben sei. Vorerst muss es jedem Zahnarzte unentbehrlich sein, weil er eine immense Literatur in übersichtlichster Anordnung vorfindet; aber auch dem Arzte überhaupt, kann die Lektüre dieses Buches nur wärmstens empfohlen werden. Er wird reiche Belehrung daraus schöpfen. Das Buch ist dem geheimen Sanitätsrathe Dr. S. GUTTMANN gewidmet. Die Ausstattung ist eine vortreffliche.

Zur staatlichen Beaufsichtigung der Irrenanstalten.

Von Dr. **B. Ascher**, Arzt in Berlin,
I. Assistent an der Irrenanstalt zu Dalldorf.

Verlag von S. Karger. Berlin 1893.

Die vorliegende kleine Abhandlung gibt vor Allem Aufklärung darüber, wie weit zur Zeit die staatliche Aufsicht über die öffentlichen und privaten Irrenanstalten sich geltend macht, kritisirt die bisherigen Bestimmungen und macht einige auf Erfahrung und Ueberlegung gegründete Verbesserungsvorschläge. Wenn auch eigentlich nur die bezüglichen Verhältnisse in Preussen berücksichtigt werden, so gibt es genug Beziehungen zwischen dortigen und hiesigen Verhältnissen, um das Büchlein auch für österreichische Aerzte lesenswerth zu machen, umsomehr, als es gut geschrieben und kurz gefasst ist.

Zeitungsschau.

Brouardel: Behandlung der Asphyxie in Folge von Ertrinken.

(Académie de Médecine 1892. — Memorabilien 1883.)

Es ist interessant, die verschiedenen Behandlungsmethoden der Asphyxie in Folge von Ertrinken zu kennen, aber es ist ebenso wichtig, zu wissen, dass der Mechanismus der Entstehung der Asphyxie in Wirklichkeit keineswegs immer derselbe ist. Man muss zunächst zwei durchaus differente Möglichkeiten auseinanderhalten: entweder der Ertrunkene starb sofort, nachdem er unter das Wasser gekommen, oder der Tod trat erst im Laufe einer gewissen Zeit nachher ein.

In dem ersten Fall stirbt das Individuum in dem Moment, wo es ins Wasser fällt unter dem Einfluss des Shoks und dem Einfluss der Kälte auf gewisse Zweige des Trigeminus und des Laryngeus superior. Ein plötzlicher, sozusagen gewaltsamer Hemmungsakt lässt die Respiration und Cirkulation stillstehen.

Es ist kein Wasser in die Luftwege eingedrungen, und der Ertrunkene kann durch Wiederbelebungsversuche nach der von Silvester oder der neuerdings von Laborde angegebenen Methode (welche in der Ausführung rhythmischer Bewegungen der Zunge besteht) event. wieder ins Leben zurückgerufen werden. Wir wissen bereits lange, dass in der erwähnten Weise jeder brüske Reiz auf den Larynx superior, auf den Larynx, ja auf jede andere Partie des Körpers durch Hemmung der Athem- und Circulationsbewegungen den plötzlichen Tod herbeiführen kann.

Es gibt nun aber einen zweiten Mechanismus des Ertrinkungstodes, von dem man noch zwei Unterarten unterscheiden kann, über die der Redner zusammen mit Paul Loye experimentirt hat.

Handelt es sich um die erste Art, so sinkt das Individuum, resp. das Thier bei dem Experiment unter auf den Grund und verweilt dort einige Zeit, durch irgend ein Hinderniss, etwa ein Gewicht am Fuss, niedergehalten. Während der ersten Minute dringt kein Wasser in die Luftwege, sei es, dass man vorher (an dem Thiere) die Tracheotomie gemacht hat oder nicht: die krampfhafte Kontraktion der Athmungsmuskeln verhindert jedes Eindringen. Aber alsbald lässt ihr Spasmus nach und das Wasser dringt jetzt in die Athmungswege ein. In diesem Moment kann man das Thier noch, wenn man es schnell aus dem Wasser zieht, mit den gewöhnlichen Methoden der Wiederbelebungsversuche ins Leben zurückrufen.

Doch ist dieser erstere Modus nicht der häufigere, gewöhnlich vielmehr spielt sich der Vorgang folgendermassen ab:

Das Individuum tauchte unter, schwimmt, sinkt auf den Grund zurück, kommt alsbald wieder an die Oberfläche, und bei diesen heftigen, uncoordinirten Bewegungen kann in Folge der Kontractionen des Zwerchfells der Mageninhalt in den Pharynx zurück nach oben treten, um von hier bei der angestrengten Respiration leicht in die Luftwege einzudringen. In diesem Fall lässt der Mensch oder das Thier im Experiment eine Wassermenge in den Körper eindringen, welche dem dritten und vierten Theil seiner gesammten Blutmenge entspricht. Bestimmt man den relativen Gehalt des Blutes an rothen Blutkörperchen vor und nach dem Experiment, so findet man eine relative Verminderung derselben um das Drei- bis Vierfache. Bei diesen Individuen sind die Lungenalveolen und die Bronchien mit schleimigen Stoffen und schaumigem Wasser gefüllt, und die Pflasterepithelien der Lunge selbst zeigen eine Degeneration in Folge des Durchtritts des Wassers. Es liegen hier also Verhältnisse vor, welche die Rückkehr ins Leben absolut unmöglich machen.

Besonders bemerkenswerth sind die enormen Anstrengungen beim Athmen, welche die Individuen machen, die auf eine der beiden letzterwähnten Arten durch Ertrinken ums Leben kommen. In einem Kanal der Rue Rochechouart hatte man eine Tonne mit Abtrittstoffen ausgegossen, die Arbeiter, die sich unglücklicher Weise an der Ausgussstelle befanden, erstickten, und sie athmeten mit einer solchen Heftigkeit, dass kleine Kieselsteine, die sich auf dem Grunde der Tonne befunden hatten, in ihre Luftwege eindrangen und sie verstopften.

Ebenso ist es bei den Neugeborenen, die man in Abtrittgruben wirft, in deren Lungen man kleine, aus Fäcalstoffen bestehende Abgüsse des Bronchialbaums antrifft, die sich aus den heftig aspirirten Massen geformt haben.

Um zu resumiren, ist einmal der plötzliche Tod beim Ertrinken durch einen reflektorischen Hemmungsakt bedingt, der die Respiration und Cirkulation zum Stillstand bringt: Der Ertrunkene kann ins Leben zurückgerufen werden. Im anderen Fall ist entweder noch kein Wasser absorbirt worden und die Wiedererweckung zum Leben ist noch möglich, oder aber es ist Wasser absorbirt worden, d. h. es hat die Alveolen gefüllt und sich dem Blute vermischt und alle Wiederbelebungsversuche und Methoden sind für gewöhnlich unwirksam.

Lancereaux bestätigt die Angaben des Vorredners und fügt hinzu, dass dieselben Phänomene in pathologischen Fällen zur Beobachtung kommen. Ein Patient mit Carcinoma laryngis wurde eines Tages plötzlich asphyctisch gefunden; es wurde ihm eine Morphiuminjektion gemacht und der Kranke kam alsbald ins Leben zurück, was wohl dafür spricht, dass es sich auch hier um einen Spasmus der Larynxmuskeln gehandelt hat. Man könnte hiernach annehmen, dass die Morphium-Injektionen vielleicht in den Fällen von Asphyxie einen Dienst leisten würden, von welchen der Vorredner zuerst gesprochen hat.

Dr. Rosenthal (Kissingen): Ueber die Ausscheidung subkutan injicirten Morphiums durch den Speichel.

(Centralblatt für klinische Medizin Nr. 1, 1893.)

Die Untersuchungen über den Uebergang des subkutan applicirten Morphiums in die Se- und Exkrete des thierischen Organismus, durch welche die interessante Thatsache der Ausscheidung des Alkaloides durch die Magenschleimhaut festgestellt wurde — (Leineweber, Marmé Alt, Tauber) — haben auffälligerweise bislang die Speicheldrüsen gänzlich ausser Betracht gelassen. Gerade der Umstand aber, dass die Morphiumausscheidung in so hohem Grade auf die Magenschleimhaut erfolgt, muss a priori die Frage nahelegen, ob und welche Rolle mitverschluckter Speichel bei der Beschaffenheit des Mageninhaltes spielt, ob nicht er allein die Reaktion auf Morphium bedinge, oder doch wenigstens verstärke.

Im Hinblick auf diese theoretischen Erwägungen hielt es Prof. Rosenbach für wünschenswerth, die Prüfung des Speichels nach Morphiuminjektionen vorzunehmen und hat Dr. Rosenthal mit Nachforschungen nach Morphium im Speichel betraut, auch ihm das entsprechende Krankenmaterial seiner Hospital-Abtheilung zur Verfügung gestellt.

Die Untersuchungen ergaben nun, dass

1. Morphium durch den Speichel in nicht unbeträchtlicher Quantität ausgeschieden wird,

2. dass das Morphium sich im Körper aufhäufen kann,

3. dass der positive Ausfall der Reaktion und die quantitative Bestimmung des im Mageninhalte enthaltenen Morphiums keinen direkten Schluss auf die Menge des durch die Magenthätigkeit abgesonderten Morphiums zulässt — Endlich mag

4. noch darauf hingewiesen werden, das bei Verdacht auf Morphiumintoxikation der Gerichts-Arzt oder -Chemiker den

jedenfalls leichter als Mageninhalt zu erlangenden Speichel mit Aussicht auf Erfolg zum Gegenstande seiner Untersuchungen machen kann.

Natier: Gummöse Erkrankung der Tonsillen. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. Heft I und II, 1893)

Natier hat von der sehr seltenen Erkrankung der Tonsillen nur 11 Fälle aus der Literatur zusammenstellen können, zu denen noch vier von ihm beobachtete kommen. Erstaunlich ist das verhältnissmässig rasche Auftreten der Gummata bei Kindern und Greisen; meist waren die Patienten Männer, und zwar starke Raucher und Alkoholiker. Von den subjektiven Symptomen verhielt sich der Schmerz sehr verschieden; bald gar nicht vorhanden, war er in anderen Fällen kaum ertragbar und zog das Ohr und die ganze Schläfengegend in Mitleidenschaft. Heiserkeit und Husten waren die Folgen einer begleitenden Pharyngitis und Laryngitis. Objektiv war Anfangs eine starke Schwellung und Härte der Tonsillen, dann später eine schnelle Erweichung und Ulceration zu konstatiren, welch' letztere auch oft die umgebenden Theile, den weichen und harten Gaumen, die Uvula erfassten. Die Heilung erfolgte oft vollständig, oft unter Hinterlassung grosser, bisweilen die Athmung und den Schlingakt hindernder Narben. Nach Besprechung der Differentialdiagnose mit Hypertrophie, Anginen, Carcinom, Lupus, Tuberkulose und Cysten der Tonsillen bespricht Verfasser die Therapie, bei der er neben einer spezifischen Behandlung die Pinselung der erkrankten Stellen mit Adstringentien und Causticis empfiehlt.

Gutachten des k. k. Obersten Sanitätsrathes über die Verwendung des Malleïn als diagnostisches Mittel bei Rotzverdacht (Das österreichische Sanitätswesen.)

Der Oberste Sanitätsrath kommt auf folgendes Gutachten:

1. Es ist in hohem Grade wünschenswerth, dass Malleïn-Impfungen in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern versuchsweise vorgenommen werden.
2. Die in dem allgemeinen Thierseuchengesetze vorgeschriebenen veterinärpolizeilichen Massnahmen, welche beim Auftreten des Rotzes durchzuführen sind, dürfen durch die Anwendung der Malleïn-Impfungen vorläufig keine Abänderung erfahren.
3. Für diese Impfungen soll das feste, von Foth bereitet Malleïn insolange verwendet werden, als in Oesterreich kein solches Präparat erzeugt wird.
4. Die Impfungen sind in der im Referate angegebenen Weise zur Durchführung zu bringen.
5. Der Oberste Sanitätsrath ersucht das h. k. k. Ministerium des Innern, die Resultate der Impfungen mit den zugehörigen genauen Temperaturangaben, Sektionsbefunden etc. ihm von Zeit zu Zeit bekannt zu geben.

Prof. Dr. J. Möller (Innsbruck): **Zur Kenntniss des Antipyrinexanthems.**

Verfasser hat an sich selbst ein Antipyrinexanthem nach Einnahme von 1 *gr* beobachtet. Er hatte diese Dosis eines Abends genommen und bemerkte zu seiner Ueberraschung am nächsten Morgen, dass mehrere Fingergelenke angeschwollen waren und dass sich auf ihnen und auf dem Handrücken ein Erythem entwickelt hatte; auch die Lippen, die Nasenöffnung, der Gehörgang, die Konjunktiva waren geröthet, geschwollen und etwas schmerzhaft; ferner fanden sich auf der Haut des Skrotums und auf der Eichel scharf umschriebene Erytheme; aus dem letzten entwickelte sich ein langsam, aber ohne Narbenbildung heilendes Geschwür. Als Verfasser sechs Wochen später wiederum ein Pulver von 1 *gr* einnahm, entwickelte sich schon nach 10 Minuten genau in denselben Stellen wiederum ein Erythem. Es ist daher an den Zusammenhang der Einnahme des Antipyrins und der Entstehung des Erythems nicht zu zweifeln, trotzdem Verfasser früher Antipyrin ohne Schaden hat gebrauchen können.

Standesfragen und Korrespondenz.

Der Kaiser in der Poliklinik.

Am Tage der Eröffnung des neuen Heims der Poliklinik hatte seine Hoheit Herr Erzherzog Rainer beim Abschiede bemerkt, er werde, sobald das Institut in voller Thätigkeit sein werde, Se. Majestät den Kaiser einladen, die Poliklinik zu besuchen.

In Erfüllung dieser Zusage hat der Kaiser am 7. Februar, 10 Uhr Vormittags die Poliklinik durch seinen Besuch ausgezeichnet.

Gegen halb 10 Uhr versammelten sich in dem mit Blumen geschmückten Vestibule der Unterrichtsminister Baron Gautsch, Statthalter Graf Kielmansegg, das Präsidium des Kuratoriums Baron Bezecny, Landesgerichts-Präsident Graf Lamezan, Dompropst Marschall, der Direktor der Poliklinik, Regierungsrath Professor Schnitzler, die beiden Direktoren-Stellvertreter Professor Dr. Monti und Professor Dr. v. Reuss, sowie die Mitglieder des Kuratoriums, sämmtliche Abtheilungs-Vorstände der Poliklinik, der Polizei-Bezirksleiter Polizeirath Wohl u. v. A. (Ministerpräsident Graf Taaffe liess durch den Unterrichtsminister sein Fernbleiben durch Ueberbürdung mit Amtsgeschäften entschuldigen).

Um ³/₄10 Uhr erschien Herr Erzherzog Rainer in Begleitung des Obersthofmeisters Feldmarschall-Lieutenants Baron de Vaux, um 10 Uhr kam der Kaiser in Begleitung des General Adjutanten Generals der Kavallerie Grafen Paar.

Am Eingange wurde der Kaiser vom Erzherzoge, dem Unterrichtsminister, dem Statthalter, dem Präsidium und der Direktion der Poliklinik ehrfurchtsvoll begrüsst und in die Vorhalle geleitet.

Hier hielt der Präsident Se. Excellenz Dr. Freiherr von Bezecny eine Ansprache an den Kaiser, in der er betonte, dass die Poliklinik sich überglücklich fühle, Se. Majestät in den neuen Räumen der Anstalt begrüssen zu dürfen; die Poliklinik lege Sr. Majestät den ehrerbietigsten Dank für die Allerhöchste Huld, die ihr durch diesen Besuch zu Theil wurde, zu Füssen. Der Besuch sei die glänzendste und ehrenvollste Anerkennung, welche der Anstalt zu Theil werden konnte, einer Anstalt, welche dem Wohle der leidenden Menschheit gewidmet sei. Das Institut werde das Ziel, welches es sich bisher vorgesetzt habe, unentwegt weiter verfolgen. Der Besuch Sr. Majestät bilde das glänzendste Blatt der zwanzigjährigen Geschichte der Anstalt und erfülle dieselbe mit der frohen Hoffnung, dass Se. Majestät auch in Zukunft ihr Seine Allerhöchste Huld angedeihen lassen werde.

Se. Majestät der Kaiser erwiderte ungefähr Folgendes:

Der Ausbau der Anstalt gewähre ihm eine grosse Befriedigung, zumal er deren Entstehen jederzeit mit Interesse verfolgt habe. Eben solche Sympathien bringe er auch den leitenden Persönlichkeiten entgegen, da ja die Anstalt dem Wohle der leidenden Menschheit gewidmet sei. Er anerkenne es, dass Alles aus eigenen Kräften gebaut wurde, und hoffe, dass die Anstalt einer glücklichen Zukunft entgegengehe.

Die Rede des Kaisers wurde mit brausenden Hoch-Rufen aufgenommen.

Exc. Freiherr von Bezecny ersuchte nun Se. Majestät die Räume der Poliklinik besichtigen zu wollen.

Unter Führung des Direktors Regierungsrathes Dr. Schnitzler, des Baurathes Streit, sowie der übrigen Mitglieder des Präsidiums und der Direktion begann der Rundgang zunächst durch das Ambulatorium. Hier begab sich der Kaiser zuerst in die im Hochparterre gelegene Kinderabtheilung des Prof. Dr. Monti und des Dozenten Dr. Frühwald, dann in die chirurgische Abtheilung der Dozenten v. Hacker und Hochenegg. Im ersten Stockwerke besichtigte der Monarch die laryngo-rhinologische Abtheilung des Prof. Schnitzler, die Ohrenabtheilung von Prof. Urbantschitsch, die Abtheilungen für interne Medizin der Prof. Basch und Winternitz

sowie die Abtheilungen der Prof. Benedikt, Oser und von Stoffella. Im zweiten Stocke nahm der Kaiser die Abtheilung der Augenärzte Professor Ludwig Mauthner und Professor von Reuss, die gynäkologische und chirurgische Abtheilung des Dozenten Dr. Lott und Generalstabsarztes Dr. Neudörfer, die Abtheilung des Prof. von Frisch und der Dozenten Dr. Grünfeld und Dr. von Hebra in Augenschein. Im dritten Stockwerke wurde das Laboratorium des Professors Monti und das daran grenzende Institut für Bakteriologie des Professor Paltauf, endlich das chemische Laboratorium von Professor Mauthner besichtigt.

Se. Majestät der Kaiser und der durchlauchtigste Herr Erzherzog Rainer traten nun gefolgt vom Cortége, in den Sitzung-saal, der die grossen Portraits der beiden erlauchten Besucher zeigt. Hier demonstrirte Baurath Streit die Pläne des bereits fertiggestellten Theiles des Institutes sowie die des noch nicht ausgebauten Theiles.

Ueber erfurchtsvolle Bitte des Direktors trug der Kaiser seinen Namen in das aufliegende Gedenkbuch der Poliklinik ein.

Im Direktionszimmer stellte Dr. Freiherr von Bezecny Sr. Majestät die anwesenden Mitglieder des Curatoriums vor, darunter Herrn Wilhelm Ritter von Gutmann, durch dessen Spende von 150.000 fl viel dazu beigetragen worden sei, dass schon jetzt der Ausbau des poliklinischen Spitales ermöglicht wurde. Der Kaiser bezeichnete dies als eine schöne und dankenswerthe That.

Hierauf begab sich der Kaiser in die Abtheilung für Hydrotherapie des Prof. Winternitz und von hier in das Spital und schliesslich in das neu eingerichtete Inhalatorium.

Als der Monarch in das Spital eintrat, erkundigte er sich vor Allem nach dem Stande der Kranken. Der Spitalsleiter Prof. Monti erwiderte, dass sich derzeit 28 Erwachsene und 14 Kinder im Spitale befinden. Professor Monti berichtete sodann, dass das Spital von den Brüdern Gutmann in erster Linie für kranke Kinder gebaut worden sei. Da es aber der Poliklinik noch nicht möglich gewesen sei, den beabsichtigten Spitalbau zu vollenden, wird in diesem Pavillon vorerst ein Theil für Kinder und ein Theil für Erwachsene benützt werden. Der Kaiser gab der Hoffnung Ausdruck, dass die nöthigen Mittel zur Vollendung dieses Institutes noch aufgebracht werden. In das Spital der Erwachsenen eintretend, bemerkte der Kaiser, dass Alles sehr rein und gefällig aussehe und widmete dann seine Aufmerksamkeit den Kranken, erkundigte sich theilnahmsvoll nach dem Befinden jedes Einzelnen. An jeden der Kranken richtete der Monarch wohlwollende Worte. Lächelnd bemerkte der Kaiser einmal, dass hier Alles geradezu elegant wäre. Darauf erwiderten die begleitenden Aerzte, dass fast die ganze Einrichtung von Gönnern und Freunden der Poliklinik unentgeltlich beigestellt wurde.

Der Kaiser hatte während des ganzen Rundganges ein hohes Interesse für die Einrichtungen der Anstalt bekundet und gab wiederholt seiner Befriedigung über dieselben Ausdruck. In den Hörsälen war ein überaus zahlreicher Kreis von Hörern, von Aerzten aus allen Welttheilen, anwesend. In den Ambulatorien beehrte der Kaiser sämtliche Abtheilungsvorstände, die ihm vom Direktor vorgestellt wurden, mit Ansprachen.

Nach 11 Uhr war der Rundgang zu Ende. Se. Majestät der Kaiser, Se. k. und k. Hoheit der durchlauchtigste Herr Erzherzog Rainer und das Gefolge erschienen im Vestibule und hier richtete Regierungsrath Prof. Dr. Schnitzler folgende Worte an den Kaiser:

«Gestatten Eu. Majestät, dass ich im Namen der Aerzte der Poliklinik unseren allerunterthänigsten Dank ausspreche, für die gnädige Unterstützung und huldvolle Förderung, die unser Institut seit seiner Begründung erfahren, ganz besonders aber für die hohe Auszeichnung, die uns heute zu Theil geworden, die diesen Tag für alle Zeiten zu einem Marksteine in der Geschichte der Poliklinik geweiht hat.

Gleichzeitig erlaube ich mir an unseren tiefempfundenen Dank die unterthänigste Bitte zu knüpfen, Eu. Majestät wollen auch fernerhin unserem Institute, das ein Asyl für arme Kranke, eine Stätte der Lehr- und Lernfreiheit und zugleich ein bleibendes Denkmal idealen Strebens und selbstlosen Wirkens, allerhöchsten Schutz angedeihen lassen, damit wir die Aufgabe, die uns bei der Gründung der Poliklinik vorgeschwebt, eine Institution zu schaffen, welche nothwendige Ergänzung und wohlthätige Bereicherung der Heil- und Lehranstalten Wiens bilden soll, voll und ganz lösen.»

Se. Majestät der Kaiser erwiderte:

«Es hat mich sehr gefreut, diese schöne und zweckmässige Anstalt zu sehen, und ich kann nur wiederholen, dass Alles mich ausserordentlich befriedigt hat. Sie können, meine Herren, meines Schutzes versichert sein.»

Begeisterte Hoch-Rufe folgten diesen Worten Sr. Majestät des Kaisers. Die Hoch-Rufe wiederholten sich, als der Monarch die Anstalt verliess und nach der Hofburg zurückfuhr.

Tagesnachrichten und Notizen.

(Vom Obersten Sanitätsrathe.) Zu Beginn der Sitzung vom 4. Februar dieses Jahres machte der Sanitätsreferent im Ministerium des Innern, Ministerialrath Dr. E. Kusý, die Mittheilung, dass in Galizien seit 30. Jänner dieses Jahres kein weiterer Cholerafall mehr vorgekommen ist und dass nach den letzten Nachrichten auch kein Cholerakranker mehr in Behandlung steht. Hieran knüpften sich Mittheilungen über den Stand der Cholera in Ungarn, im Deutschen Reiche und in Russland nach den vorliegenden amtlichen Berichten und eine Diskussion über die Massnahmen, welche im Falle eines neuerlichen epidemischen Auftretens der Krankheit jenseits der Reichsgrenze einzuleiten wären. In letzterer Hinsicht referirten die Obersanitätsräthe Prof. Dr. M. Gruber und Prof. Dr. A. Weichselbaum über spezielle Fragen. Hierauf wurde der Vorschlag zur Wiederbesetzung einer erledigten Landes-Thierarztesstelle (Referent: O. S. R. Prof. Dr. St. Polansky) berathen, dann die Verhandlung über Reform der medizinischen Studien- und Prüfungsordnung fortgesetzt, und wurden einzelne wichtige Punkte der letzteren erledigt.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 10. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte demonstrirte Dr. Winter ein Kind mit bilateraler Luxation der Halswirbelsäule nach vorne, worauf Prof. Weinlechner einen durch hohen Blasenschnitt geheilten Fall von Vesico-Uterinalfistel vorstellt, an den sich eine lebhafte Diskussion zwischen Vortragenden und Hofr. Dittel anschloss. Prof. Kolisko demonstrirte hierauf ein sehr interessantes Herzpräparat, in welchem ein grosser Kugelthrombus lag, worauf Dr. Kretz zwei Präparate zeigt, und zwar fanden sich bei ein und demselben Individium ein Endotheliom der Dura mater und Plattenepithelkrebs des Oesophagus, welche im rechten Famur neben einander ihnen entsprechende Metastasen gesetzt hatten. Doc. v. Hacker hält hierauf seinen angekündigten Vortrag «über lokale Anästhesie» wobei er über seine Versuche berichtet, welche er einestheils mit der von Schleich vorgeschlagenen Infiltrationsanästhesie und andererseits mit Aethylchlorid vorgenommen hat und welche beide er für sehr empfehlenswerth hält. Der ausführliche Bericht über die Sitzung findet sich in der nächsten Nummer.

(Universitäts- und Personal- Nachrichten.) Dr. Josef Heymann, Arzt des österreichisch-ungarischen Spitales in Cairo, erhielt den Franz Josephs-Orden. — Hofrath Drasche feierte gestern sein 40jähriges Doktor-Jubiläum bei welchem Anlasse ihm zahlreiche Beweise von Anerkennung und Verehrung aus allen Kreisen zugekommen sind. — Die Universität Dorpat feierte vor Kurzem das Fest ihres 90jährigen Bestandes. Bei dieser Gelegenheit wurde die Festrede zum ersten Male in russischer Sprache gehalten. — Am 28. Jänner l. J. beging

in Genf der Physiologe Professor Dr. Moriz Schiff die Feier seines 70. Geburtstages — Die durch den Rücktritt Verneuil's erledigte Lehrkanzel für klinische Chirurgie in Paris wurde Dr. Tillaux verliehen.

(Aus dem österreichischen Abgeordnetenhause). In der Sitzung vom 5. Februar 1893 wurden unter Anderen nachfolgende Resolutionen angenommen: 1. Die Regierung wird aufgefordert, den Bau der chirurgischen Klinik des Hofrathes Professor Billroth in Wien noch im Jahre 1893 in Angriff zu nehmen und mit Beschleunigung ausführen zu lassen; 2. der k. k. Unterrichtsminister wird aufgefordert, für die Bedürfnisse der naturwissenschaftlichen Lehrgegenstände an der Universität in Innsbruck Vorsorge zu treffen und den erforderlichen Credit in Anspruch zu nehmen: 3. die Regierung wird aufgefordert, bei Revision der Studien- und Rigorosenordnung für Mediziner Psychiatrie als Prüfungsgegenstand aufzunehmen; 4. über die Zulässigkeit weiblicher Hörer an den medizinischen und philosophischen Fakultäten von den Universitäten Gutachten abzuverlangen und dieselben dem Hause vorzulegen.

(Weibliche Apotheker.) In einer am 9. d. M. abgehaltenen, zahlreich besuchten Versammlung des Allgemeinen österreichischen Apothekervereines gelangte die Frage der Zulassung der Frauen zur Pharmazie zur Besprechung. Der Referent Dr. Robert Grüner betonte, dass der Gegenstand in letzter Zeit im Parlamente erörtert, vom Obersten Sanitätsrath in Erwägung gezogen und auch jüngst vom Prager Frauenvereine «Minerva» dem Abgeordnetenhause überreichte Petition aktuell geworden sei. Redner betonte, er gehöre nicht zu den Schwärmern für die Frauen-Emanzipation und wünsche nicht, dass die Frau ihrer eigentlichen Aufgabe entrückt werde. Da es aber die sozialen Verhältnisse immer schwieriger machen, einen eigenen Hausstand zu gründen, so müssen heute die Frauen — ohne ihre Schuld — ebenso wie die Männer den Kampf um das Dasein führen. Die Frauen dringen nun in alle Berufe. Praktisch, wie sie sind, haben sie zunächst Gymnasien errichtet, um dann sagen zu können: Wenn man uns gestattet hat, Gymnasien zu errichten, dann müssen uns auch die Thore der Universität geöffnet werden. Hier haben es die Frauen hauptsächlich auf den ärztlichen Beruf abgesehen und nun auch die Pharmazie ins Auge gefasst. Diese Frage bedürfe eingehender Erwägung und könne nicht unbedingt abgelehnt werden. Es stehe ausser Zweifel, dass die Beschäftigung weiblicher Pharmazeuten grosse Unzukömmlichkeiten im Gefolge haben würde, aber andererseits lasse sich die Eignung der Frauen zu diesem Berufe nicht leugnen, denn sie haben Fleiss und Geduld. Redner erklärt sich für seine Person aus idealen Gründen gegen die Zulassung der Frauen zur Pharmazie, denn die gesellschaftliche Stellung und das Ansehen des Pharmazeuten würde dadurch tiefer sinken, da die Existenzfrage in den Vordergrund gestellt würde. (Beifall.) Auf Wunsch des Präsidenten Anton v. Waldheim unterblieb für gestern die Diskussion und Beschlussfassung in dieser Angelegenheit, da die Vereinsleitung sich mit dieser Frage noch angelegentlich beschäftigen will.

(Preisausschreibung) Dr. Josef Körösi, Direktor des statistischen Bureaus der Stadt Budapest, hat einen Preis von 1500 Francs gestiftet, welcher dem besten Werke uber die Aufgaben und Fortschritte der Demographie zuerkannt werden soll. Die Arbeit soll die wissenschaftliche Aufgabe der Demographie bestimmen, eine kritische Behandlung der diesbezüglich bestehenden Ansichten, sowie jener wichtigsten demographischen Erhebungen bieten, welche im Laufe der letzten 50 Jahre in den Hauptstaaten Europas und in den Vereinigten Staaten von Amerika veröffentlicht wurden. Der Autor hätte demnach namentlich die Entwicklung des Zählungswesens, der Natalitäts- und Mortalitätsstatistik ins Auge zu fassen und hierbei zu berücksichtigen, wo, wann und durch welche Personen diese Zweige der Demographie Förderung gefunden. Die eingesendeten Arbeiten können in deutscher, englischer, französischer oder italienischer Sprache abgefasst sein und sind anonym bis 1. März 1894 an Herrn Körösi (Budapest) einzusenden. Der Name des Autors ist in einem versiegelten Umschlage beizulegen. Zur Prüfung der Konkurrenzarbeiten haben sich nachfolgende Herren bereit erklärt: Dr. Jacques Bertillon, Direktor des statistischen Bureaus (Paris); Luigi Bordio, Generalsekretär des internationalen statistischen Instituts, Generaldirektor der italienischen Statistik (Rom); Dr. V. v. John, Universitäts-Professor (Innsbruck); Josef Körösi, Direktor des kommunal-statistischen Bureaus (Budapest); Dr. W. Lexis, Vicepräsident des internationalen statistischen Instituts, Universitäts-Professor (Göttingen); Dr. W. Ogle vom Registrar General of births, deaths and marriages (London). Die Zuertheilung des Preises erfolgt in der Eröffnungssitzung des Budapester Kongresses.

Budapest. Aus Budapest schreibt man uns: Dem Sekretariatsbericht des Direktionsrathes des poliklinischen Vereines, welcher in der jüngsten Sitzung, unter dem Präsidium des Grafen Stefan Szapáry, von Dr. Kornel Lichtenberg verlesen wurde, entnehmen wir, dass die Aerzte des Vereines im Vorjahre mehr als 24000 Patienten gratis behandelt und zum grössten Theile mit Medikamenten und Verbandstoffen versehen haben. Die Budapester wird in dem Berichte mit der Wiener Poliklinik verglichen, welch' letztere in der österreichischen Residenz einen Faktor bedeutet, während die Budapester Poliklinik, trotzdem sie ihre ideale Aufgabe in jeder Hinsicht erfüllt, mit Defizit kämpfen muss. Den weiteren Punkt der Tagesordnung bildete die Erbauung eines entsprechenden Vereinshauses und beantragt der Referent Dr. Andreas Takács, das Unterrichtsministerium, die Hauptstadt und besonders das Publikum zur Theilnahme an der Erweiterung dieses menschenfreundlichen Institutes aufzufordern. Aus dem Berichte des Kassiers Dr. Adolf Havas geht hervor, dass die Hauskasse der Poliklinik mit einem ewigen Defizit zu kämpfen hat. Im Laufe des verflossenen Jahres verbesserte sich nichts destoweniger die materielle Lage des Vereines. Die Einnahmen betrugen 3375 Gulden, die Ausgaben 3313 Gulden; als Antheil aus dem Einkommen der Staats-Wohlthätigkeits-Lotterie erhielt der Verein 14000 Gulden. Schliesslich werden die Anträge: den 10jährigen Bestand des Vereines durch eine Festsitzung zu feiern und einen Band medizinischer Abhandlungen herauszugeben, zum Beschluss erhoben.

(Budapester königliche Gesellschaft der Aerzte.) Ueber ein neues Anästheticum, welches Dr. Kóssa unter dem Namen «Formanilid» bei Kehlkopfaffektionen empfohlen hat, berichtet Dr. Isidor Preisach, der dasselbe als Einblasung in 9 Fällen angewendet und damit stets eine 10—12, oft 16 Stunden lange Analgesie erzielt hat. Dr. Wilhelm Meisels hat das Formanilid in 1perzentiger Lösung als Einpinselung und in 3perzentiger Lösung auch als 1 *ccm* subkutaner Einspritzung benutzt und stets dessen pünktliche anästhesirende Wirkung erprobt gefunden. Dr. Franz Tomszk hat das neue Mittel bei 15 internen Kranken in Gebrauch gezogen und konnte konstatiren, dass dasselbe als Antineuralgicum und Antipyreticum die Konkurrenz mit Antifebrin, Antipyrin etc., ja sogar in vieler Beziehung mit Morphium aushalten kann.

Paris. Der Prix Leconto der Pariser Académie de sciences im Betrage von 50.000 Francs ist dem Werke Villemin's über die infektiösen und übertragbaren Eigenschaften der Tuberkulose verliehen worden. Der Autor des preisgekrönten Werkes hat dessen grossen Erfolg nicht erlebt.

Moskau. Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. emer. Dr. Manssurow auf dem Lehrstuhl für Hautkrankheiten und Syphilis an der Moskauer Universität ist der bisherige ausseretatmässige ausserordentliche Professor und Oberarzt des Mjassnizkisch Krankenhauses in Moskau, Dr. A. J. Pospjelow, ernannt worden, unter Belassung im Amt des Oberarztes des genannten Krankenhauses.

(Todesfälle). In Bonn der hervorragende Anthropologe Geheimrath Professor Dr. Hermann Schaffhausen. — Dr. C. Manassei, Professor der Dermatologie und Syphilis an der Universität Rom. — In Kasan der Privatdozent für Nervenkrankheiten und allgemeine Therapie an der dortigen Universität Dr. Alexander Dochmann. — In New-Orleans der Professor der Anatomie Dr. Samuel Logan. — Dr. J. Wolf in Gross-Jedlersdorf; Dr. Zák in Humpoletz; prakt. Arzt J. Dostal in Nestelbach; Dr. D. Grün in Budapest; Dr. J. Altschul in Böhmisch-Leipa.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

XII. Kongress für innere Medizin.

Der 12. Kongress für innere Medizin findet vom 12. bis 15. April 1893 zu Wiesbaden unter dem Präsidium des Herrn Immermann (Basel) statt.

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch den 12. April: Die Cholera. Referenten: Herr Rumpf (Hamburg) und Herr Gaffky (Giessen).

Am dritten Sitzungstage, Freitag den 14 April: Die traumatischen Neurosen. Referenten: Herr Strümpell (Erlangen) und Herr Wernicke (Breslau).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr v. Ziemssen (München): Ueber parenchymatöse Injektionen bei Tonsillen-Erkrankungen. — Herr Emmerich (München): Die Herstellung, Conservirung und Verwerthung des Immuntoxinproteïns (Immunproteïdins) zur Schutzimpfung und Heilung bei Infektionskrankheiten. — Herr Adamkiewicz (Krakau): Ueber den Krebs und seine Behandlung. — Herr v. Jaksch (Prag): Zur Chemie des Blutes. — Herr v. Mering (Halle): Ueber die Funktion des Magens. — Herr Fleiner (Heidelberg): Ueber die Behandlung einiger Reizerscheinungen und Blutungen des Magens. — Herr Pollatschek (Karlsbad): Haben die Karlsbader Wässer ekkoproktische Wirkung? — Herr Rosenfeld (Breslau): Ueber Phloridzinwirkung. — Herr Koeppe (Reiboldsgrün): Ueber Blutuntersuchungen im Gebirge.

Aerztliche Stellen.

Armenarztesstelle in Wien, II. Bezirk (Leopoldstadt), bis zur definitiven Regelung des gesammten Sanitätsdienstes der Stadt Wien provisorisch zu besetzen. Jährliche Remuneration 600 fl., 3 Quinquennalzulagen à 200 fl., Verpflichtung im II. Bezirke zu wohnen. Gesuche mit den Nachweisen des med. und chir. Doktorgrades und des Magist. der Geburtshilfe, bezw. des Doktorates der gesammten Heilkunde, über den Besitz der österr. Staatsbürgerschaft und über bisherige Verwendung sind längstens bis 26. Februar d. J. im Einreichungsprotokolle des Wiener Magistrates einzubringen.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 2 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Dr. Th. Trapesnikow: „Pomphigus vegetans jodicus." — Dr. Th. Trapesnikow: „Ueber die Behandlung des Ulcus molle mit Natrium sozojodolicum"; ferner neuere Arzneimittel, therapeutische Mittheilungen und Rezepte u. s. w., u. s. w.

ANZEIGEN.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse

VII. Jahrgang. **Wien, 19. Februar 1893** **Nr. 8.**

„**Internationale Klinische Rundschau**“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl., halbj 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber Tropacocaïn.

Von **Dr. Otto Seifert,**
Privatdozent an der Würzburger Universität.

Chadbourne[1]) berichtet über ein neues Coca-Präparat, das als Benzoyl-Pseudo-Tropeïn von Liebermann erkannt und der Kürze halber als Tropacocaïn bezeichnet wurde. Die Versuche mit dem leicht in Wasser löslichen salzsauren Tropacocaïn haben ergeben, dass dieses qualitativ dem Cocaïn in den Hauptpunkten gleichkommt, dass jedoch ein ganz wesentlicher Unterschied zwischen beiden Substanzen darin besteht, dass das Tropacocaïn sehr viel weniger giftig ist als das Cocaïn. Letzteres erscheint mindestens zweimal so giftig wie Tropacocaïn

Die anästhesirende Wirkung des Tropacocaïn wurde am Frosch- und Kaninchenauge geprüft. Chadbourne fand, dass vom Tropacocaïn schwächere Lösungen genügen, um eine vollständige Anästhesie zu erzeugen und dass bei gleicher Koncentration die Anästhesie beim Tropacocaïn viel früher auftritt und im Durchschnitt länger anhält als beim Cocaïn. Es zeigt sich öfters leichte Hyperämie. Ischiämie fehlt vollständig. Auch dadurch unterscheidet sich Tropacocaïn wesentlich vom Cocaïn, so dass Chadbourne das erstere zu den Anästheticis dolorosis hinzurechnet.

Mydriasis wurde in einigen Fällen beobachtet, ist aber nicht konstant.

Praktisch am Menschen geprüft wurde Tropacocaïn bisher nur in der Augenheilkunde Es schien dasselbe in den meisten Fällen ebenso gut, in einigen Fällen besser zu wirken als Cocaïn. Benützt wurde zu diesen Versuchen eine 3 perzentige Lösung. Die Lösungen sollen sich monatelang unzersetzt halten, nicht trübe werden und an Wirkung nicht verlieren.

Die chemische Fabrik Zimmer & Co. stellte mir in liebenswürdigster Weise eine Quantität Tropacocaïn zur Verfügung mit dem Bemerken, dass der Schmelzpunkt dieses Präparates bei 271 Grad C. liege. also genau der Angabe Liebermann's[2]) entsprechend und ein vollkommen reines Präparat darstelle. Da sich das natürliche Alkaloid sehr leicht in absoluter Reinheit herstellen lasse, so sei in der ausschliesslichen Anwendung des (noch dazu theuereren) synthetischen Präparates keinerlei Vortheil zu ersehen.

Da dem Cocaïn bei Individuen, welche eine Idiosynkrasie dagegen besitzen. eine Reihe von recht unangenehmen Nebenwirkungen zukommen, so würde ein Ersatz desselben insbesondere für die Rhinologie und Laryngologie sehr erwünscht sein. Da dem Tropacocaïn im Verhältniss zum Cocaïn eine um die Hälfte geringere Giftwirkung und eine schon in schwächeren Lösungen ausreichende Anästhesie zukommt, wie man letzteres aus den Beobachtungen in der Schweigger'schen Augenklinik annehmen darf, so konnte man hoffen, in dem Tropacocaïn einen ausreichenden Ersatz für das Cocaïn zu finden.

In erster Linie stellte ich eine Reihe von Versuchen bei gesunden Individuen mit 5 perzentiger Tropacocaïnlösung an. Diese brachte erst nach dreimaliger Applikation auf die Nasenschleimhaut Anästhesie hervor, aber in den meisten Fällen nur eine ganz geringe Abnahme des Volumens. Ischämie wurde ebensowenig beobachtet, wie in den Versuchen von Chadbourne, dagegen treten des öfteren leichte Reizungserscheinungen auf, bestehend in subjektivem Gefühl des Brennens und dem objektiven Nachweis von Hyperämie der mit der Lösung bepinselten Schleimhaut; 1—2 malige Bepinselung des Rachens und des Nasenrachenraumes bedingte ebenfalls Anästhesie, aber auch hier in einzelnen Fällen vorübergehende Hyperämie und Reizungserscheinungen. 1—2 malige Bepinselung des Kehlkopfes mit der gleichen Lösung brachte ebenfalls Anästhesie hervor, aber in einem Falle so heftige Reizungserscheinungen, bestehend in krampfhaften Hustenanfällen, dass ich für den Kehlkopf von vorneherein von weiteren Versuchen Abstand nehmen musste.

Bessere Erfolge auf die Nasen- und Rachenschleimhaut konnte ich auch nicht bei Benützung von 10 perzentiger Lösung

[1]) Therapeutische Monatshefte, 9, 1892.

[2]) Bericht der deutschen chem. Gesellschaft. XXIV, pag. 2338.

verzeichnen, insbesondere fehlte auch hier die Abnahme des Volumens der Schleimhaut.

Nach diesen Versuchen nahm ich eine Reihe von Operationen unter Tropacocaïnanästhesie vor. Bei hyperplastischer Rhinitis benützte ich bald eine 5perzentige bald eine 10perzentige Lösung, pinselte damit dreimal die erkrankten Schleimhautparthien und ätzte energisch mit Chromsäure. In keinem der Fälle verlief dieser Eingriff ganz schmerzlos, wie dies bei 1—2maliger Pinselung mit 10perzentiger Cocaïnlösung der Fall zu sein pflegte. Ebensowenig gelang es Abtragung von Polypen, Auskratzen von tuberkulösen Ulcerationen in der Nase weder nach Anwendung von 5perzentiger noch 10perzentiger Lösung schmerzlos vorzunehmen. Ganz ähnlich verhielt es sich bei Eingriffen im Nasenrachenraum. Aetzungen des Recessus medius bei Retronaselkatarrhen konnten nicht vollkommen schmerzlos ausgeführt werden.

Entsprechend dem geringen Einfluss auf die Gefässnerven war die Blutung im Gegensatz zu den Operationen unter Cocaïnanästhesie sofort eine heftige, so dass es auch bei ganz kleinen Operationen in der Nase nicht möglich war, sich direkt nach der Operation über das Resultat derselben Klarheit zu verschaffen. Fasse ich nun meine Erfahrungen über Tropacocaïn als Anästhetikum für die Rhinologie und Laryngologie zusammen, so komme ich zu folgenden Ergebnissen: Dass Cocaïnum muriaticum ein vortrelfliches Anästheticum für die gesammten Schleimhäute ist, das uns gestattet, eine Reihe von operativen Eingriffen in Nase, Nasenrachenraum und Kehlkopf auszuführen, kann nicht bestritten werden, dagegen haben wir oft genug Intoxikationserscheinungen zu vermerken. So unangenehm dieselben in einzelnen Falle sein mögen, werden sie doch bei vorsichtiger Anwendung des Cocaïns auf ein verhältnissmässig geringes Mass zurückzuführen sein. Dem gegenüber haben wir zwar in dem Tropacocaïn ein nahezu ungefährliches Anästheticum, das aber auch in der gleichen Concentration wie Cocaïn. muriat. nicht hinreicht, um operative Eingriffe vollkommen schmerzlos vornehmen zu können.

Für manche Fälle mag die Nachblutung nach Operationen unter Cocaïnanästhesie recht störend sein, im Allgemeinen ist uns aber die vasomotorische Wirkung des Cocaïns, welche uns gestattet, nach dem operativen Eingriff das Operationsgebiet noch zu übersehen, nur erwünscht. Im Gegensatz hiezu erschwert die sofort nach der Operation auftretende heftige Blutung bei Benützung der Tropacocaïnanästhesie sehr die exakte Durchführung von Operationen. Der Nachblutungen bei Cocaïnanästhesie kann man durch geeignete Tamponade mit Jodoformgaze leicht Herr werden, während die bei Tropacocaïnanästhesie nothwendige sofortige Tamponade beträchtlich stört. Noch ein Moment kommt hinzu. Wir bedürfen für Untersuchungen in der Nase häufig genug der Volumen vermindernden Eigenschaft eines Anästheticums, diese finden wir bei dem Cocaïn. muriat. ausgezeichnet hervortretend, während dieselbe dem Tropacocaïn vollständig abgeht.

Demnach wird die relative Ungiftigkeit des Tropacocaïns wenigstens für die Rhinologie und wohl auch für die Laryngologie durch eine so grosse Reihe von Nachtheilen aufgewogen, dass wir keinen Grund haben, an die Stelle des bewährten und nur nach einer Richtung hin unangenehmen Cocaïn. muriat. ein Präparat von zweifelhafter Güte zu setzen.

Damit dürfte für unser Gebiet über das Tropacocaïn der Stab gebrochen sein.

Das moderne Geschoss im Zukunftskriege.

Von **Dr. M. Kipper**, k. k. Regimentsarzt *).

Die Erfahrungen, welche bislang über die Wirkung des Geschosses aus dem kleinkalibrigen Gewehre gesammelt wurden, beschränken sich auf Schiessversuche, die mit demselben angestellt wurden, auf Unglücksfälle, auf absichtliche Verletzungen und Selbstmorde, sowie auf die Anwendung desselben zur Unterdrückung der Arbeiterrevolte in Bielitz und Umgebung im Jahre 1890 und die theilweise Verwendung desselben im jüngsten Bürgerkriege der argentinischen Republik. Wenn dieselben auch noch immer spärlich zu nennen sind, lassen sie doch trotzdem Schlussfolgerungen nicht nur in Hinsicht der differenten Wirkung des kleinkaliberigen Mannlichergeschosses, gegenüber den bisher gebräuchlichen, auf das Einzelindividuum, sondern auch in Hinsicht auf die grosse Tragweite und den Einfluss auf die Umgestaltung so mancher Verhältnisse in einem zukünftigen Kriege, heute schon ziehen. Es hiesse Eulen nach Athen tragen, wollte man noch viel über die immense Propulsivkraft der Mannlicherpatrone, insbesondere seit Verwendung des rauchschwachen Pulvers, über die möglichst geradlinige Flugbahn des Stahlmantelgeschosses, über dessen hiedurch gewonnene Treffsicherheit und Durchschlagskraft reden, so dass auf vormals ungeahnte Entfernungen noch tödtliche Verletzungen vorkommen und Deckungen, die früher vollkommen sicheren Schutz gewährten, sich als unzulänglich erweisen. Diese Thatsachen sind allgemein bekannt und dem Kombattanten geläufiger als dem Arzt. Die Resultate der stattgehabten Verletzung selbst aber, verdienen einer näheren Würdiguug unterzogen zu werden. Aus allen Berichten über angestellte Schiessversuche an Menschen- und Thierleichen und über Verletzungen an dem lebenden Menschen lässt sich mit zuverlässiger Gewissheit entnehmen, dass zunächst der Einschuss, sowohl bei Nah- als auch bei Fernschüssen ungleich geringer, scharfrandiger, die umgebende Haut viel weniger gequetscht und lädirt und auch die nächstangrenzenden Weichtheile weniger in das Bereich der Verwundung einbezogen sind, als man dies nach Verletzungen mit den alten Waffen zu sehen gewohnt war; desgleichen ist auch der Ausschuss in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur um ein Unbedeutendes über den Einschuss prävalirend. Aehnliche Effekte werden auch an den Organtheilen aufzufinden sein, welche den Wundkanal zusammensetzen: weniger weit reichende Quetschuug und Zertrümmerung der Weichtheile, mässigere Frakturirung und Splitterung der Knochen, schärfere Durchtrennung der Muskeln und insbesondere der Blutgefässe. Allerdings sind begrenzte Modifikationen je nach der Entfernung, aus welcher der Schuss traf und je nach der Körperstelle, welche getroffen wurde, auch bei der modernen Waffe unverkennbar.

Bei Schüssen durch den Schädel fallen die verhältnissmässig kleinen Ein- und Ausschussöffnungen in den Schädelknochen auf, aus welchen oft ziemlich weitreichende Knochensprünge nach der Peripherie auslaufen; Splitterfrakturen werden jedoch nur selten beobachtet. Desgleichen ist die Substanz des Gehirnes gewöhnlich nur in geringem Umkreise zermalmt und der nicht perforirte Gehirnlappen zumeist intakt. Gänzliche Zerschmetterungen des Schädels kommen nicht vor. Die Blutung ist wegen der schnittartigen Durchtrennung der Blutgefässe gewöhnlich eine vehemente.

Von Schüssen in den Hals weiss ich aus eigener Erfahrung über einen Fall zu berichten. Gelegentlich des Uebungsschiessens der Rekruten im Herbste 1891 entlud sich das Gewehr eines Rekruten, welches «bei Fuss» gehalten wurde, ob mangelhaften Verschlusses der Sperrklappe. Das Projektil streifte die Brust und drang durch den Schlitz des sternocleidomastoideus durch die rechte Seite des Halses; eine furibende Blutung setzte binnen Sekunden dem Leben ein Ziel. Die Obduktion ergab, dass aus der Carotis externa von der Aussenseite ein kreuzergrosses Stück der Arterienwand wie mit einem Locheisen herausgeschnitten war. Die übrigen Weichtheilverletzungen erwiesen sich als relativ recht geringfügig.

Lungenschüsse sind nicht jedesmal tödtlich; mitunter sind dieselben nur leichte Verletzungen. Wenn nicht gerade grössere Gefässe getroffen wurden, sind die Muskeln und elastischen Elemente der Lungensubstanz im Stande den Schusskanal so weit zu verengern und die Lumina der Gefässe zu abturiren, dass keine nennenswerthe Blutung aus denselben erfolgt und weil das Gewebe nur wenig lädirt, nicht in grösserer Ausdeh-

*) Vortrag, gehalten im 75. Landwehr-Bataillon, Radautz.

nung gequetscht ist, mithin auch der Mortifikation nicht anheim fällt, können solche Verletzungen oft schon in wenigen Tagen per primam zur Heilung gelangen. Bei Nahschüssen wird diese Eventualität allerdings kaum sich ereignen; aber auch bei denselben sind weit ausgreifende Vernichtungen der Lungensubstanz doch nicht zu gewärtigen.

Schüsse durch das Herz sind unter allen Umständen absolut tödtlich, weil eine Verblutung aus dem durchschossenen Herzmuskel unvermeidlich ist. Ein Korporal des 75. Landwehr-Bataillon hat im vergangenen Sommer in selbstmörderischer Absicht einen Schuss durch die linke Herzkammer abgefeuert. Der Tod war in wenigen Minuten eingetreten. Die linke Herzkammer war geborsten, die rechte jedoch intakt. Ein- und Ausschuss halbkreuzergross.

Schüsse in das Abdomen sind jedesmal ernster Natur und gestatten nur eine dubiose Prognose. Die Verletzungen können verschiedenartige Baucheingeweide betreffen und mannigfach komplicirt sein; Ergüsse von Blut, Sekreten und Darminhalt in das Peritoneum werden letzteres häufig zur Entzündung bringen und das Leben des Betroffenen im höchsten Maasse gefährden.

Bei Schüssen in die Extremitäten wird der Endeffekt sehr davon abhängen, ob das Geschoss noch seine volle Propulsivkraft besass, ob nur die Weichtheile oder auch die Knochen und letzterenfalls, ob die Diaphyse, oder Epiphysen und Condylen voll getroffen oder nur gestreift wurden. Weichtheilschüsse können, im Vergleich zu solchen Verletzungen mit den alten Gewehren, oft nur ganz leicht sein. So wurde vor 2 Jahren gelegentlich des feldmässigen Schiessens des 75. Landwehr-Bataillons weit hinter der Gemarkung des Schiessrayons auf gut 3 Kilometer Entfernung von einem das Ziel überfliegenden Projektile ein Mann in den Oberschenkel getroffen. Das Geschoss schlug beiläufig in der Mitte desselben an der Vorderfläche ein, ging rechts am Knochen vorbei und an der Hinterfläche hinaus. Ein- und Ausschuss waren wie mit einem scharfen Dolch in die Haut geschnitten, die Blutung beschränkte sich auf wenige Tropfen, der Verletzte blieb marschfähig, wurde in das Spital gebracht, verliess dasselbe aber schon nach wenigen Tagen im besten Wohlsein. Sind die langen Röhrenknochen voll getroffen, können sich ab und zu reine Lochschüsse ereignen; doch werden dieselben nur sehr selten aufzufinden sein, vielmehr fast jedesmal durch Sprünge in den Knochen komplicirt sein; ausgedehnte Splitterungen derselben jedoch viel seltener als früher entstehen. Die Verletzungen werden demnach auch leichter zur Verheilung gelangen und Amputationen seltener nöthig erscheinen, zumal auf Grund der antiseptischen Wundbehandlung das konservative Behandlungsverfahren in den meisten Fällen berechtigt sein wird. Wenn Arterien grösseren Kalibers an- oder durchgeschossen werden ist eine hartnäckigere und vehementere Blutung zu gewärtigen, welche rasches Eingreifen und mindestens ein solides sachverständiges Verbinden dringend erheischen wird. In den Epiphysen und Gelenksenden der Knochen werden ausgedehnte Frakturirungen zur Regel gehören. Gleich bei den ersten Schiessübungen, welche beim 75. Landwehr-Bataillon mit dem Mannlichergewehre angestellt wurden, geschah es, dass ein zielwärts durch 2 Kilometer entfernt weidendes Pferd in das linke Knie offenbar durch einen Geller getroffen wurde: Der Einschuss hatte die Form des der Länge nach aufschlagenden Geschosses und das deformirte Geschoss wurde in den zu zahllosen Stückchen zersplitterten Knochen, welche sich in der Haut, wie Nüsse in einem Sacke schütteln liessen, aufgefunden. Aehnliche Befunde wurden auch schon am Menschen konstatirt.

Aus dieser, wenn auch nur skizzenhaften Schilderung der Wirkung des Mannlichergeschosses auf das einzelne Individuum lässt sich ersehen, dass in einem zukünftigen Kriege die schweren, komplicirten, oft grässlichen und ganze Körpertheile destruirenden Verletzungen voraussichtlich viel seltener als bislang zu verzeichnen sein werden. Ziehen wir noch in Betracht, dass die Geschosse in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle nicht in den Organen stecken bleiben, sondern Kraft der ihnen innewohnenden Propulsivintensität die Körpertheile durchschlagen und wieder nach Aussen gelangen, dass die Kleidungsstücke des Soldaten für gewöhnlich einfach durchschnitten und höchst selten Mantel- und Tuchfetzen von dem Projektile in die Wundhöhlen hineingerissen werden und dort haften bleiben, dass das vormals unvermeidliche Sondiren, zum Auffinden der Fremdkörper in den gefetzten Wunden zumeist wird unterbleiben können und damit eine wesentliche Quelle der Wundinfection wird aufhören, dass die kleinen Ein- und Ausschussverletzungen, vermöge der erhalten gebliebenen elastischen Fasern der Haut, sich selbstthätig verkleinern und den Schusskanal obturiren und dass uns in den verfügbaren antiseptischen Verbandstoffen ein Mittel an die Hand gegeben ist, mit welchem auch der nur wenig geschulte Laie einen zweckentsprechenden Verband anzulegen im Stande sein wird, dann können wir wohl der Hoffnung Raum geben, dass tiefeingreifende Operationen auf dem Schlachtfelde oder dem Hilfsplatze fortan nur ausnahmsweise werden erforderlich sein. Wir müssen ja auch noch immer Verwundungen durch andere Geschosse, wie die der Artillerie und Verwundungen durch Hieb und Stich, Sturz und Schlag u. dgl. vor den Augen behalten, wenngleich dieselben, im Vergleiche zu den durch die Infanteriegeschosse hervorgerufenen relativ sehr in der Minderzahl bleiben werden. Bedenken wir, dass sich in einem Zukunftskriege die gesammte wehrfähige Bevölkerung der engagirten Reiche gegenüberstehen wird, dass Armeen mit einander ringen werden, welche der Grösse und Ausrüstung nach beispiellos in der Geschichte dastehen, dass die Anzahl der von dem einzelnen Soldaten abzugebenden Schüsse nur durch den Mangel an Munition begrenzt sein wird, dass das rauchschwache Pulver nur kurzweilige Unterbrechungen im Feuern erheischen wird, dass auf Distanzen, von welchen sich damals die kühnste Phantasie nichts träumen liess noch immer tödliche Schüsse vorkommen werden, und dass gegebenen Falles ein einzelnes Projektil mehrere hintereinander postirte Glieder wird niederstrecken können, dann lässt sich mit Leichtigkeit annähernd ein Schluss auf die Gesammtzahl der in einem künftigen Kriege zu gewärtigenden Verletzungen wagen. Ebenso leicht ist es aber auch hieraus die Behauptung zu folgern, dass die Anzahl der noch immer auf Grundlage der alten Verhältnisse den einzelnen Truppenkörpern zugetheilten Aerzte für die sich herausstellenden Bedürfnisse weitaus nicht zureichend sein wird. Nebst der voraussichtlich ganz erschrecklich hohen Verletzungsziffer wird nämlich auch noch ein weiterer Umstand die ärztliche Hilfeleistung ausserordentlich erschweren. Dadurch, dass die Geschosse einen so weiten Umkreis beherrschen, werden Sanitätspatrouillen nur unter dem Schutze zufällig vorhandener Deckungen bis in die Schlachtlinie vordringen können und auch dann noch viel häufiger als vordem, trotz Genfer Binde dem feindlichen Feuer zum Opfer fallen und es werden die Hilfsplätze viele Kilometer hinter den Kämpfern etablirt werden müssen. Allzuoft mögen dem vorhin Gesagten zufolge die Aerzte und Sanitätspatrouillen den Weg hin und wieder kaum durchschreiten, bei allem Pflichtgefühl und dem besten Willen, auch mit dem schwersten Opfer, den Verwundeten Hilfe zu bringen.

Der Soldat soll jedoch nicht in die Schlacht ziehen, ohne die Gewissheit mitzunehmen, dass, wenn er vom Geschicke ereilt und durch eine feindliche Kugel niedergestreckt wird, auch sofort Hilfe ihm zu Theil werde und nach Möglichkeit das entschwindende Leben ihm gebannt werde. Und rasche, sofortige Hilfe wird dringend geboten sein, weil eben die blutenden Gefässe nicht so leicht als früher sich von selbst schliessen können, mithin der Verblutungstod ungleich häufiger eintreten kann. Thatsächlich bestätigen die bislang gemachten Erfahrungen diese These. In der Eingangs bezogenen Arbeiterrevolte in Bielitz, sowie in dem argentinischen Bürgerkriege war die Mortalität der Verletzten eine ganz ungewöhnlich hohe. Dieselbe gibt uns einen Fingerzeig, heute schon daran zu denken, wie wir solcher Eventualität zu begegnen hätten. Da wir aber auch die Unzulänglichkeit des Sanitätspersonales in

einem bevorstehenden Ernstfalle nicht von uns weisen können, bleibt uns nichts Anderes übrig, als das Augenmerk auf die Selbsthilfe zu lenken. Was ist auch dieselbe für den Krieg, ich möchte sagen, in nuce, bereits vorgesehen; manches Desiderium lässt sich aber noch daran knüpfen. Das in der «linken Hosentasche» zu tragende Verbandpäckchen, welches gleichzeitig mit der Ausrüstung an den Mann hinausgegeben wird, ist ein Nothbehelf schlimmster Sorte. Denke man doch an die lange vorher mit flüchtigen Heilkörpern vorbereiteten antiseptischen Verbandstoffe in demselben, an den Platz, welcher demselben bei dem überhaupt nicht wenig schwitzenden Soldaten angewiesen wurde und an die Zeitdauer, durch welche dasselbe wahrscheinlich mit diversen anderen Gegenständen gleichzeitig bis zur Verwendung getragen wird; viel antiseptische Kraft mag demselben nicht mehr innewohnen, hingegen dürfte es desto reichlicher mit Infektionskeimen imprägnirt sein. Wohl ist das Ideal der heutigen Chirurgie nicht mehr die Antiseptik, sondern die Aseptik; letztere jedoch dürfte für alle Zeiten für die Chirurgie am Schlachtfelde nur ein frommer Wunsch bleiben. Die Körperpflege und die Reinhaltung der Haut ist für den Soldaten im Feldlager ein Ding der Unmöglichkeit. Nicht einmal die Projektile werden durch mögliche Erhitzung im Gewehrlaufe und Rotation in der Flugbahn aseptisch, wie dies Schiessversuche von Dr. HABART auf sterilisirte Büchsen zur apodiktischen Gewissheit erhoben. Deshalb können wir der antiseptischen Verbandstoffe am Schlachtfelde nicht entbehren. Dieselben müssen im Momente des Bedarfes in tadelloser Qualität und genügender Quantität zur Stelle sein. Ich sehe in der gleichzeitigen Benützung der Munitionswägen, welche in Hinkunft, für jede Kompagnie ein Wagen, eingeführt werden sollen, zur Verpackung des für eine Kompagnie erforderlichen Verbandmateriales, die Möglichkeit, diesem Postulate Genüge zu leisten. Mag nicht nur der Kriegsgott allein auf dem Munitionswagen thronen, sondern auch dem Friedensengel, der Humanität, ein bescheidenes Plätzchen eingeräumt werden. Der in Anspruch zu nehmende Raum, welcher isolirt sein musste, ist kein übergrosser und die Mehrbelastung irrelevant. Gleichzeitig mit der Munition müsste im entscheidenden Augenblicke auch das Verbandzeug jedem Soldaten in die Hand gegeben werden Und damit auch zweckentsprechender Gebrauch von demselben gemacht werden könnte, müsste schon im Frieden nicht nur die Sanitätsmannschaft, sondern jeder einzelne Soldat in wöchentlichen Unterrichtstunden theoretisch und praktisch mit den Grundzügen der Hygiene, des Körperbaues und der ersten Hilfeleistung, besonders der Verbandtecknik vertraut gemacht werden, so dass den ersten, und sicherlich oftmals auch lebensrettenden Verband, wenn auch nicht immer kunstgerecht, so doch jedesmal zweckerfüllend, jeder Soldat sich selbst oder seinem Nebenmanne anzulegen im Stande sei. Dem Sanitätspersonale erübrige die Nachschau, der Rücktransport der Verwundeten und die Vornahme der dringendsten Operationen.

Die intra-thoracische Auskultation.

Von **B. W. Richardson.***)

Obschon dem Referenten der weite Ausblick in das Gebiet der physikalischen Diagnostik, welchen nach des Entdeckers Ausspruch dessen novum inventum eröffnet, nicht ersichtlich ist, hält er doch die intra-thoracische Auskultation für eine höchst werthvolle Bereicherung der Behelfe unserer physikalischen Diagnostik, die er im Sinne ihres Erfinders behufs weiterer Ausbildung mitzutheilen wohl nicht unterlassen darf.

Eine mittelstarke Magensonde mit etwa einem bis drei Zoll weit von einander entfernten seitlichen Oeffnungen, ein Doppelstethoskop, das in einen schrägen Schlitz am freien Ende der Sonde eingefügt ist, bilden das Instrument für die intra thoracische Auskultation. Will man das Herz auskultiren, so schiebt man die Sonde in die Speiseröhre bis zur Herzgegend vor, der Art, dass die Seitenöffnung, der dem Herzen proximalen Stelle der Oesophaguswandung apponirt ist. In diesem Falle kann man nach RICHARDSON beide Herztöne vollkommen distinkt hören, allerdings nicht so scharf begrenzt wie bei der gewöhnlichen Auskultation, sondern dumpfer (duller), wie wenn sie der Resonanz ermangelten, welche die über der Brusthöhle ausgespannte Pleura (?) erzeugt. Durch mässiges Vorschieben oder Zurückziehen der Sonde gelingt es den ersten Herzton gesondert vom zweiten, und vice-versa umgekehrt zu hören. Hält die Sonde in der Mitte zwischen beiden Punkten, kann man die beiden Herztöne nicht scharf von einander unterscheiden. RICHARDSON konnte die Herzschläge vom Cavum des Thorax aus zählen, und die Schlagfolge, beziehungsweise die Pause vollkommen genau wahrnehmen. Seine Voraussetzung, beim Zurückziehen der Sonde das vesiculäre Athemgeräusch hören zu können, fand er nicht bestätigt, nur bei tiefem Inspirium konnte er ein ähnliches Athemgeräusch vernehmen wie beim gewöhnlichen Auskultiren. RICHARDSON erklärt, dass die neue Auskultationsmethode, von der er nur einige grundlegende Versuche mitzutheilen in der Lage sei, in extensiver Weise die Auskultation der inneren Organe im Innern des Körpers ermöglicht. Er bespricht zuerst die Untersuchungsweise, sowie das Gebiet auf dem die intra-thoracische Auscultation verwerthet werden kann; markirt die Grenzen derselben, beziehungsweise die Hindernisse, die ihrer Anwendung im Wege stehen; kennzeichnet den Weg auf dem sie vervollkommnet, zu einer bequemen, verlässlichen und im weitesten Sinne des Wortes nützlichen Untersuchungsmethode ausgebildet werden könne.

Was nun den ersten Punkt betrifft, so erweist sich nach RICHARDSON die intra-thoracische Auskultation nützlich in der Diagnose der Verengung der Speiseröhre. Durch sie (das Reibungsgeräusch) wird das, durch das Tastgefühl gewonnene diagnostische Resultat affirmirt oder korrigirt. Ein Vorzug derselben ist, dass die Diagnose sehr früh gestellt, und daher mittelst der Dilatation noch ein guter Erfolg erzielt werden kann.

Weiters ist die neue Auskultationsmethode ein wichtiger diagnostischer Behelf in krankhaften Zuständen des **Magens** selbst. RICHARDSON hält es für sicher und zwar nach den Schallphänomenen, die er von der Magenhöhle aus vernahm, dass in dieser physikalisch-chemische Prozesse vor sich gehen, die zu in ihrem Charakter distinktiven Gährungen führen. Es ist höchst wahrscheinlich, dass die Schalldifferenzen im Magen, an speziellen Gährungsvorgängen gebunden sind. (It is most probable there are differences of sounds connected with **special fermentations**), dass die Forschung und das Experiment es ermöglichen werden, diese Differenzen durch die Auskultation zu unterscheiden. Referent kann, ohne in eine physikalische Erörterung einzugehen, die Bemerkung nicht unterlassen, dass wenn RICHARDSON in der Akustik seines berühmten Landsmannes Lord RALEIGH Umschau gehalten hätte, er diese These nicht aufgestellt haben würde. Es ist eine Entschuldigung, dass der Autor unmittelbar an dieselbe die Bemerkung knüpft, es sei hier ein offenes Feld für die Forschung, das zu betreten er ausser Stande sei. Um auf den Magen zurück zu kommen, so erzeugen dessen Bewegungen Geräusche, die nach RICHARDSON eine Deutung zulassen. Ein gesunder Magen erzeugt vielleicht keinen, oder einen ganz bestimmten Schall, wenn er mit Speisen gefüllt ist, und andere Geräusche während der verschiedenen Phasen der Verdauung. Es bleibt all' dies noch zu untersuchen und dürfte von besonderem Interesse sein. Ebenso gewiss ist, dass in krankhaften Zuständen des Magens eine Reihe von pathognostischen Erscheinungen noch zu erforschen sind, die nicht blos von den im Gange befindlichen Fermentationsprozessen, sondern von den Veränderungen der Magenwandungen und der Kontraktion der letzteren herrühren. Magenkrebs wird leicht durch Auskultation zu diagnostiziren sein. Durch die Magenhöhlenauskultation werde eine viel sicherere

*) Referent ist erst nach Uebergabe des vorliegenden Berichtes an die Redaktion zur Kenntniss der Mittheilung HOFFMANN's (Centralblatt für klin. Med. 3. Dez. 1892) gelangt, dass er die intra-thoracische Auskultation im Jahre 1891 geübt hätte. Um dem geschichtlichen Moment nach Thunlichkeit zu genügen, sei hier erwähnt, dass RICHARDSON in seinem in der Med. Society of London am 31. Oktober 1892 gehaltenen Vortrag bezüglich der intra-thoracischen Auskultation bemerkt «an idea which I had once before in mind but had not before acted upon, suddenly occuredto me. Why not auscultate through theexploring tube?»

Diagnose pulsirender Abdominaltumoren zu stellen sein, als dies derzeit der Fall ist, und die seit HARVEY bis heute eine Quelle diagnostischer Irrthümer bildeten. Mittelst der neuen Auskultation von der Magenhöhle aus, wird man das Geräusch einer (Abdominal-) Arterie viel leichter hören, indem der Druck, welcher die Diagnose an sich schon erschwert, ausfällt.

Ein weiterer Vortheil der intra-thoracischen Auskultation ist die von RICHARDSON bereits gemachte Beobachtung, dass mittelst dieser die Herztöne noch unter Umständen gehört werden können, wo sie bei der gewöhnlichen nicht hörbar sind. So bei extremschwacher Herzaktion, bei Collaps, wo der Arzt im Zweifel ist, ob das Individuum noch lebt, oder verstorben sei. In der intra-thoracischen Auskultation besitzen wir einen Behelf, um sofort zu entscheiden, ob das Herz noch thätig sei, oder nicht. Bei akutem Collaps oder Chloroformtod vermögen wir nicht blos eine sichere Diagnose zu stellen, sondern befinden uns, durch unsere Manipulation mitwegs das Leben zu erwecken. Durch die Magensonde können wir, wenn dies erforderlich, nach Beseitigung des Stethoskops, heisses ozonisirtes Wasser in den Magen injiziren, oder wenn wir darauf eingeübt sind, das rechte Herz direkt faradisiren.

Mittelst der intra-thoracischen Auskultation vermögen wir Herzkrankheiten, Aneurysmen der Arterien der Brusthöhle, durch Aneurysmen bedingte Verengung der Speiseröhre frühzeitig zu diagnostiziren, da bei der gewöhnlichen Auskultation das schwache Aneurysmageräusch nicht bis zum Ohr dringt. Ein Auskultator hört zufällig das Geräusch, ein zweiter nicht, und so kommt es zu einem Widerspruch zwischen den besten Diagnostikern. Bei der endothoracischen Auskultation ist diese Schwierigkeit behoben; die Pulsation gelangt hier zur unmittelbaren Wahrnehmung; die Stelle des Aneurysmadruckes kann vollkommen genau ermittelt werden; wir können eine pulsirende Striktur behorchen. Bei Herzkrankheiten wird man durch die intra-thoracische Auskultation zwischen Hypertrophie und Dilatation unterscheiden können; über Gerinnungen im rechten Ventrikel Aufschluss erhalten; die Differentialdiagnose zwischen Klappenaffektionen des linken und rechten Herzens wird absolut sicher sein, sobald wir über die charakteristischen Merkmale der intra-thoracischen Auskultationserscheinungen hinreichende Kenntniss erlangt haben werden, nämlich die Unterscheidung des ersten vom zweiten Ton in allen Fällen, die Differenzen der Töne bei der intra- und extra-thoracischen Auskultation werden kennen gelernt haben. Die endo-thoracische Auskultation macht eine viel sicherere und promptere Unterscheidung zwischen perikardialem und endokardialem Geräusch, ferner zwischen ersterem und pleuritischem Reiben möglich. RICHARDSON muss die intra-thoracische Auskultation der Lunge und des Pharynx Mangels eingehender Studien unerörtert lassen, verweist jedoch darauf, dass insbesondere der Pharynx der Exploration leicht zugänglich ist, und daher zur Auskultation besser benutzt werden kann, als die unteren Partien des Oesophagus. Vom Pharynx aus können die Lungenspitzen, der Kehlkopf, die Luftröhre bis zur Bifurkation leicht auskultirt werden. Die Untersuchung der erwähnten Organe wird, sobald die erforderlichen Instrumente konstruirt sind, keiner Schwierigkeit unterliegen. Man wird in letzteren Behelfe haben, um Veränderungen der Lungenspitzen, Geräusche in der Subclavia, der Innominata, der Carotis, Verengung des Larynx und der Trachea zu diagnostiziren. Nachdem RICHARDSON den Nutzen der intra-thoracischen Auskultation dargelegt, markirt er die Grenzen, welche ihr gezogen sind, beziehungsweise die Hindernisse, die ihr im Wege stehen. Vor Allem erklärt er es für selbstverständlich, dass die intra-thoracische Auskultation zu unterlassen sei, wo auf dem Wege der gewöhnlichen, die Diagnose völlig klar gestellt sei. Sie habe ferner zu unterbleiben in allen Fällen, wo die Sonde von den Patienten nicht vertragen wird, und es überhaupt nicht rathsam erscheint, den Patienten einer Sondirung zu unterziehen.

So musste RICHARDSON bei einem Kranken, bei dem er ein Aneurysma vermuthete, die intra-thoracische Auskultation demnach sehr wünschenswerth erschien, dieselbe unterbrechen, beziehungsweise die Sonde in Folge äusserst heftigen Würgens und Brechreizung aus dem Oesophagus zurückziehen. Ungeachtet dessen gelang es ihm ein Geräusch, das der linken Subclavia oder dem Anfangsstück der Carotis entstammte, zu vernehmen. Weiters darf bei Individuen, die mit sogenanntem irritable stomach, oder Hämoptöe behaftet sind, die intra-thoracische Auskultation nicht vorgenommen werden.

Anlangend den dritten Punkt, so bietet sich dem Experimente ein weites Feld. RICHARDSON hat seine Untersuchungen mit der gewöhnlichen elastischen Oesophagealsonde begonnen, und er hält solche mit weiter seitlicher Oeffnung und mittleren Kalibers derzeit noch für die zweckmässigsten. Er benützt auch Sonden mit mehreren etwa einen (engl.) Zoll weit entfernten seitlichen Oeffnungen. Diese sind wegen der Schallleitung unentbehrlich. KROHNE und SESEMANN haben aus verschiedenem Material, auch aus geschmeidigem Metall Sonden, die für manche Verhältnisse passen, konstruirt. So einfach die Invention erscheint, so ist doch derzeit ein allen Anforderungen entsprechendes Instrument noch nicht konstruirt.

(Lancet Nov. 5. 1892.) *Lg.*

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 10. Februar 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Dr. Winter: *Demonstration eines Falles von bilateraler Luxation der Halswirbelsäule nach vorne.*

Ein 5jähriger Knabe wurde von einem Manne im Scherze an beiden Ohren gepackt und gerüttelt, wobei der Knabe zur Erde fiel. Infolge dessen äusserte das Kind heftige Schmerzen und musste den Kopf fixirt halten. Hals steif, bei der geringsten Bewegung Schmerzen. Der Dornfortsatz des vierten Halswirbels zeigt eine tiefe Stufe, vom Pharynx aus keine Prominenz zu konstatiren. Beim Mechanismus dieser bilateralen Luxation nach vorne wirkten jedenfalls 3 Momente mit: die Suspension der Halswirbelsäule, die Hyperflexion und die Rotationsbewegung, durch deren Nachahmung Vortragender die Reposition versuchen will.

KUNDRAT bemerkt, dass sehr viel Muth dazu gehört, hier die Reposition vorzunehmen, da dieselbe gefährlich sei. Man könne nicht wissen, ob nicht eine Lockerung der Bandscheiben hier vorhanden ist, welche dann zu einer Rückenmarksquetschung führen kann.

WINTER erwidert, dass die in der Literatur verzeichneten Fälle zur Reposition ermuntern. Es seien schon schwerere Fälle von Luxation der Halswirbelsäule eingerichtet worden und etwa eingetretene Lähmungen seien stets zurückgegangen. Würde man den Fall sich selbst überlassen, so müsste es zu einer Ankylose kommen. Er werde daher die Reposition vorzunehmen wagen.

* * *

Prof. Weinlechner: *Ein durch hohen Blasenschnitt geheilter Fall von Vesico-Uterinalfistel.*

TRENDELENBURG hat eine Methode empfohlen, um Blasen-Scheidenfisteln, wenn man denselben von der Scheide nicht beikommen kann, zu operiren. WEINLECHNER hat nun diese Methode bei einer Patientin mit einer hochgelegenen Vesico-Uterinalfistel angewendet, welche dieselbe nach einer schweren Zangengeburt acquirirt hatte u. zw. wandte er den hohen Blasenschnitt an, bei dem sich ihm die zum Griffe spitzwinkelig stehenden Spateln von grossem Vortheile erwiesen. Die Blase wurde bis auf eine kleine Lücke, welche drainirt wurde, genäht. Heilung per primam. Vortragender legt grosses Gewicht auf die Vereinigung des Recti, um eine Bauchwandhernie zu verhüten. Die Vereinigung der Blase wird mit Katgut vorgenommen, da sich bei anderen Stoffen leicht Blasensteine bilden können. Die Drainage der Blase hält WEINLECHNER für entbehrlich und schlägt vor, dieselbe durch Etagennähte zur Vereinigung zu bringen, sowie die Drainage nur auf den provesicalen Raum zu beschränken und einen Verweilkatheter bis zur vollkommenen Heilung liegen zu lassen. Gibt man sich Mühe beim Nähen der Blase, so lässt sich die prima intentio leicht erreichen.

DITTEL bemerkt, dass die von TRENDELENBURG publicirten zwei Fälle eine fast 8monatliche Nachbehandlung gebraucht haben,

was in der queren Eröffnung der Blase seinen Grund hat. Vortragender hat in weit mehr als 100 Fällen, sowohl wegen Stein, als auch wegen Tumoren den hohen Blasenschnitt ausgeführt und ist stets mit dem Längsschnitt ausgekommen. Wo dieser nicht ausreichte, hat DITTEL subkutane quere Durchtrennungen vorgenommen. Besondere Dienste leisteten ihm seine selbst konstruirten breiten Spatel, welche viel Licht und Raum bieten. Der von WEINLECHNER demonstrirte Fall sei der schönste in der Literatur. DITTEL spricht sich für die Drainage der Blase aus. Eine prima intentio ist nur bei sehr starker Muskulatur und wenn man die Wundränder breit fasst, zu erzielen. Die vollsändige Naht der Bauchdecken ist nicht zu empfehlen, da man nicht wissen kann, ob nicht im Cavum Retzii Infektionserreger zurückgeblieben sind.

WEINLECHNER bemerkt, dass ein grosser Unterschied darin bestehe, ob man den hohen Blasenschnitt bei Frauen oder Männern mache, da bei Letzteren leichter durch den Verweilkatheter Decubitus erzeugt werden kann.

* * *

***Prof. Kolisko:** Demonstration eines Kugelthrombus im Herzen.*

Eine 46jährige Frau aus der Abtheilung des Primarius REDTENBACHER kam zur Sektion und zeigte eine hochgradige spaltförmige Mitralstenose, sehr kleinen linken Ventrikel, den linken Vorhof mannsfaustgross, in demselben einen vollkommenen kugelrunden, braunen, weichen und glatten Thrombus, welcher an seiner Oberfläche mit Fibrinzäpfchen belegt war und einen Durchmesser von $3^1/_2$ *cm* hatte. Ein zweiter wandständiger Thrombus ragte in das Ostium hinein. Der Kugelthrombus entsteht dadurch, dass ein wandständiger Thrombus losgelöst wird; kann derselbe wegen seiner Grösse nicht in den Ventrikel gelangen, so bleibt er im Vorhofe, wo es zu einer gleichmässigen Ablagerung von Fibrin an demselben kommt. Die Ablagerung ist eine gleichmässige in Folge der beständigen rotirenden Bewegung des Thrombus, welche wieder durch das Zusammenwirken der verschiedenen Blutströme bewirkt wird. Der Kugelthrombus ist von der Schwerkraft unabhängig, indem sein Inneres zu einem spezifisch leichten Fettbrei erweicht. Für das Leben des Individuums hat der Kugelthrombus keine grosse Bedeutung, da er das elliptisch verengte Ostium zu verschliessen, nicht im Stande ist; wohl aber ist er eine interessante pathologische Rarität.

* * *

***Dr. Kretz:** Ein seltener Fall von multipler Neubildung.*

Multiple primäre Neubildungen bei einem Individuum sind sehr seltene Erscheinungen und lassen sich in zwei Gruppen bringen.

A. Neubildungen gleicher Natur.

B. Geschwülste von verschiedenem histologischem Baue.

a) Kombination von benignen und malignen Tumoren.

b) Kombination von verschiedenen malignen Tumoren.

Vortragender demonstrirt nun ein sehr seltenes Präparat, welches einem 46jährigen Mann entstammt, der ein Endotheliom der Dura mater und einen Plattenepithelkrebs des Oesophagus hatte. Besonders interessant gestaltet sich das rechte Femur, an welchem sich je eine Metastase beider Tumoren vorfindet, u. zw. hat eine mannsfaustgrosse Geschwulst im oberen Drittel dieselbe Struktur wie die im Oesophagus, eine zweite im unteren Drittheile befindliche, nussgrosse, die Corticalis vollständig durchbrechende Geschwulst zeigt dieselben Charaktere, wie die Geschwulst der Dura mater. Es ist dies eine bis jetzt noch nicht beschriebene seltene Kombination von Metastasen verschiedener Geschwülste an demselben Organe bei einem und demselben Individuum.

* * *

***Dozent Dr. v. Hacker:** Ueber zwei neue Verfahren zur lokalen Anästhesie. (Schleich's Infiltrationsanästhesie, Zerstäubung von Aethylchlorid).*

Der Vortragende bespricht zuerst die Verbreitung, welche das von KOLLER in die Augenheilkunde eingeführte Cocain alsbald genommen hat, sowie die mannigfaltige Anwendbarkeit desselben; so dass man sagen könne, dass dasselbe heute den Chirurgen Gynäkologen und Dermatologen ebenso unentbehrlich sei, wie den Ophthalmologen, Laryngologen etc. Man sei aber, namentlich bei der subkutanen und intrakutanen Injektion von Cocainlösungen, wie sie zu chirurgischen Zwecken, meist mit 4- oder 5%iger Lösung ausgeführt werden, nie vor der unangenehmen Ueberraschung einer etwa länger dauernden Cocainvergiftung mit ihren Erscheinungen sicher. SCHLEICH's Verfahren, dessen Wesen und Ausführung genau besprochen wird, habe den Vortheil, dass man viele PRAVAZ'sche Spritzen der Lösung injiciren könne, ohne im mindesten eine Intoxikation fürchten zu müssen. v. HACKER hat eine Lösung zu seinen Versuchen verwendet, die $^1/_{10}$% Cocain und $^2/_{10}$% Chlornatrium enthielt (Aqu. destill. = 100, Cocain = 0·1, Chlornatrium 0·2). Es war damit möglich kleinere Operationen bei vollkommener Anästhesie mit Injektion von $^1/_2$ bis 10 PRAVAZ'schen Spritzen auszuführen, so Entfernung einer Nadel unter dem Nagel, die Operation des Unguis incarnatus, Exstirpation von Atheromen etc., Operation der Phimose, Exstirpation von Lippenepitheliom mit Verschiebung des Lippenrothes, Kauterisation eines Angioms, Excision eines Stückes des Präputium wegen Ulcus etc. etc.

Um Anästhesie zu erzeugen, muss soviel injicirt werden, dass dadurch in der Cutis eine weisse erhabene Quaddel, im subkutanen Gewebe eine Art Beule entsteht und das Gewebe gleichsam ödematös infiltrirt erscheint. Auf die Heilung per primam hatte das keinerlei störenden Einfluss. Keine vollkommene Anästhesie wurde bei Incision wegen zwei vom Knochen ausgehenden Eiterungsprozessen erzielt (Periostitis des Oberkiefers, Panaritium ossale); es muss eben das Gewebe, das anästhetisch werden soll, ganz infiltrirt werden können.

Bei grösseren Operationen ist es sehr umständlich und kaum durchführbar, das ganze Operationsgebiet zu infiltriren, auch ist das Oedem der Gewebe störend, wenn man Gewebsdifferenzen unterscheiden will. SCHLEICH ist entschieden zu weit gegangen, wenn er das Verfahren als gleichsam mit der allgemeinen Narkose in Konkurrenz tretend hinstellte.

Dr. v. HACKER bespricht hierauf die lokale Anästhesie durch Zerstäubung von Aethylchlorid, die sich für oberflächlichere Eingriffe eignet. Die Kältewirkung, um die es sich hier handelt, ist analog der bei Zerstäubung von Hydromiläther etc. Das Mittel ist für kleinere Operationen namentlich zur Anästhesie bei den so überaus schmerzhaften Entzündungs- und Eiterungsprozessen an den Fingern, besonders an den Nagelgliedern, zur Eröffnung von Furunkeln, Incision des Anthrax, Operation des eingewachsenen Nagels u. dgl. sehr zu empfehlen. Ausserdem hat der Vortragende Versuche angestellt, durch Zerstäubung des Mittels auf die äussere Haut, auf darunter liegende sensible Nerven und ihr Ausbreitungsgebiet anästhesirend einzuwirken. In zwei Fällen von Neuralgie (Trigeminus, Ischiadicus) wurde durch mehrmalige Applikation wesentliche Besserung erreicht. Ueberraschend war es, dass nach Zerstäubung des Aethylchlorid von aussen auf die Haut und die darunter liegenden Kieferwandungen in einer ziemlich grossen Zahl von Fällen Zahnextraktionen vollständig schmerzlos ausgeführt werden konnten. Es war jedoch dieser Erfolg kein konstanter. v. HACKER glaubt, dass die mitgetheilten Beobachtungen auffordern, über die Verwerthbarkeit der beiden neuen Verfahren zur Erzielung einer lokalen Anästhesie noch weitere Versuche anzustellen.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 1. Februar 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

***Dr. S. Goldstern:** Demonstration eines Falles von Endarteritis obliterans.*

GOLDSTERN stellt im Auftrage des Herrn Prof. BENEDIKT einen Fall von vasomotorischen und trophischen Störungen vor, der in diagnostischer Beziehung vielseitiges Interesse bietet. Patientin 40 Jahre alt, hat vor 16 Jahren am Zeigefinger der linken Hand nach einem Trauma an einem Panaritium osseum gelitten, dessen Heilung 21 Wochen in Anspruch nahm. Vor 12 Jahren

heirathete sie. In den ersten 5 Jahren macht sie 6 Abortus durch und brachte auf die Welt unreife 3—5 monatliche Früchte. Ihr Mann hat 5 Jahre vor seiner Verheirathung, während seines Militärdienstes eine Lues acquirirt. Im Anschlusse an den ersten Abortus hat die Patientin an einem Puerperalfieber, rechtsseitiger Brust- uud Bauchfellentzündung gelitten.

Die linke Hand hat die Patientin immer gut gebrauchen können. Paraesthesien waren nie vorhanden. Zeitweise traten nur vasomotorische Störungen am linken Zeigefinger allein auf (Blaufärbung desselben). Ende Dezember vorigen Jahres bemerkte Patientin, dass unter intensiven brennenden Schmerzen die Fingerkuppe des linken Ringfingers, linsengrosse braunrothe Flecke zeigte, die zusammenflossen, sich weiter nach unten ausbreiteten, die End- und II. Phalange einnahmen, um den Nagel wurde später die Färbung schiefergrau-blass violett, die Volarseite zeigte hingegen eine blutrothe Verfärbung. In späterer Folge traten gleiche vasomotorische Störungen an den Endphalangen, des Kleinen Mittelfingers und dem Daumens auf. Schmerzen kontinuirlich, die zeitweise zu intensiven Schmerzparoxysmen sich steigern, die die Patientin mit der Empfindung vergleicht «als ob die Hand zwischen zwei weissglühende Eisenplatten» gelegen wäre. Die Schmerzen beginnen gewöhnlich in den Fingerkuppen und breiten sich gegen den Oberarm aus. Sehr bedeutende Hyperalgien bei der geringsten Berührung. Alle Armnerven, sowie der Plexus brachialis waren noch vor einer Woche sehr druckempfindlich, gegenwärtig die Druckempfindlichkeit geringer.

Status präsens: Innere Organe normal. Halswirbelsäule nicht druckempfindlich. Linker Arm schwächer und mägerer als der rechte. Bedeutende Atrophie des linken Thenar und Antithenars. Die Tast- und Temperaturempfindlichkeit an den Fingerkuppen hat abgenommen; leichtes Streichen fühlt die Patientin nicht deutlich, hingegen die Empfindlichkeit sonst in gleicher Weise vorhanden. Andrücken einer Nadel löst einen intensiven Schmerzanfall aus. Die Armarterien (Radialis, Brachialis und Axillaris) weder fühlbar noch tastbar. Bei cirkulärer Kompression des Oberarmes, raschere Anschwellung der Hautvenen links als rechts.

Das ganze Nerven- und Gefässgeflecht im Sulcus brachialis und der Plex. brachialis, fühlen sich links viel dicker als rechts an.

Auf Anrathen von Prof. Basch wurde versuchsweise einige Male Amylnitrit eingeathmet, der Puls war aber nie fühlbar, weder Albumen, noch Zucker im Harn. Blutuntersuchung: geringe Leukocytose.

Ein Aneurysma, eine Thrombose und Embolie auf Grund der anamnestischen Daten, sowie des sonstigen Befundes — sicher auszuschliessen. Es kam im ganzen Krankheitsverlaufe nie zu akuten und ausgebreiteten Circulationsstörungen. Gegen eine beginnende Gangräna senilis spricht die Abwesenheit einer Arteriensklerose, jedweder Circulationsstörungen an den unteren Extremitäten, die lauten, nicht klingenden Herztöne, der sonst überall normale Spannung zeigende Puls u. dergl. mehr. Ungeachtet der Intensität der trophischen Störungen, die schon an den Fingerkuppen das Initialstadium einer auftretenden Spontangangräne anzeigen, der damit verbundenen Schmerzen, des zweifellos vorhandenen neuritischen Prozesses am ganzen Nervengeflecht des Armes, ist eine symmetrisches Gangrän auf Grund des bisherigen Krankheitsverlaufes auszuschliessen. Der Mangel jedweder vasomotorischen Störung, der Beginn der Erkrankung und der langsame Verlauf der trophischen Störungen, die sich von Fleck zu Fleck weiter ausbreiten, ohne das Bereich der ganzen Hand einzunehmen, die fehlende Erkrankung an anderen symmetrischen Körperstellen, sind alles gewichtige Momente, die gegen eine symmetrische Gangrän sprechen.

Gegen eine Neuritis ascendes vom Trauma ausgehend, spricht die Abwesenheit von Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit und der Krankheitsverlauf.

Vortragender glaubt auf Grund der anamnestischen Daten, des Befundes und der Beobachtung des Krankheitsverlaufes die Diagnose einer Endarteritis obliterans auf luetischer Basis stellen zu dürfen. Der fehlende Puls, sowie die eingetretenen vasomotorischen und trophischen Störungen würden dadurch ihre Erklärung finden. Den langsamen Verlauf, das Auftreten von kleinen capillaren Stasen, die sich dann ausbreiten, die Empfindlichkeit der Nervenstränge, Verdickung derselben finden sich auch in anderen bisher beschriebenen Fällen von Endarteritis obliterans, besonders in demjenigen von Winiwarter (beschrieben in Langenbeck's Archiv, B. 23, Jahr 1879). Winiwarter zeigt durch genaue pathologisch-histologische Untersuchungen an der amputirten Extremität die langsame Thrombosirung der Gefässe durch einen Wucherungsprozess, der von der Intima ausgeht, Kanalisirung der thrombosirten Gefässe, Bildung von Collateralbahnen, bis es endlich doch zu Cirkulationsstörungen und demgemäss zu trophischen und vasomotorischen Störungen kommt. In allen Fällen wiederholen sich die unerträglichen Schmerzen. Die Nervenstämme sind theilweise degenerirt, grösstentheils durch Bindegewebe durchwachsen und durchwuchert.

Benedikt bemerkt, dass das Interessante des Falles darin liege, dass grosse Gefässe verstopft sind. Er habe schon früher Angiospasmus mit ähnlichen Bildern gesehen, die aber bald verschwanden. Schon früher einmal habe er die Annahme, dass das Herz die Triebkraft der Cirkulation allein sei, als falsch hingestellt. Er wolle diese Frage jetzt nicht behandeln, da sie zu einer sehr weitgehenden Diskussion führen müsste. Hier sei kein Collateralkreislauf vorhanden; es handle sich um eine chronische Unterbindung der Cirkulation und demnach sei die Funktion relativ gut. Es müsse noch eine Cirkulationsform existiren, von der man bisher keine Ahnung hat.

Hock erinnert an einen ähnlichen, im vorigen Jahre vorgestellten Fall, wo Lähmung nach Unterbindung der Axillaris, nachher aber vollständige Restitutio ad integrum eintrat.

* * *

Sitzung vom 8. Februar 1893.

Prof. M. Benedikt; *Ueber Oberflächen-Anatomie des Gehirns.*

Vortragender sagt, dass er der Meinung sei, dass es in Bezug auf den Bau des Gehirns Parallelreihen gibt. Will man aus der vergleichenden Anatomie richtige Schlüsse für den Menschen ziehen, dann muss man darauf achten, welche Theile einander entsprechen. Drei Prinzipien sind es, welche es dem Vortragenden ermöglicht haben, den Schlüssel zur vergleichenden Anatomie der Gehirnoberfläche zu finden:

1. Dass man sich jede komplizirte Furche in ihre einzelnen Theile zerlegt denken müsse, dass jede Furcheneinheit aus einzelnen Bögen bestehe, dass diese Furcheneinheiten in einem Gehirn bald vereinigt, bald getrennt sein können und dass endlich diese Furchentheile Beziehungen zu anderen Furchen eingehen können.

2. Muss man jene Spezies aufsuchen, bei denen eine Furche in ihrer grössten Kompletheit entwickelt ist, wie z. B. die Calosa marginalis beim Pferde.

3. Wo die Lappen, resp. die Distanzen gross sind, da müssen sich Parallelfurchen entwickeln.

An der Hand dieser drei Prinzipien lassen sich selbst die verschiedensten Bilder in ihre Einheiten auflösen. So findet sich die Calosa marginalis nicht nur beim Pferde sehr komplet, sondern auch bei niederen Menschen-Racen und degenerirten Personen. Doch ist diese nur komplet in ihrem Bogenverlaufe, sonst ist sie eine Turbinenfurche, von der eine Summe von Querästen abgeht.

Jedes Thier besitzt eine Rolando'sche Furche, resp. den Repräsentanten für dieselbe. Benedikt ist bei seinen Untersuchungen von der Ansicht ausgegangen, dass jeder Satz, wo die anatomischen, physiologischen, klinischen und experimentell-pathologischen Thatsachen nicht stimmen, nicht begründet ist. Der Centralfurche beim Menschen entspricht bei den Thieren der Gyrus sigmoideus. Dass die ganze Intelligenz eines Thieres nur in einem Lappen begründet sein solle, ist eine falsche Ansicht. Vom Stirnlappen des menschlichen Hirns geht stets eine Furche gegen den Hinterhauptslappen, was sonst nur als speziell dem Thiere eigen bezeichnet wurde. Bei degenerirten Menschen ist der Windungstypus des Raubthierhirnes hie und da angedeutet. Eine grosse Rolle spielt bei Thieren die F. cruciata, die hie und da auch beim Menschen vorkommt.

Grosse Sorgfalt verwendete BENEDIKT darauf, die einzelnen Lappen abzugrenzen. Es zeigt sich nun, dass jeder Theil des menschlichen Gehirnes in das thierische Gehirn übersetzt werden kann und umgekehrt. Bei Mangel der Fis. cruciata orientirt man sich über den centralen Theil in der Art, dass man denselben unter dem 5. Kreise sucht. Der von GOLL verfochtene Satz, dass jedem Theile des Schädels in einer jeden Periode bestimmte Gehirntheile entsprechen, ist nicht richtig. Beim Erwachsenen entspricht z. B. die Sylvische Furche genau der temporalen Furche, was beim Kinde nicht der Fall ist. Diese Thatsache ist von sehr hoher Bedeutung für die Chirurgie, resp. für die Trepanation.

Die Fissura cruciata ist beim Raubthiere zuerst aufgefallen, doch ist dieselbe nur ein Gattungsbegriff. Die Speichen sind als Typus derselben zu betrachten, wo diese auftreten, können sie die Cruciata bilden.

Was den Plexus chorioideus anlangt, so ist derselbe nach BENEDIKT's Untersuchungen ein ungeheuer nervenreiches Organ, welches seine Nerven aus dem Vaguskern bezieht, geradeso wie eine Drüse. Er ist ein Regulirungsorgan für den Gehirndruck.

Jedes Thier hat ein Hinterhauptsganglion. Es gibt ferner keine qualitativen Unterschiede in der Anordnung der Centralganglien bei Thier oder Mensch. Und von dieser Thatsache ausgehend konnte BENEDIKT seine Studien machen und die feststehende Thatsache aufstellen, dass die Natur auf allen Gehirnen dieselbe Schrift schreibt.

Dr. Em. Mandl.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Jänner 1893.)*

Dr. J. Israel: Zur Kenntniss der Nierentumoren.

Seitdem es ISRAEL im Jahre 1887 gelungen ist, einen in einem frühen Stadium befindlichen Nierentumor zu diagnosticiren, ist er eifrig bestrebt gewesen, dieses ungemein schwierige Gebiet der Diagnostik weiter auszubilden; denn nur die Möglichkeit einer frühzeitigen Entfernung der malignen Geschwülste gibt eine Aussicht auf dauernden Erfolg. Ein zweiter analoger Fall wurde dieser Versammlung in der ersten Sitzung des laufenden Semesters gezeigt. Dr. ISRAEL ist jetzt in der Lage einen dritten Fall zu demonstriren, dessen Beachtung desshalb zu empfehlen ist, weil es derjenige Nierentumor ist, der bis jetzt am frühesten diagnosticirt worden ist. Es handelte sich um ein 6jähriges Mädchen, welches im September 1892 zum ersten Male von Haematurie befallen wurde; dieselbe wiederholte sich 4 Mal. In der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Anfällen wurde ein scheinbar klarer Urin secernirt, der jedoch bei genauerer Untersuchung sich als blut- und eiweisshaltig erwies; es konnte festgestellt werden, dass die Blutung der linken Niere entstammte. Eine am 22. Oktober vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund: die linke Niere befand sich in normaler Lage, bei tiefer Inspiration gelang es den unteren Pol zu erfassen und dann das ganze Organ herabzuziehen. Die Palpation zeigte jedoch nichts abnormes. — 2 Monate später wurde die Untersuchung wiederholt; jetzt konnte sicher gestellt werden, dass die linke Niere etwas grösser war als die rechte, dass die Oberfläche des erkrankten Organes im hinteren Theile nicht der Norm entsprach, dass der Diameter anterior-posterior vergrössert war und dass in der Gegend des Hilus eine deutliche Resistenz sich fühlbar machte, die den Eindruck eines prall ausgegossenen Nierenbeckens machte. Dieser Befund wurde damals zu Protokoll gebracht. Man war unter diesen Umständen berechtigt, operativ vorzugehen, um bei der Existenz eines Nierentumors denselben zu exstirpiren; der vor der Incision gemachte Befund wurde in allen seinen Theilen verificirt; das exstirpirte Organ wird der Versammlung gezeigt. Man sieht die Verdickung des Diameters anterior-posterior: fühlt man die Niere an, so hat man die Empfindung, als ob ein harter Kern vorhanden wäre; bei deren Aufschnitt quillt eine weiche Masse heraus; die Niere ist nicht viel grösser, als man es bei einem 6jährigen Kinde zu erwarten hat. Die Erkrankung selbst stellte sich als ein weiches Sarkom heraus.

*) Wegen Menge des Materials verspätet.

Dr. Lassar: Zur Therapie der Carcinome.

Unsere Erfahrungen über die Therapie der Carcinome haben uns bisher nur auf die operativen Wege verwiesen. Dr. LASSAR verfügt über einige Beobachtungen, welche die Heilungsmöglichkeit atypischer, epithelialer Wucherungen in ein günstigeres Licht stellen können. Der Vortragende sah sich 1889 bei einem Falle von inoperablem multiplen Hautcarcinome vor die Indikation gestellt, sich nach anderen Massregeln umzusehen und konnte bereits damals sehen, dass es möglich sei, durch interne Medikation eine wenigstens theilweise Involution herbeizuführen. Neuerdings hat Dr. LASSAR dieses Verfahren wieder aufgenommen und ist in der Lage jetzt zwei Kranke mit bedeutender Besserung vorzuführen. 1. Eine Frau bot Anfang Oktober einen wallnussgrossen Tumor an ihrer Nase dar, welcher nach der mikroskopischen Untersuchung als ein Hautcarcinom angesehen werden musste; jetzt ist die Haut, ohne dass irgend ein Mittel örtlich angewendet worden ist, ganz vernarbt. 2. Ein zweiter Fall ist in seiner Heilung soweit vorgeschritten, dass die Rückbildung bis auf einen Centimeter erfolgt. Ein dritter Fall, der äusserer Verhältnisse wegen nicht hier vorgestellt werden kann, ist ebenfalls fast ausgeheilt. — Die Behandlung ist so einfach als möglich. Seitdem BILLROTH das Arsen in die Therapie der Geschwülste eingeführt hat, erschien es naheliegend, dieses Mittel auch bei Carcinom-Neubildung zu versuchen. Man sieht, dass bei den vorgestellten Fällen nach eingeleiteter Arsen-Behandlung die Ulceration Halt machte und Vernarbung eintrat; die ungünstigen Erfolge anderer Beobachter erklären sich theils aus der nicht konsequenten Durchführung der Kur, theils aus der ungünstigen Wahl der Fälle.

* * *

Dr. Silex. Ueber kalte und warme Umschläge.

Ueber die physiologische Wirkung dieser vom Arzte so oft ausgeübten Medikation, sind die Kenntnisse noch sehr mangelhaft; man wendet Umschläge an, um Entzündungen zu bekämpfen oder Abscesse schneller zustande zu bringen; sowohl kalte wie warme Umschläge werden von verschiedenen Aerzten für dasselbe Uebel angewendet, wo es doch höchst nöthig wäre, zu wissen, welches von beiden in dem gegebenen Falle, zu bevorzugen ist. Die meisten Handbücher der Physiologie geben darüber keinen genügenden Aufschluss. Bei mässiger Einwirkung der Kälte steigt die Temperatur und umgekehrt fällt sie bei mässiger Einwirkung der Wärme. Dr SILEX hat einschlägige Messungen vorgenommen mit Hilfe von thermo-elektrischen Instrumenten, deren Feinheit in der Angabe der Schwankungen ihm gestattete, die geringsten Veränderungen schon zu erkennen. Als Versuchsthiere wurden Hunde und Kaninchen benutzt. Warme Umschläge veränderten die Temperatur in der Konjunktion gesunder Thiere nur wenig. Die Kälte steigerte die Temperatur daselbst in 10 Minuten um circa 1·4 Grad C. Bei Kaninchen fand eine Steigerung um 0·4—0·63 Grad C. statt. Bei Hunden war der Unterschied noch etwas grösser; die Fehlerquelle, deren Vermeidung schwer ist, lag darin, dass man Gefahr läuft nicht die Temperatur der Schleimhaut zu messen, sondern diejenige der auf ihr zufällig befindlichen Wassertropfen. Warme Umschläge ergaben widersprechende Resultate; jedenfalls verursachen sie eine vermehrte Wärmeabgabe und können dadurch eine Abkühlung von nicht entfernten Organen herbeiführen. Bei höheren Graden, von 40 Grad C. an, erhöhen sie natürlich die Körpertemperatur. — Die Eisblase als Anwendungsmittel bei Apoplexie, bewirkt keine Stillung der Blutung, sondern einen Hautreiz, der erfrischend empfunden wird. — Die tieferen Theile sind durch die Umschläge nicht zu erreichen. Es ist nicht anzunehmen, dass bei einer Parametritis die Kälte bis zu dem erkrankten Organ hindringt, jedenfalls muss aber auf die schmerzstillende Wirkung der Kompressen hingewiesen werden, die als eine Folge des Hautreizes angesehen werden kann.

(Allgemeine medizinische Central-Zeitung Nr. 8, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Handbuch der Zahnheilkunde.

Herausgegeben von **Dr. Julius Scheff jr.**
Privatdozenten an der k. k. Universität in Wien.
Mit 860 Original-Holzschnitten. — 3 Bände.
Verlag von Alfred Hölder, k. u. k Hof- und Universitätsbuchhändler. Wien, 1893.

In dem kurzen Zeitraume von 2 Jahren ist das grosse Handbuch der Zahnheilkunde von SCHEFF komplet erschienen. Eine Leistung, die ganz abgesehen von dem gediegenem Inhalte des Werkes, alle Anerkennung verdient. Dr. SCHEFF hat sich mit einem Stabe ausgezeichneter Kräfte umgeben und jeder Leser wird dem Herausgeber beipflichten, wenn er in dem im Schlusshefte erschienenem Vorworte sagt:

«Unter den zahlreichen Gebieten der Medizin, welche in den letzten Jahrzehnten bedeutende Fortschritte aufzuweisen haben, steht die Zahnheilkunde sicher im Vordergrunde. Die lebhafte Entwicklung derselben veranlasste denn auch in rascher Aufeinanderfolge das Erscheinen grösserer und kleinerer Lehrbücher, welche allerdings dem jeweiligen Bedürfnisse Rechnung trugen, keineswegs aber eine gründliche wissenschaftliche und praktische Ausbildung ermöglichten. Dies und der Umstand, dass Lehrbücher häufig in subjektiver Weise behandelt werden, besonders aber die Absicht, ein Werk zu schaffen, in welchem nicht nur einzelne Kapitel, sondern das gesammte Gebiet der Zahnheilkunde, wie auch die Technik in objektiver, den gegenwärtigen Forschungsergebnissen angepasster Form bearbeitet erscheinen, bestimmte den Herausgeber im Vereine mit einer Anzahl anerkannt tüchtiger Fachmänner zur Veranstaltung eines derartigen Sammelwerkes.»

Sollte das vorgesteckte Ziel erreicht werden, so musste der umfangreiche Stoff in erschöpfender Weise und doch auf streng wissenschaftlicher Basis behandelt werden damit der Leser die immensen Fortschritte der Zahnheilkunde in theoretischer wie auch in praktischer Hinsicht genau kennen lerne, und somit nicht blos für den Anfänger, sondern auch für den Vorgeschrittenen und Erfahrenen ein treuer Führer, ein sicherer Wegweiser geschaffen werde. Grosse Schwierigkeiten stellten sich schon Anfangs der Vertheilung und Anordnung des Stoffes entgegen und veranlassten manche Abweichung vom ursprünglichen Plane. Es war kein leichtes Unternehmen, zumal ein ähnliches Werk weder in deutscher, noch auch eigentlich in einer fremden Sprache existirte.

Das Werk gereicht nicht allein dem Herausgeber und allen Mitarbeitern, unter denen sich die hervorragendsten Theoretiker und die tüchtigsten Praktiker in der Zahnheilkunde finden, sondern auch der deutschen medizinisch-chirurgischen Spezialliteratur zur Ehre; aber nicht minder verdient die Verlagsbuchhandlung Alfred HÖLDER die vollste Anerkennung für die mustergiltige Ausstattung des schönen Werkes, das an 2000 Seiten stark ist und über 800 Original-Holzschnitte enthält.

Handbuch der physiologich- und pathologiscn-chemischen Analyse.

Für Aerzte und Studirende.
Von **Felix Hoppe-Seyler.**
Sechste Auflage.
Neu bearbeitet von **F. Hoppe-Seyler**, Privatdozent in Strassburg und **H. Thierfelder**, Privatdozent in Berlin.
Verlag von August Hirschwald, Berlin 1892.

Eine neue Auflage eines Werkes, für dessen wissenschaftliche Grundlage und praktische Durchführung der Name HOPPE-SEYLER schon im Vorhinein Bürge ist, bedarf keiner weiteren Empfehlung; es genügt die einfache Anzeige des Erscheinens der sechsten Auflage. Es braucht auch kaum hinzugefügt zu werden, dass alle Neuerungen auf dem hier behandelten Gebiete seit dem Erscheinen der fünften Auflage berücksichtigt wurden, doch mag noch hervorgehoben werden, dass hiefür eine jüngere Kraft in der Person des Dr. THIERFELDER gewonnen wurde, der im Vereine mit HOPPE-SEYLER alle Neuerungen nach ihrem wahren Werth prüfte und kritisch beleuchtete. Die Ausstattung ist eine vorzügliche.

Die Harnuntersuchungen und ihre diagnostische Verwerthung.

Von **Dr. B. Schürmayer.**
Mit vier lithographirten Tafeln.
Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden 1893.

Das vorliegende Werkchens hat den Zweck, es dem praktischen Arzte zu ermöglichen, sich rasch in der mikroskopischen und chemischen Untersuchung des Harns zu orientiren, wobei bei der Auswahl der Methoden in erster Linie auf die von jedem praktischen Arzte leicht durchführbaren Rücksicht genommen wurde. Die kleine Schrift kann bestens empfohlen werden. *M. E.*

Zeitungsschau.

Antispasmin (Narceïnnatrium — Natrium salicylicum). — (MERCK's Bericht über das Jahr 1892.) Siehe «Internationale Klinische Rundschau Nr. 5 und 6, 1893.

Weissliches, schwach hygroskopisches Pulver, das sich in Wasser sehr leicht zu einer schwach gelblich gefärbten Flüssigkeit löst. Die Verbindung reagirt alkalisch und enthält etwa 50 Perzent Narceïn in vollkommen reinem Zustande. Das Präparat ist chemisch als ein Körper zu betrachten, in welchem 1 Molekül Nerceïnnatrium mit 3 Molekülen Natrium salicylicum vereinigt ist. Da kohlensaures Natron das Narceïn nicht in gleichem Maasse wie Aetznatron zu lösen vermag, so fällt beim Durchleiten von Kohlensäure durch eine wässerige Lösung des Präparates ein Theil der Base aus; dasselbe tritt ein, wenn man Narceïnnatrium — Natrium salicylicum-Lösungen längere Zeit (2—3 Tage) an der Luft stehen lässt, weil in diesem Falle die Kohlensäure der Luft zerlegend auf die Verbindung einwirkt; das Präparat ist desshalb vor Feuchtigkeit und Luft geschützt aufzubewahren.

Das Narceïn ist bisher in therapeutischer Hinsicht sehr widersprechend beurtheilt worden. So sahen Cl. BERNARD (Compt. rend. de l'acad. des scienc. 1862, 406) und Andere von dem Mittel sehr günstige Erfolge, welche aber von späteren Forschern nicht bestätigt werden konnten. Das Narceïn wurde daher in der medizinischen Praxis wenig gebraucht und fand besonders in letzterer Zeit nur geringe Beachtung. Meiner Ansicht nach sind die abfälligen Urtheile der Aerzte sowohl durch die Unreinheit als auch durch die geringe Löslichkeit der bisher vorhandenen Narceïnpräparate bedingt gewesen, beides Nachtheile, welche dem Narceïnnatrium — Natrium salicylicum in keiner Weise anhaften. Das neue Präparat musste sonach andere und günstigere Wirkungen äussern, als man bisher von den Narceïnpräparaten gesehen hatte. In der That erwies sich auch das Narceïnnatrium — Natrium salicylicum nach den pharmakologischen und therapeutischen Versuchen des Herrn Prof. Dr. DEMME zu Bern als ein vortreffliches Hypnoticum und Sedativum bei schmerzhaften Leiden, vorzugsweise aber bei mit Schmerzen verbundenen Krampfzuständen. Da diese letztere Wirkung bei der neuen Verbindung besonders prägnant zum Ausdruck gelangt, so wurde derselben zum Zwecke der bequemeren Verordnungsweise der kurze Name Antispasmin (von ἀντί gegen und σπασμός der Krampf) beigelegt. Nach persönlichen Mittheilungen Prof. DEMME's wirkt das Antispasmin erst in verhältnissmässig grossen Injektionsdosen (1 *gr* pro $^1/_2$ Kilo Kaninchen) absolut letal, während bei den gänzlich ungefährlichen kleinen Gaben von 0·01—0·01 *gr*) pro dosi eine sehr schätzenswerthe narkotische Wirkung erzielt wird. In Folge seiner durch DEMME's Versuche bewiesenen Unschädlichkeit ist das Antispasmin besonders dazu berufen, in der Kinderpraxis als Sedativum und Hypnoticum eine Rolle zu spielen, somit eine wesentliche Lücke in der Materia medica auszufüllen, da wir bis jetzt kein gefahrloses Beruhigungsmittel für Kinder besassen.

Das Antispasmin wurde von Prof. Dr. DEMME klinisch bei verschiedenen Schmerzzuständen Erwachsener und vorzugsweise bei Tussis convulsiva in Gaben von 0·01—0·1 *gr* pro dosi angewendet und hat sich hierbei als ein sehr zweckmässiges und wirksames Narkoticum erwiesen. Schwere Keuchhustenanfälle nehmen 0·1—0·2 *gr* pro die in Anspruch. Hier wirkt das Präparat namentlich sehr

günstig, indem es die Reflexerregbarkeit des Larynx (durch Einwirkung auf die Verzweigungen des Nervus laryngeus superior) herabsetzt.

Rp.: Antispasmini 1·0
Aquae amygdal. amar. 10·0

SDS.: 1—2 Mal täglich 15 Tropfen mit Himbeersaft oder Zuckerwasser zu geben.

(Bei Pertussis, Stimmritzenkrampf, von Kindern.)

Rp.: Antispasmini 0·5
Aquae destillatae
Spiritus vini Cognac
Sirupi Mororum aa 30·0

DS. 3 Mal täglich 1 Esslöffel voll zu nehmen. (Als Sedativum bei Husten etc. Erwachsener.)

Leider haben die Untersuchungen Prof. Dr DEMME's durch das beklagenswerthe Hinscheiden des verdienstvollen Forschers eine Unterbrechung erfahren; sie sind jedoch neuerdings von berufener Seite wieder aufgenommen worden, so dass wir in nächster Zeit weitere Mittheilungen über das Präparat erhalten werden,

Dr. Neumann (Berlin): Zur Diagnose und Theraphie der Diphtherie. (Centralblatt für Chirurgie. Nr. 6.)

Dr. NEUMANN gibt in einem Vortrage, in der Berliner medizinischen Gesellschaft eine Zusammenstellung der Diphtheriefälle, die in den letzten 8 Jahren im Krankenhaus Friedrichshain zur Behandlung gelangten, unter besonderer Berücksichtigung der Frage, wie weit die Nothwendigkeit einer bakteriologischen Untersuchnng für jeden zur Aufnahme gelangenden Fall vorliegt. Diese Forderung ist besonders von FRAENKEL und BAGINSKY erhoben worden und hat in der Berliner medizinischen Gesellschaft zu wiederholten Debatten Veranlassung gegeben. Vortragender sucht aus den Beobachtungen über ein so grosses Material, wie es dem Friedrichshain zur Verfügung steht, den Nachweis zu bringen, dass ein zwingender Grund für diese Maassregel nicht vorliegt. Es wurden in den letzten 8 Jahren 2656 Fälle mit der Diagnose Diphtherie in das Krankenhaus aufgenommen. Bei 188 liess man später diese Diagnose fallen, bei welchen es sich um andere Halsaffektionen handelte; unter diesen befanden sich 78 mit Angina follicularis, 42 mit Angina catarrhalis, 32 mit Scharlachdiphtherie; der Rest vertheilt sich auf andere Erkrankungen. Von den 120 Anginen wurde keine einzige sekundär mit Diphtherie infizirt, bei den übrigen hat nur 1 Mal eine sekundäre Infektion stattgefunden. Zur weiteren Beurtheilung der Fehldiagnosen bietet die Anzahl der Recidive eine Handhabe, indem angenommen werden darf, dass die erste Diagnose auf Diphtherie falsch war, und erst das sogenannte Recidiv die eigentliche Erkrankung darstellt. Diese Recidive haben in 1 Perzent aller Fälle stattgefunden. Wenn auch in jedem Falle die bakteriologische Untersuchung vorgenommen wird, so ist dennoch ein negativer Befund nicht absolut beweisend, wie dies auch aus 2 von BAGINSKY mitgetheilten Fällen mit Deutlichkeit hervorgeht; besonders ist es nicht möglich, Scharlachdiphtherie von der gemeinen zu unterscheiden. So lange also die bakteriologische Untersuchung nicht sicherere Resultate gibt und in kürzerer Zeit ausgeführt werden kann, ist die Forderung, jeden einzelnen Fall, bevor er auf die Diphtherieabtheilung gelegt wird, bakteriologisch zu untersuchen, nicht aufrecht zu erhalten, um so weniger, als dieselbe in jedem grösseren Krankenhause an dem Mangel an Raum für Isolirzwecke scheitern würde.

Was die Therapie anlangt, so ist das Prinzip allmählich vollkommen durchgeführt, von jeder inneren Therapie, als vollkommen nutzlos, Abstand zu nehmen. Von den operativ behandelten Fällen musste der grösste Theil sofort nach der Aufnahme tracheotomirt werden. In 91 Perzent wurde die Tracheotomia inferior gemacht; als Vorzüge gegenüber der superior rühmt der Vortragende, dass das Operationsfeld grösser ist, der Isthmus nicht verletzt werden kann, dass die Funktionen des Kehlkopfes weniger gefährdet sind, die Entwöhnung von der Kanüle leichter gelingt, und das kosmetische Resultat besonders bei Mädchen ein besseres ist. Die der Tracheotomia inferior vorgeworfenen Nachtheile sind nach Ansicht des Vortragenden leicht zu vermeiden. Die häufig eintretende starke Blutung wird durch möglichst stumpfes Operiren vermieden. Gefässanomalien der Anonyma oder Carotis sind nicht ein einziges Mal gefunden worden. Durch zweckmässige Lagerung kann die bisweilen tief liegende Trachea leichter zugänglich gemacht werden. — Gegen das Hinabsteigen des krupösen Prozesses in die Bronchien kommt der Dampfspray zur Anwendung; ferner wird darauf geachtet, möglichst wenig mit Instrumenten, Federn etc. in die Trachea einzugehen, um jede mechanische Reizung zu vermeiden. Die Aussenkanüle bleibt so lange liegen, bis die Kanüle definitiv entfernt werden kann. Die Entfernung erfolgt, wenn der Prozess in Kehlkopf und Trachea abgelaufen ist, durchschnittlich am 5. bis 6. Tage nach der Operation. Auch hinsichtlich des Décanulement stellt sich die Tracheotomia inferior günstiger als die superior, indem dasselbe bei der inferior in 70 Perzent, bei der superior in 65 Perzent spätestens am 6. Tage vorgenommen werden konnte; mit Dauerkanülen wurden bei der superior 9 Perzent, bei der inferior 1 Perzent entlassen. Bei Insufficienz der Kehlkopfschliesser hat es sich als sehr zweckmässig erwiesen, die Trachea mit Pressschwamm zu tamponiren; es wird dadurch nicht nur das Verschlucken beseitigt, sondern auch das Herabfliesen des Rachen- und Mundsekrets, und dadurch eine Wundinfektion verhindert. Was die Frage der Tracheotomie bei der septischen Form der Diphtherie anlangt, so wird die Operation bei deutlich ausgesprochener Sepsis nicht vorgenommen; die wohl mehr von der Allgemeininfektion und der Herzschwäche als von der Kehlkopfstenose abhängige Athemnoth wird durch den Dampfspray und Narkotika bekämpft. Kochsalzinfusionen haben sich als wirkungslos erwiesen. Die in letzter Zeit vorgenommenen Ausspülungen des Darmes mit Borsäurelösung 3—4 Mal täglich haben in einzelnen Fällen überraschende Resultate gegeben. Von Wichtigkeit ist die Prophylaxe, da die Beobachtung gemacht ist, dass bei septischen Formen sehr häufig als erstes Symptom eine Nasenaffektion beobachtet wurde und auffällig viel Geschwister erkrankten.

Fritz Moritz (München): Cerebellare Ataxie und Gesichtsfeld amblyopie nach einer Kopfverletzung. — (Arch. für klin Medizin Band 49. Petersburger Medizinische Wochenschrift.)

MORITZ berichtet uns von einem Patienten, der durch einen herabstürzenden Stein einen Knochenbruch des Hinterhauptbeines mit Impression von Knochensplittern in die Schädelhöhle sich acquirirt hatte. Dass die Dura perforirt gewesen und Gehirnmasse ausgetreten sei, wird nicht erwähnt. Nach der Entfernung von ca. 6 *gr* eingedrückten Knochens erfolgte die Heilung der Wunde ohne weitere Störung. Nach einem Monat wird von lebhaftem Schwindelgefühl beim Gehen und unsicherem Gang berichtet. Nach weiteren 21 Tagen klagt Patient über sehr schlechtes Sehen, so dass er einen Brief nicht unterzeichnen kann, während er vor dem Unfall ein gutes Sehvermögen hatte. Die Sprache ist stotternd und unzusammenhängend, was sich nach einiger Zeit bessert. — 1 Jahr 5 Monate nach dem Unfall kommt der Kranke zur Aufnahme auf der medizinischen Klinik zu München. Seine Klagen beziehen sich auf zeitweilig sehr heftige Kopfschmerzen, schlechtes Sehen, Schwindelgefühl und Unsicherheit beim Stehen und Gehen. Patient giebt an, dass ihm die Aussenwelt sich in drehender und tanzender Bewegung zu befinden scheint, wobei es gleichgiltig ist, welche Körperlage er einnimmt. So glaubt er, dass ein ruhig ihm vor das Auge gehaltener Gegenstand im Sinne des Uhrzeigers gedreht werde, wird der Gegenstand aber thatsächlich, jedoch im entgegengesetzten Sinn, gedreht, so erscheint er dem Patienten, bei einer gewissen Geschwindigkeit der Drehung, nur auf und ab sich bewegend. Ein Stab, der langsam um seine Mitte als Axe, in der Richtung des Uhrzeigers gedreht wird, scheint sich dem Patienten, sehr rasch in diesem Sinn zu bewegen. — Trotz dieser Gesichtstäuschungen ist der Kranke indessen im Stande, einen Gegenstand ruhig zu halten, indem hier offenbar sein normales Muskelgefühl korrigirend eingreift.

Die ophthalmologische Untersuchung ergab bezüglich des Augenhintergrundes normale Verhältnisse, bezüglich der Refraktion eine ganz geringe Hyperopie. Trotzdem besteht eine hochgradige Amblyopie. Ferner ergibt sich das Gesichtsfeld für Weiss wie für

Farben in extremer Weise, fast bis auf einen Punkt eingeengt. Beim scharfen Fixiren ermüden die Augen rasch, thränen, Patient blinzelt viel etc. Im Uebrigen sind die Augen normal. Die Untersuchung des Gehörorganes ergab normale Verhältnisse. — Das auffälligste Symptom war eine hochgradige Coordinationsstörung in aufrechter Körperhaltung. Im Liegen und Sitzen ist an den Bewegungen des Patienten nichts Abnormes zu bemerken. Sobald Patient aber geht oder steht, kommt es zu grossen Schwankungen des Rumpfes besonders bei Schluss oder Aufwärtsrichten der Augen. Der Gang gleicht dem eines schwer Betrunkenen, ist taumelnd, bald langsam, bald schnell mit häufigem Uebereinandersetzen der Füsse und seitlichen Abbiegungen in stürzender Bewegung. — Eigentliche Zwangsbewegungen nach rückwärts oder einer Seite kommen nicht zur Beobachtung. Bei Druck auf den Boden des Schädeldefektes vermehrt sich das Schwindelgefühl und das Taumeln. Die Arme sind von ataktischen Störungen frei, die grobe Kraft in Armen und Beinen normal. Die Petellarreflexe fehlen beiderseits vollkommen, ebenso der Achillessehnenreflex und die Bauchreflexe. Sohlenreflex schwach, Cremasterreflexe und Armreflexe normal. Die Sensibilität scheint am ganzen Körper in geringem Grade herabgesetzt zu sein, die Tastkreise an den Fingerspitzen und Zehen etwas vergrössert. Die Sprache zeigt keine wesenliche Störung, die Intelligenz ist normal, das Gedächtniss zeigt keine Abnahme.

Psychische Erregungen bewirken eine bedeutende Verstärkung des Taumelns und Schwankens. Nach einem chirurgischen Eingriff an der verletzten Stelle verlor sich die Scheinbewegung ruhender Gegenstände, das Gesichtsfeld vergrösserte sich, ebenso nahm die Sehschärfe zu. Im Gang des Patienten hatte sich jedoch auch nach der Operation nichts zum Besseren geändert, ebenso im Stehen. — Im Uebrigen blieb der Zustand ebenfalls unverändert. Bei einer 6 Monate später vorgenommenen Besichtigung war in Allem eine entschiedene Besserung zu konstatiren, nur über Kopfschmerz und Schwindelgefühl wurde besonders geklagt.

Verfasser kommt per exclusionem dazu, eine Läsion des Kleinhirns im vorliegenden Falle als die Ursache für die Coordinationsstörung anzunehmen. Dass nämlich Affektionen des Kleinhirns ataktische Störungen und zwar gerade der vorliegenden Art bedingen können, dürfte als eine feststehende Thatsache zu bezeichnen sein. Die Annahme, dass eine Schädigung des Kleinhirns stattgefunden, findet eine Stütze durch die Lokalisation der Verletzung, welche in unmittelbarer Nachbarschaft dieses Organs liegt. Als bemerkenswerth und nicht in den Rahmen einer reinen Kleinhirnerkrankung gehörig sind die Störungen im Sehvermögen zu bezeichnen, welche Symptomenkombination schon vor langer Zeit GRAEFE unter dem Namen Anästhesia retinae beschrieben hat.

MORITZ neigt sich der Anschauung zu, dass es in diesem Fall sich nicht um anatomische Veränderungen im Kleinhirn handelt, sondern nur um eine vielleicht molekuläre Umlagerung der Nervenmasse durch die Erschütterung.

L. Bremer und **N. B. Carson: Subdurales Hämatom, Operation** (Amer. journ. of the med. sciences Februar 1892. — Centrbl. f. klin. Medizin Nr. 4, 1893).

Ein 21jähriger Arbeiter fiel nach einer Hochzeit zwischen die Querbalken eines Neubaues. Er kam noch nach Hause und wurde am nächsten Morgen schlafend in der Küche aufgefunden und fühlte sich zunächst wohl. Auf der Arbeit bekam er Kopfschmerzen im linken Vorderkopf, die sich am Nachmittag noch steigerten. Auch stellte sich Erbrechen ein.

Erst eine Woche später blieb er dauernd zu Hause, weil er bei einem Versuche, seine Wohnung zu verlassen, bewusstlos umfiel. Jetzt machten sich auch Schwierigkeiten beim Sprechen bemerkbar.

Am 13. Tage nach dem Unfall hatte sich eine ausgeprägte Aphasie motorischen Charakters entwickelt, die rechte Nasolabialfalte war verstrichen, die Zunge wich nach rechts ab, die Beweglichkeit der Finger war rechts etwas beschränkt, während Arme und Beine in ihrer Motilität Unterschiede zwischen rechts und links nicht erkennen liessen.

Nachdem der Puls am nächsten Tage auf 43 gefallen war, und der Patient verwirrt und benommen erschien, wurde trepanirt und ein subdurales Hämatom von beträchtlichem Umfang genau an der Stelle, wo man es vermuthet hatte, über der Basis der unteren und mittleren Stirnwindung, gefunden und ausgeräumt. Patient genas vollständig. Das Hämatom war jedoch nicht, wie man nach dem ganzen Verlauf zu erwarten berechtigt war, zum Theil frisch, sondern entschieden bereits mehrere Tage alt. Ein starker vorderer Ast der Meningea media erschien leer und vollständig plattgedrückt, ebenso mehrere Nebenäste. BREMER glaubt, dass durch den Erguss, für den er einen venösen Ursprung annimmt, eine Art Autotamponade zu Stande gekommen ist und die Blutung zum Stehen gebracht wurde.

Unaufgeklärt bleibt die stürmische Steigerung der Erscheinungen kurz vor der Operation. BREMER denkt an eine funktionelle Ausschaltung der inneren Kapsel, welche bedingt wurde durch eine starke Hyperämie. Diese Hyperämie hätten wir uns entstanden zu denken durch den starken Reiz, den der Druck des Blutgerinnsels auf die weiter unten liegenden Theile des Gehirns ausübte, nach dem alten Grundsatze: Ubi irritatio, ibi affluxus.

Dr. Tordeus (Brüssel): **Die Behandlung der Dyspepsie bei Kindern.** (Dr. FREUDENBERG, Abschnitt für Kinderheilkunde. — Frauenarzt, Februar 1893.)

Die Behandlung der Dyspepsie bei Kindern muss hauptsächlich darauf gerichtet sein, so rasch als möglich den Verdauungstraktus zu reinigen, d. h. die bereits in Fermention begriffenen Nahrungsmittel zu entfernen. Brechmittel und Abführmittel erfüllen diese Indikation. Brechmittel werden selten angewandt, denn sie schiessen oft übers Ziel hinaus. Zudem sind sie verdrängt durch die Magenspülung, die sich in den Anstalten leicht und gut durchführen lässt, allerdings in der Privatpraxis leider noch auf einen grösseren Widerstand der Eltern stösst.

Die Abführmittel stehen in grösserer Gunst und man kann ruhig etwas Kreuzdornsyrup, Cichorie, Rhabarber, oder noch besser einen Löffel Ricinusöl verschreiben oder aber ein wenig Magnesia in Zuckerwasser. Wegen seiner antizymotischen Wirkung empfehle ich besonders Calomel in folgender Formel:

Calomel 0·01
Sacch. alb. q. s. M. f. pulv. tal. Nro. 15.
S. Alle 2 Stunden ein Pulver z. n.

Auch andere Mittel können angewandt werden, um den Gährungsvorgängen im Drainrohr Einhalt zu thun. Die Salzsäure wurde warm von HENOCH empfohlen. Ich habe sie mehrfach bei Dyspepsie angewandt, es hat mir aber geschienen, als wäre das Erbrechen dadurch gesteigert worden. Dagegen hat mir dieselbe vorzügliche Dienste geleistet bei anämischen schwachen Kindern, wenn man an eine ungenügende Kraft des Magensaftes glauben konnte und die Stuhlgänge und Erbrechungen eine alkalische Reaktion zeigten. Ich gab sie dann zusammen mit Pepsin in der folgenden Vorschrift:

Acid. hydrochlor. dilut. gutt. III—IV.
Pepsini 0·5
Aq. destillat. 50·0
Syrupi Zingiberis 10·0
M. D. S. Einen Theelöffel vor oder nach dem Stillen etc.

Die Milchsäure, empfohlen von HAGEM und besonders bei der grünen Diarrhoe gebräuchlich, wirkt in derselben Weise d. h. gährungswidrig, verdient aber keineswegs den Vorzug.

Benzoësäure, Salicylsäure, Resorcin, Chloralhydrat, alles fäulnisswidrige Mittel, können gleicherweise in bestimmten Fällen angewandt werden.

Kreosot, in die Reihe der Antiseptika gehörig, wurde sehr lebhaft von HENOCH empfohlen, zumal wenn sich das Erbrechen zu oft erneuerte. Er wandte die nachstehende Mischung an:

R. Creosoti gutt. II—IV
Aq. destillat. 35·0
Syrupi Althaeae 15·0
M. D. S. Alle zwei Stunden 1 Kaffeel. z. n.

Kreosot ist wegen seiner brechstillenden Wirkung bekannt. Es unterdrückt die Würgbewegungen bei der Schwangerschaft, die Phthise und selbst der Cholera. Es ist daher nicht erstaunlich dass es sich auch gegen das auf Dyspepsie beruhende Erbrechen wirksam zeigt. Indess einen Nachtheil besitzt seine Anwendung, das ist der entsetzliche Geruch, und ich habe Kinder eines gewissen Alters mit aller Entschiedenheit eine kreosothaltige Medizin verweigern sehen. In solchen Fällen nahm ich zu der Pot. River. meine Zuflucht, die ähnlich brechstillend wirkt und mit keinerlei Uebelstand verbunden ist.

Andere Medikamente, welche zwar nicht antizymotisch wirken, vielmehr einen allzustarken Säuregehalt der Magenflüssigkeit neutralisiren, finden vielfach Verwendung bei der Bekämpfung der Dyspepsie. Es sind dies die Alkalien, die entweder als natürliches Mineralwasser verordnet werden, z. B. das von VICHY oder aber als Medizin, etwa in nachstehender Form:

R. Natr. bicarbon. 0·25
Aq. destillat. 50·00
Syr. flor. Aur. 10·00
M. D. S. Alle 2 Stunden 1 Kaffeelöffel z. n.

Das kohlensaure Natron stelle ich überhaupt an die Spitze aller Alkalien. Andere Autoren empfehlen besonders Kalkwasser mit Aq. Zingiberis gemischt, noch andere Magnesia, den kohlensauren Kalk u. dergl.

In Fällen von heftiger Kolik greift man zu lauwarmen Bädern, zu beruhigenden Kataplasmen auf den Leib, zu Einreibungen von Kamillenöl mit Kampher, während man innerlich Carminativa verschreibt, so z. B. Fenchelwasser und Kamillenthee mit einem Zusatz von Bism. subnitr., versüsst mit Anissyrup.

Die chronische Form von Dyspepsie bekämpft man mit Bittermitteln und, je nach Neigung derselben zu Verstopfung oder Durchfall, mit einem Zusatz von Rhabarber oder Cascarill.

R. Pulv. Rhei 0·3
Sacch. alb. q. s.
M. divide in part. X aequales. f. pulv.
D. S. täglich 3—4 Pulver z. n.

R. Tinct. Cascarill. gutt X
Aq. destillat. 50·0
Syr. Cachou 10·0
M. D. S. Alle 2 Stunden 1 Kaffeelöffel voll z. n.

Oder:

R. Extract. Chinae 0·25
Aq. destillat. 50·00
Syr. Flor. Aur. 10·00
M. D. S. Alle 2 Stunden einen Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Die vom Verfasser für Fälle von heftiger Kolik vorgeschlagene Behandlung mit Bädern und ableitenden Kompressen möchten wir auch auf die leichteren Formen von Dyspepsie übertragen sehen, da diese doch gerade bei Kindern oft von wunderbar rascher und befreiender Wirkung gefolgt ist.

Serieux: Traumatisch-hysterische Lähmung. — (Arch. de Neurologie. Juni. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Nr. 4, 1893.)

Ein 15jähriges, erblich belastetes Mädchen tritt im August 1888 in St. Anne ein. Als Kind störrisch und reizbar. Im Dezember 1887, nachdem der Liebhaber der Mutter versucht hatte, Patientin zu missbrauchen, ein Selbstmordversuch. Seitdem schwarze Gedanken Ostern 1888 Selbstmordgedanken. Starkes, fettes Mädchen, psychisch geschwächt, reizbar und zornmüthig. Kurz vor der Aufnahme nach Schreck lebhafte ängstliche Erregung, Zittern, Schmerz im Leibe, Erstickungsgefühl, heftiger hystero-epileptischer Anfall. Vier Personen müssen Patientin halten, zwei knieen auf ihren Beinen, zwei halten sie am Handgelenke fest. Am folgenden Tage neuer Krampfanfall, von Delirien gefolgt. Wird abermals in der beschriebenen Weise gebändigt. Darauf bindet man ihr die Hände vor der Brust zusammen, bindet die Beine mit einem Tuche über den Knieen zusammen, wickelt sie in eine Decke, umschnürt das Ganze mit einem Seile und fährt Patientin so auf einem Wagen von Anières nach Paris in das Depot der Präfectur. Bei der Aufnahme gut orientirt, Abends ein Anfall. Am folgenden Tage, den 28. August mehrere Anfälle von hallucinatorischen Delirium ohne Convulsionen. Patient kommt nach jeden Anfalle rasch zu sich, keine motorischen Störungen. Am 29. August Aufnahme in St. Anne. Aengstliches Delirium, keine motorischen Störungen. Am 30. August leichte Parese der Beine, Fortdauer der Hallucinationen. Am 1. September psychisch frei, beide Füsse gelähmt, Arme paretisch. Stehen unmöglich, im Liegen können die Beine nur ganz minimal gehoben werden. Völlige Anästhesie der Unterschenkel bis über die Kniee, passive Bewegungen werden nicht wahrgenommen. Die Unterschenkel sind kalt, cynotisch, zeigen violette Flecken. Leichte Parese der Hände, Anästhesie der Hände und der vorderen Hälfte der Unterarme, nur der Temperatursinn ist erhalten. Hände kalt und blau. Abdomen bis zu den Brüsten anästhetisch. Ein schmaler anästhetischer Streifen zieht von da an der inneren hinteren Seite der Oberschenkel bis zu dem anästhetischen Bezirke der Unterschenkel. Linksseitige Ovarie, auf Druck stellt sich Auragefühl ein. Thorax mit Ausnahme der Brüste bis zum Kehlkopf anästhetisch, Gesicht ebenfalls. Tactile Anästhesie der Zunge. Häufige plötzliche Zuckungen der Arme und des Rumpfes (elektrische Chorea). Am 3. September völlige Lähmung der Arme, die Anästhesie derselben bis zum Ellenbogen vorgeschritten. Am 11. September Lähmung der Arme bis zur Schulter, alle vier Extremitäten sind jetzt vollständig gelähmt. Die Anästhesie der Arme erstreckt sich bis zum Hals, die elektrische Contraktilität der Muskeln ist in den gelähmten Gliedern aufgehoben. Am Rumpfe zeigen sich einzelne sensible Inseln, im Gesicht wird Wärme und Berührung empfunden. Epiglottis und Cornea anästhetisch. Am 18. September leichte Besserung der Armlähmung, der Biceps fungirt wieder, die Finger werden für Temperatur empfindlich, konzentrische Einengung der Gesichtsfelder. Im weiteren Verlaufe boten die sensiblen Symptome eine auffallende Veränderlichkeit dar, zeitweise bestand mässige linksseitige Anästhesie. Im Februar 1889 verschwand die Paraplegie vollständig nach einem Krampfanfalle. Im März fand sich nur noch linksseitige sensitiv-sensorische Anästhesie und konzentrische Einengung des linken Gesichtsfeldes.

Verfasser schliesst an die Mittheilung eine eingehende Besprechung der einzelnen Symptome. Er erklärt die Lähmung als durch Autosuggestion entstanden in Folge von der gewaltsamen Restrainirung der Kranken. Der causale Zusammenhang der Erscheinungen war folgender: Schreck, hystero-epileptische Anfälle, Deliren, Prädisposition zu Paraplegie, gewaltsames fixiren der Glieder, Paraplegie. Für den hystero-traumatischen Charakter der Lähmung sprechen die Schlaffheit derselben; die Form der Anästhesie, welche nicht an die Vertheilung der Nerven gebunden war, sondern mit scharfen Grenzen abschnitt; das Fehlen einer Facialis-Lähmung; endlich der Umstand, dass zwischen der Einwirkung der Schädlichkeit und dem Auftreten der Lähmung eine intermedäre Zeit lag.

Sternthal: Die tertiär-syphilitischen Affektionen des Penis (Archiv für Dermatologie und Syphilis. Heft I und II, 1893.)

Die tertiär-syphilitischen Affektionen des Penis treten häufig ganz isolirt auf, sind schwer zu diagnosticiren und werden oft verwechselt mit Ulcus molle, Primäraffekten des Lues (Reinfektion) oder mit Epitheliomen. BÜCHLER nimmt mit MAURIAC, FOURNIER u. A. eine pustulo-ulceröse und eine gummöse Form an. Die pustulo-ulceröse Form beginnt mit einer Pustel — jedoch kann nach FOURNIER gleich ein Ulcus ohne vorhergehende Pustel auftreten, — welche zu einer Kruste vertrocknet, unter der sich ein scharf begrenztes, einem Ulcus molle oft sehr ähnelndes Geschwür bildet. Diese Geschwüre, welche meist auf der Glans penis sitzen, trotzen einer rein lokalen Behandlung. Häufiger ist die zweite, die gummöse Form, bei welcher grössere Flächen, z. B. die ganze Eichel, von Infiltraten eingenommen werden, die vom Centrum aus rasch zerfallen. Durch Zusammenfliessen mehrerer Geschwüre können Nierenformen entstehen. Ueber die Grenzen der Infiltrate geht die Ulceration nicht hinaus; letztere kann überhaupt bei zeitiger Behandlung verhütet werden; die Infiltrate verschwinden

alsdann, ehe es zur Ulceration kommt. Das Gumma penis wird hauptsächlich auf der Corona glandis und im Sulcus retroglandularis angetroffen; es bildet erbsen- bis mandelgrosse und grössere Knoten, von der Härte einer Initialsklerose. In den Corpora cavernosa penis finden sich ebenfalls cirkumskripte Gummata als knorpelharte Knoten. Sie sitzen gewöhnlich im hinteren Drittel des Penis, verlaufen äusserst chronisch, erweichen fast nie und trotzen der Behandlung sehr hartnäckig. Ausserdem finden sich dort mehr diffuse Infiltrate, welche häufiger geschwürig zerfallen. Von der letzteren Art theilt Verfasser 3 Fälle eigener Beobachtung mit. — Von den circumskripten, syphilitischen Knoten sind oft schwer zu unterscheiden nicht syphilitische, harte, aber immer oberflächlich sitzende, scheibenförmige Indurationen, welche bisweilen in der fibrösen Hülle oder im septum der corpora cavernosa, meist im vorderen Theile der Dorsalfläche des Gliedes vorkommen. Ihre Entstehung ist noch unbekannt. Auch die Harnröhre kann primär an tertiären Affektionen erkranken; es entstehen mehr oder weniger grosse Infiltrate, welche die Harnröhre in einen knorpelharten Cylinder umwandeln können, oder die Schleimhaut der Harnröhre ist der Sitz von Geschwüren oder Knoten. Diese Erkrankungen können gelegentlich eine akute oder chronische Gonorrhoe vortäuschen. Therapeutisch ist bei allen Erkrankungen des Penis der Gebrauch von Jodkali in hohen Dosen angezeigt.

Jeanselme: Ueber Scharlachrecidive. (Arch. génér. de méd. 1892. Juni u. Juli — Centralbl. f. klin. Medizin Nr. 6, 1893).

Die abnormen Eruptionen, welche im Verlaufe oder nach Ablauf einer Scharlacherkrankung auftreten können, sind in Frankreich fast unbekannt. Verfasser hat daher unter Zugrundelegung der ausländischen, speziell der reichhaltigen deutschen Literatur diese zum Gegenstande der Bearbeitung gemacht, und derselben auch eine Anzahl eigener Beobachtungen hinzugefügt. Er theilt die Exantheme in 3 Gruppen: die Pseudorecidive, die Recidive und die zweitmaligen Erkrankungen.

Man bezeichnet als Recidiv ein neues Exanthem, welches vor dem Abfall der Temperatur auftritt, im Verlauf von Scharlachfällen, deren Fieberperiode sich in abnormer Weise verlängert. Charakteristisch ist das Pseudorecidiv durch sein morbilliformes Aussehen; die einzelnen Flecke fliessen nur langsam und allmählich in eine fortgesetzte Fläche zusammen.

Das Auftreten von Recidiven findet unbeeinflusst von Alter und Geschlecht statt. Die Anhäufung von zahlreichen Scharlachkranken in engen Räumen, Schiffs- und Kasernenepidemien können ihren Eintritt begünstigen. In der Regel tritt das Recidiv in der 3.—4. Woche der Erkrankung auf; es erscheint bei allen Fällen, sowohl den gutartigen wie den schweren, und nichts im Verlaufe der ersten Erkrankung deutet auf eine Wiederkehr des Exanthems hin. Das Recidiv ist kein abgeschwächtes Bild der ersten Erkrankung; nicht allein der Ausschlag, sondern die ganze Krankheit tritt wieder auf und nimmt ihren cyklischen Verlauf. Die Prognose ist meist günstig.

Das Intervall zwischen zwei Erkrankungen an Scharlach ist sehr verschieden; meist liegen nur wenige Monate zwischen dem Auftreten der 2 Exantheme. Der Verlauf der zweiten Erkrankung zeigt kein besonderes Merkmal; sie verläuft meist günstig. Man muss sich bei der Diagnose vor Verwechslung mit skarlatiniformen Erythemen hüten; noch mehr ist dies der Fall bei den mitgetheilten Fällen von mehrmaliger Erkrankung an Scharlach, von denen nur wenige sichergestellt erscheinen. Einige Erscheinungen deuten auf eine hereditäre Disposition zu nochmaliger Erkrankung hin.

Ueber die Genese der Recidive gibt es zwei Anschauungen: Recidive sowohl wie zweitmalige Erkrankung sind Folge einer neuen Infektion von aussen oder aber sie sind nur Manifestation des im Körper noch vorhandenen Virus. Diese Anschauungen führen zu folgenden Massnahmen in prophylaktischer Beziehung: Man sorge für strenge Antisepsis der Mund- und Rachenhöhle; man trenne Scharlachkranke in verschiedenen Stadien der Erkrankung von einander; auch Personen, die bereits an Scharlach erkrankt waren, müssen Scharlachkranke möglichst vermeiden.

Dr. E. Kiwull (Wenden): **Zur Behandlung gangränverdächtigen Hernien.** — (St. Peterburger Medizinische Wochenschrift Nr. 41, 1892.)

Kiwull sagt: Bei der eminent praktischen Bedeutung der Therapie der Hernien erscheint es berechtigt, auch an dieser Stelle auf einige zur Zeit noch strittige Punkte in dieser Frage einzugehen und dieselben einer Besprechung zu unterwerfen. Ich meine im Speziellen die Behandlung gangränverdächtiger Darmbrüche. Trotzdem die klinische Beobachtung schon seit lange gezeigt hatte, dass man eine Darmschlinge — wenn man nur genügend anti- resp. aseptisch verfuhr, längere Zeit extraperitoneal belassen konnte, ohne dass daraus dem Träger besondere Gefahren erwuchsen, ist dieses Prinzip bei der Therapie der Hernien bisher noch wenig berücksichtigt worden. Erst die letzten Jahre haben uns einzelne spärliche Beobachtungen gebracht, wo man bei Verdacht auf Gangrän die Schlinge nicht in die Bauchhöhle reponirte, auch nicht resecirte, sondern dieselbe ausserhalb der Bauchhöhle sorgfältig aseptisch beliess und sie erst dann reponirte, als sie sich erholt hatte.

Dass man bei einer Herniotomie einen wenig injicirten und spiegelnden Darm, der auch am einschnürenden Ring keine auffälligen pathol.-anat. Veränderungen darbietet, sofort nach Lösung der Einklemmung in die Bauchhöhle reponirt, erscheint Jedem selbstverständlich. Darüber aber wie man bei einem gangränverdächtigen Darm vorgehen solle, gehen die Ansichten noch sehr auseinander. — Mögen die gebräuchlichen Lehrbücher noch so subtile Untersuchungsmittel angeben, wann man den Darm reponiren dürfe, wann nicht — in der Praxis steht man häufig genug rathlos da. Trotzdem man auf Glanz, Belag, Geruch, Farbe der Schlinge und des Bruchwassers geachtet und scheinbar alle Regeln befolgt hat, wird man nach Reposition häufig genug schliesslich von einer septischen Peritonitis überrascht. Natürlich wird eine grosse Erfahrung viele solcher Fälle wohl vermeiden können — aber wonach soll sich eben Der richten, dem diese grosse Erfahrung nicht zu Gebote steht? Dabei beträgt die Mortalität nach Herniotomien in der antiseptischen Zeit 36·6 Perzent (B. Schmidt). Unter den verschiedenen Ursachen dieser Mortalität bleibt doch immer eine der bedeutendsten und wichtigsten die, dass nach Reposition doch schliesslich Gangrän und Perforation der Schlinge eintrat und dadurch eine septische Peritonitis veranlasst wurde. Nächstdem führt die pathologische Anatomie als Todesursache Perforation auf, die nicht in der incarcerirten Schlinge, sondern oberhalb derselben eintrat, bedingt durch die faulige Zersetzung des stagnirenden Darminhalts und dessen Einwirkung auf die Darmwand. Ferner folgen Sepsis durch Ptomainresorption, septische lobuläre Pneumonien, endlich die vagen Todesfälle ohne anatomisches Substrat, Shok etc.

Füt unsere heutige Betrachtung hat im Wesentlichen nur die perforative Peritonitis Bedeutung, die von der incarcerirte Schlinge ihren Ausgang nahm — da bei der oben erwähnten «extraperitonealen» Behandlung suspecter Schlingen derlei Todesfälle wohl ziemlich sicher vermieden werden können.

Was die gebräuchliche Therapie gangränverdächtiger Hernie angeht, so wäre zunächst die Resorption zu erwähnen. Bei dieser ist es zum mindesten nicht zu verantworten, wenn gleich an die Reposition die Radicaloperation geschlossen wird. Mehr Vertrauen verdient da noch der Vorschlag von Hahn, die Schlinge zu reponiren, nachdem man sie in ein Stück Jodoformgaze eingehüllt — aber auch dabei kann es bei Perforation der Schlinge zu Peritonitis kommen. — Auch die mehrfach gemachte Empfehlung, die verdächtige Schlinge zu reponiren und den Bruchsack durch einen Gazetampon oder Drain offen zu halten — mag in vielen Fällen genügen. Man verlässt sich nur eben darauf, dass der Darm, in seiner Peristaltik gelähmt, an der Bruchpforte liegen bleibt. Ob das aber unter allen Umständen zutreffend ist, ist noch bisher definitiv nicht festgestellt.

Die Anlegung eines anus präternaturalis käme bei blossem Verdacht auf Gangrän wohl kaum in Frage. Bei manifester beträgt Gangrän dabei die Mortalität nach Riegel und Kocher 80 Perzent.

Was die primäre Darmresektion und Naht bei gangränverdächtigen Schlingen angeht, so haben sich die Resultate, die früher

so abschreckende waren, jetzt wesentlich gebessert. Trotzdem ergibt eine Zusammenstellung von 155 Fällen von Darmresektion und Naht aus den Publikationen aller Länder eine Martalität von 37·5 Perzent.

Jetzt frage ich, sind wir berechtigt, bei einer Mortalität von 37·5 Perzent auch gangränverdächtige Fälle sofort primär zu reseciren und zu nähen, wo die Möglichkeit vorliegt, dass bei expektativem Verhalten sich die Schlinge erholt und nach wenigen Tagen unbeschadet reponiren lässt. Ich glaube kaum, sobald der klinische Nachweis geliefert ist, dass man gangränverdächtige Schlingen in dieser Weise mit Erfolg behandelt hat. Und dieser Nachweis kann geliefert werden. Uns liegen mehrere gut beobachtete Krankengeschichten vor. R. GRAEFE reponirte eine 3 Tage lang eingeklemmt gewesene gangränverdächtige Schlinge nicht, sondern fixirte sie durch Nähte vor der Bauchwand. Die Schlinge erholte sich und wurde nach 5 Tagen sekundär versenkt. Genesung. — Einen weitern Fall gibt uns ROVSING. Eine 3 Tage incarcerirte, sehr suspekte Schlinge wird mittelst Saturen an der Bauchwand fixirt. Nach 4 Tagen Reposition, da sich die Schlinge erholt hatte. Augang in Genesung.

Roubleff: Zur Kenntniss der Lungensyphilis. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. Heft I. u. II., 1893).

ROUBLEFF gelangt aus seinen Untersuchungen über die tertiär-syphilitischen Affektionen zu folgenden Schlüssen: 1. Es gibt keine spezifischen, pathognomonischen Symptome für Krankheiten, die Diagnose muss auf der Gesammtheit aller Symptome beruhen. 2. Die Syphilis der Lunge ist ziemlich häufig mit der Lungenschwindsucht vergesellschaftet. 3. Gummata der Lunge scheinen häufiger vorzukommen, als man allgemein glaubt. 4. Bei einem Kranken, welcher verschiedene Symptome der Phthise darbietet, muss der Arzt immer an die Möglichkeit einer syphilitischen Affektion der Lunge denken und muss in eingehendster Weise seine Untersuchungen nach dieser Richtung vornehmen, indem er sich zu diesem Zwecke aller in seiner Gewalt befindlichen Mittel: der Laryngoskopie, Ophthalmoskopie, Otoskopie und Rhinoskopie bedient. Sehr häufig wird auf diese Weise die Diagnose auf die richtige Bahn gelenkt. 5. Ein positives, durch bakteriologische Prüfung erhaltenes Resultat führt oft zu einem richtigen Entscheid. 6. Jedoch können beide Affektionen nebeneinander bestehen. 7. Die Gummata der Lungen sind immer einer Heilung zugänglich, solange der Organismus nicht zu geschwächt ist, um auf den Einfluss der Behandlung noch reagiren zu können.

SATTERTHWAITE erwähnt zunächst, dass in der Lunge oft Gummen gefunden werden; in anderen Fällen sieht man Knötchen, die denen der miliaren Tuberkulose ähnlich sind, aber keine Tuberkelbacillen enthalten; in anderen haben wir die fibröse Induration. Das fibröse Gewebe ist zuerst durchscheinend bläulich, später weiss glänzend. Wenn die miliaren Herde mit einander verschmelzen und erweichen, so bilden sich gewöhnlich kleine Höhlen, meist in den Spitzen wie bei tuberkulöser Phthise. Ausserdem findet man häufig fibröse Pleuritis und Ergüsse in der Pleurahöhle. Lungensyphilis ist selten. Von 95 Patienten, die als tuberkulöse Phthisiker zur Sektion kamen, hatten 12—13% syphilitische Erscheinungen in der Lunge. Von diesen 12 Fällen boten 6 reine Beispiele von syphilitischer Phthise; in den anderen 6 fand sich neben Syphilis auch Tuberkulose. Die Lungensyphilis begünstigt offenbar das Entstehen der Tuberkulose. Was die Symptome angeht, so fand SATTERTHWAITE gewöhnlich beschleunigte Athmung und Dyspnoe. So lange nur eine weitverbreitete Dissemination von miliaren Knötchen oder kleinen Gummen vorhanden war, konnte für die Dyspnoe durch Auskultation oder Perkussion keine Ursache gefunden werden. Husten war ein zeitiges Symptom. Die Expektoration war zuerst gering, in vorgeschrittenen Fällen reichlich. Hämoptoen und Nachtschweisse kommen gewöhnlich nicht vor, selbst in vorgeschrittenen Fällen ist Emaciation nicht häufig, ebensowenig Fieber. War fibröse Induration vorhanden, so erhielt man bei der Perkussion die Zeichen beginnender Verdichtung. Die Gummata bevorzugen den mittleren und unteren Lappen. Traten Zerstörungen in der Lunge ein, so fand sich gewöhnlich reichliche Albuminurie und urämische Symptome. Die Behandlung erzielt gute Erfolge.

NIKOULINE unterscheidet drei Arten von syphilitischen Pleuritiden: eine, welche in Zusammenhang mit Lungensyphilis entsteht, Pleuropneumonia syphilitica, eine, welche die Folge von Periostitis der Rippen ist, Peripleuritis syphilitica und die primäre syphilitische Pleuritis und wählt als Erläuterung für die zwei letzten Arten zwei Krankengeschichten: Bei dem ersten Patienten fand sich unterhalb des rechten Schulterblatts eine Vorwölbung, abgeschwächter Perkussionsschall und abgeschwächtes Athemgeräusch. Negativer Erfolg verschiedener Probepunktionen. Gebrauch von Jodkali. Heilung. Der zweite Patient erkrankte 19 Jahre nach der Infektion an Husten, Dyspnoe, mässigem Fieber und Schmerzen in der rechten Seite und in den Fossae infraclaviculares, besonders bei tiefem Athemholen. Da alle angewendeten Mittel bei dem schon sehr heruntergekommenen Patienten nichts nützten, wurde Jodkali verordnet und nach einigen Wochen waren alle Beschwerden verschwunden.

Prof. Pick (Prag): **Beiträge zur Lehre von den Hallucinationen.** (Neurol. Centalbl. Nr. 11, 1892. — Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie Jänner, 1893).

In dem ersten Abschnitt «Ueber Hallucinationen in krankhaft veränderten sensorischen Mechanismen» theilt PICK mit, einen von Holland und einen neuen, den er bei einem Paralytiker beobachtet hat, bei welchen im Anschluss an schwere motorische und sensorische Aphasie (ataktische Aphasie mit Worttaubheit) sich nach einigen Tagen, nachdem die Erscheinungen ganz oder nahezu ganz abgeklungen waren, für wenige Stunden Gehörshallucinationen einstellten, mit deren Aufhören auch die letzten Reste der Aphasie verschwanden. Bei dem von PICK selbst beobachteten Kranken ist noch interessant, dass der Anfall sich nach einiger Zeit in derselben Weise wiederholte und dass beide Mal die Gehörstäuschungen rechtsseitig auftraten; bei einem *dritten* Anfalle liess wegen der bereits eingetretenen psychischen Schwäche die Einseitigkeit der Hallucinationen sich nicht feststellen.

PICK erklärt diese Hallucinationen durch ein abnormes Mitfungiren des noch nicht restituirten Sprachmechanismus («ataktisch-aphatische Hallucinationen»). —

Im zweiten Beitrag, welcher den «Einfluss des psychischen Factors bei Hallucinationen des Gehörs und Gesichts» behandelt, theilt PICK zwei Fälle von Gehörshallucinationen mit, wo auf dem schwächeren hörenden Ohre keine Stimmen vernommen wurden. Verstopfung des normalen Ohrs liess im ersten Falle die Stimmen vollständig schwinden, während die Beseitigung der Schwerhörigkeit auf dem anderen Ohre (welche durch Verstopfung mit Ohrenschmalz bedingt war) dazu führte, dass die Stimmen bald auch auf diesem Ohre gehört wurden.

PICK leitet daraus einen Einfluss der Vorstellung des Nicht-Hörens resp. Hörens auf das Ausbleiben resp. Auftreten der gleichzeitigen Hallucinationen ab, wenn er auch die Möglichkeit zugibt, dass die mit dem Freiwerden des Gehörganges zur Empfindung kommenden Gehörseindrücke illusorisch umgedeutet werden. — Ferner berichtet PICK über einen Fall von Gesichtshallucinationen, die in Gestalt von grauen Figürchen auftraten und durch Vorhalten von Vergrösserungs- und Verkleinerungsgläsern grösser resp. kleiner, ebenso wie sie bei Vorhalten von farbigen Gläsern in den entsprechenden Farben gesehen wurden.

Im 3. Abschnitt bespricht PICK einige Fälle von einseitigen Hallucinationen in mehreren Sinnen. Zuerst kamen linksseitige Gehörshallucinationen, die beim Verstopfen des linken Ohres sistirten, dann linksseitige Gesichtshallucinationen und schliesslich verbanden sich damit dem Inhalt der Gehörshallucinationen entsprechende Gefühls- und Geruchshallucinationen auf der linken Seite. PICK scheint es bemerkenswerth, dass gerade in jenen drei Sphären einseitige Hallucinationen zur Beobachtung kamen, deren Territorien in der Rinde aneinander grenzen.

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 15. d. M. abgehaltenen wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Klubs hielt Dr. Zapert einen Vortrag über die Bedeutung der eosinophilen Zellen, worauf Dr. Herz über die wahren Krankheiten des Blutes vortrug. Der ausführliche Bericht erscheint in der nächsten Nummer. Die Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte am 17. d. M. unter dem Vorsitze Dr. Hoffmann's brachte einige interessante Demonstrationen und zwar stellte Dr. H. Weiss einen interessanten Fall von Akromegalie vor, worauf Primarius Riehl das Präparat des in der letzten Sitzung demonstrirten und nachher operirten Hemiangioms zeigte. Prof. Lorenz stellte einen nach eigener Methode geheilten Fall von Caput obstipum vor, an welchen sich eine lebhafte Diskussion anschloss. Besonderes Interesse erregte Hofrath Billroth durch die Vorstellung eines Fiakers, welcher in seiner frühesten Kindheit durch Ueberfahrenwerden die Diaphyse des rechten Oberarmes verloren hatte und bei dem der rechte Arm nicht blos funktionstüchtig blieb, sondern sogar einen bedeutenden Grad von Kraft behielt. Billroth demonstrirte hierauf einen riesigen Gallenstein, welchen er er bei einer Frau aus dem kolossal erweiterten Ductus choledochus extrahirt hatte. — Dozent Dr. L. v. Frankl-Hochwart hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Zur Kenntniss der cerebralen Anästhesien.» Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung findet sich in der nächsten Nummer.

(Universitäts- und Personal- Nachrichten.) Emil du Bois-Reymond, der Begründer der Elektro-Physiologie, feierte am 11. d. M. sein 50jähriges Doktor-Jubiläum. Die Berliner Universität, insbesondere die medizinische Fakultät und viele andere wissenschaftliche Kreise des Deutschen Reiches benützten den Anlass, um dem gefeierten Gelehrten ihre Huldigung darzubringen. Der Kultusminister brachte ihm die Ernennung zum Geheimen Ober-Medizinalrath mit dem Range eines Rathes 2. Klasse. Die Akademie der Wissenschaft überreichte eine Adresse, die Prof. Mommsen verlas. Die Glückwünsche der Universität überbrachte der Rector Virchow, der medizinischen Fakultät der Dekan Prof. Dr. Jolly, der Berliner medizinischen Gesellschaft Geh. Sanitätsrath Dr. Siegmund, des Vereines für innere Medizin Geh. Medizinalrath Prof. Dr. Leiden. Eine grosse Zahl von auswärtigen medizinischen Fakultäten und Korporationen waren durch Delegirte vertreten oder liessen Adressen überreichen. — Demnächst feiert daselbst auch der berühmte Historiker, der Professor der Geschichte der Medizin A. Hirsch, sein 50jähriges Doktor-Jubiläum. — In Klausenburg feierte der dortige Professor der Chirurgie, Prof. Dr. Josef Brandt, am 6. d. M. das 25jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen Thätigkeit. Die grosse Beliebtheit, deren sich dieser ausgezeichnete Chirurg und Lehrer erfreut, kam bei diesem Anlasse in lebhafter Weise zum Ausdruck.

(Projektirte Bauten für die Wiener medizinische Fakultät.) In der Sitzung des Budget-Ausschusses des Abgeordnetenhauses vom 14. d. M. erstattete Unterrichtsminister Freiherr v. Gautsch über die bevorstehende Ergänzung der Wiener Universität die folgenden Ausführungen.

Minister für Kultus und Unterricht Dr. Freiherr v. Gautsch besprach zunächst die Frage des Baues einer chirurgischen Klinik des Professors Hofrathes Billroth im grossen Hofe des allgemeinen Krankenhauses in Wien. Nach dem von Hofrath Professor v. Gruber ausgearbeiteten Detailprojekt stellen sich die Gesammtkosten dieses Baues auf cirka 400.000 Gulden. Ueber dieses Projekt wurde Mitte des Jahres 1890 die Verhandlung mit dem Ministerium des Innern eingeleitet, da es sich um Ausführung eines Baues auf einer Area handelt, über welche die Verfügung dem gedachten Ministerium ressortmässig zusteht. Anfangs 1891 übermittelte das Ministerium des Innern das Gutachten des Obersten Sanitätsrathes, welcher den für die Billroth'sche Klinik geplanten Bau nur unter der Voraussetzung für zulässig erachtete, dass gleichzeitig auch die chirurgische Klinik des Professors Hofrathes Albert mit adäquaten Einrichtungen ausgestattet, beziehungsweise dass an Stelle der gegenwärtigen Spitalskapelle ein Zubau zur Albert'schen Klinik hergestellt werde, wofür Hofrath v. Gruber ebenfalls einen Entwurf ausgearbeitet habe. Im August 1891 übermittelte das Ministerium des Innern das Gutachten des Hochbauten-Departements, wonach das Gesammt-Erforderniss für den chirurgischen Pavillon Billroth's auf 420.000 Gulden veranschlagt erscheint, gleichzeitig aber auch bemerkt wurde, dass mehrfache Aenderungen sowohl mit Rücksicht auf die Zweckmässigkeit als auch insbesondere auf die Bauökonomie wünschenswerth seien. Um diese Projekts-Modifikationen durchführen zu lassen, ferner um die Kosten der an der Albert'schen Klinik vorzunehmenden «adäquaten Massnahmen» wenigstens annäherungsweise kennen zu lernen, wurden die gesammten Operate im August 1891 an das Ministerium des Innern zurückgeleitet und dasselbe ersucht, durch das dortige Hochbauten-Departement 1. den Gruber'schen Entwurf für den Bau an der Albert'schen Klinik sowohl nach der technischen Seite als auch hinsichtlich der Kosten beurtheilen und 2. das Gruber'sche Projekt für den Bau der Billroth'schen Klinik in der angedeuteten Richtung umarbeiten zu lassen. Nachdem eine Fertigstellung dieser Operate bis nun nicht erfolgt sei, habe sich der Minister an den Minister-Präsidenten als Leiter des Ministeriums des Innern gewendet und könne nur versichern, dass er nichts verabsäumen werde, um baldigst in den Besitz der erforderlichen Gutachten zu gelangen. Eine Garantie dafür, dass für den in Rede stehenden Bau schon in den nächsten 5 bis 6 Wochen eine Gesetzvorlage eingebracht werde, könne der Minister unter den gegebenen Verhältnissen nicht übernehmen, zumal ja noch die Frage der Geldbeschaffung zu lösen, beziehungsweise die Verhandlung mit dem Finanzministerium zu pflegen sei. Aber immerhin glaube er sagen zu können, dass die erforderliche Regierungsvorlage spätestens in der Herbstsession dieses Jahres an das Abgeordnetenhaus herantreten werde.

Hinsichtlich des Ausbaues der sogenannten Gewehrfabrik, und zwar der erforderlichen Bauherstellung für die beiden physiologischen Institute und für das histologische Institut, bemerkt der Minister, dass bereits Projektentwürfe vorliegen, ebenso hinsichtlich der Bauführungen auf einem Theile der sogenannten «Bäckenhäusl-Realität» (Tabakregie 9 in der Währingerstrasse) Diesbezüglich schweben Verhandlungen mit dem Finanzministerium. Sollte das letztere in der Lage sein, einen Theil der Tabakregie-Area für Universitätszwecke zu widmen, so würde es möglich sein, das Programm des Unterrichtsministeriums bezüglich des Ausbaues der Gewehrfabrik zur Ausführung zu bringen, und würde höchstens eine kleine Grundparzelle zuzukaufen sein. Würde aber das Finanzministerium dem an dasselbe gestellten Ansinnen nicht willfahren können, dann bliebe nichts übrig, als an bedeutende Grundankäufe nächst der Gewehrfabrik zu schreiten.

(Das Wahlrecht der Distriktsärzte.) Anlässlich eines Rekurses hat der Verwaltungsgerichtshof am 1. Februar 1893 erkannt, dass den Distriktsärzten das passive Wahlrecht nicht zukomme. Die Begründung besagte, dass es sich hier keinesfalls um eine wörtliche, sondern nur um sinngemässe Auslegung des § 21 des Bezirksvertretungs-Gesetzes handle, dass per analogiam mit § 11 der Gemeinde-Wahlordnung für das Königreich Böhmen Personen, welche der Disciplinargewalt einer Körperschaft unterstehen, nicht zugleich Mitglieder dieser Körperschaft sein können.

(Aerztliche Standesordnung). Der ärztliche Bezirksverein Leipzig hat beschlossen, den übrigen sächsischen Bezirksvereinen folgenden Entwurf einer «ärztlichen Standesordnung in Sachsen» vorzuschlagen:

§ 1. Die Mitglieder des ärztlichen Standes haben im Verkehr mit dem Publikum und den Kollegen stets die Standesehre zu wahren und daselbst folgende Regeln nicht ausser Acht zu lassen.

§ 2. Jede Reclame in irgend welcher Form ist, als der Standeswürde nicht entsprechend, untersagt.

Das andauernde Anbieten ärztlicher Dienste in öffentlichen Blättern ist des Standes nicht würdig. Es soll daher eine Annoncirung bei der ersten Niederlassung nicht mehr als fünfmal in den ersten 14 Tagen, bei Wohnungswechsel und Wiederaufnahme der Praxis nicht über drei Tage erfolgen. — Diese Vorschriften finden auch auf die Polikliniken Anwendung.

Das andauernde Anerbieten unentgeltlicher Hilfe in der Tagespresse ist unstatthaft. Der Gebrauch des Wortes «Poliklinik» ist nur dann gestattet, wenn Unterrichtszwecke dabei verfolg werden. Die übrigen bisherigen Polikliniken haben die Benennung «unentgeltliche Sprechstunden u. s. w.» zu führen.

Sollte in einem besonderen Falle dringendes Bedürfniss zu öfterem Annonciren in der Tagespresse vorliegen, so ist die Genehmigung des Standesausschusses unter Nachweis des Bedürfnisses einzuholen.

§ 3. Die Bezeichnung als «Spezialist» kommt nur dem Arzte zu, welcher eine gründliche Kenntniss in dem betreffenden Spezialfach besitzt.

§ 4. Es ist unstatthaft, Anstalten von Kurpfuschern mit seinem Namen zu decken, mit Kurpfuschern zusammen zu konsultiren oder Kranke an dieselben zu weisen resp. zu empfehlen und über die Wirksamkeit sogenannter Geheimmittel Zeugnisse auszustellen, wie auch Reclame für irgend welche andere Mittel durch öffentliche Zeugnisse zu unterstützen.

§ 5. Die Uebernahme eines Kranken aus der Behandlung eines anderen Arztes ist nur dann zulässig, wenn der Letztere davon benachrichtigt worden ist.

Vorübergehende Vertretungen in Nothfällen und Berathungen im Hause des Arztes sind von dieser Beschränkung ausgeschlossen. — Kontrolbesuche im Auftrage einer Kasse bei Kranken anderer Aerzte zu machen, ist nur nach Benachrichtigung Letzterer zulässig.

§ 6. Eine Berufung zu einem Konsilium soll nicht ohne vorhergehende Benachrichtigung des behandelnden Arztes angenommen werden.

Bei Konsilien ist der Kurplan durch gemeinschaftliche Besprechungen festzustellen, die Ausführung desselben dem behandelnden Arzte zu überlassen.

§ 7. Es ist unzulässig, einen Kollegen durch Anbietung unentgeltlicher oder billigerer Hilfsleistung oder sonstwie aus einer Stellung zu verdrängen oder solches zu versuchen.

§ 8. Es ist unzulässig, die Behandlungsweise eines anderen Arztes dem Publikum gegenüber abfällig zu beurtheilen und herabzusetzen.

§ 9. Die Bezirksvereine können Schieds- und Ehrengerichte für ihre Mitglieder aufstellen. Gegen deren Entscheidung kann Berufung bei der Disziplinarkammmer eingelegt werden.

§ 10. Es soll zwar dem Arzte freistehen, unbemittelten Kranken das Honorar zu erlassen oder zu ermässigen, dagegen soll zahlungsfähigen Kranken — Kollegen oder deren Familie ausgenommen — weder das Honorar erlassen, noch ein niedrigeres als das ortsübliche bezw. vom Bezirksverein festgestellte, abgefordert werden.

§ 11. Verträge mit Gemeinden, mit Kranken-, Unfall-, Alters-, Invaliditäts- und sonstigen Kassen und Versicherungsanstalten dürfen nur nach den von den Bezirksvereinen aufgestellten oder aufzustellenden Normen und nach Prüfung durch die Bezirksvereine abgeschlossen werden.

Aufruf.

Mit Otto Kahler hat die klinische Medizin einen Vertreter verloren, der in jungen Jahren schon so viel für dieselbe geleistet hatte, dass es ausreichend wäre, ein langes Leben auszufüllen, von dem aber mit Recht noch eine weitere und bedeutendere Förderung dieses hochwichtigen Zweiges der Wissenschaft erwartet werden durfte.

So gesellte sich bei seinem Tode zu der tiefen, allgemein menschlichen Theilnahme, die Jeden erfassen musste, der wusste, wie muthig dieser für Lebensglück und edleren Lebensgenuss so reich veranlagte Mann mit seinem tragischen Geschick gerungen und wie heldenhaft er seinem Tode entgegengesehen, als er ihn selbst als unausweichlich erkannte, der Schmerz hinzu, dass ein so reges wissenschaftliches Schaffen so vorzeitig unterbrochen wurde.

Die Wunde, welche der Tod seiner Familie geschlagen, kann Niemand lindern zu wollen, sich unterfangen. Daran aber lässt sich denken, durch Zusammenwirken im Kreise seiner Freunde, Schüler und sonstigen Verehrer die Theilnahme für sein Schaffen auf dem Gebiete der klinischen Medizin noch über seinen Tod hinaus im Interesse dieses Wissenszweiges wirksam zu machen, und hierdurch den Verlust, den die Wissenschaft durch sein frühes Hinscheiden erlitten, wenigstens in Etwas zu mindern und zugleich sein Andenken in einer Weise zu ehren, die dem Sinne des Verstorbenen gewiss am Besten entspricht.

Von diesem Gedanken ausgehend haben sich die Unterzeichneten vereinigt, um dafür zu wirken, dass an der deutschen medizinischen Fakultät in Prag, als der Bildungsstätte, an der Kahler herangewachsen ist und den reichsten Theil seines wissenschaftlichen Wirkens entfaltet hat, eine seinen Namen tragende Förderung der klinischen Medizin bezweckende Stiftung errichtet werde, welche gewissermassen ihm noch weit über das Grab hinaus einen Einfluss auf die Entwicklung dieses Wissenszweiges an der ältesten deutschen Universität sichert.

Ein kleiner Grundstock hiefür ist durch eine Anzahl von Geldbeträgen gegeben, welche anstatt der üblichen Kranzspenden bei Kahler's Leichenbegängniss dem Decanat dieser Fakultät übermittelt wurden. Damit diese Summe aber zu einer den Zweck vollständig sichernden Höhe anwachse, ist die Betheiligung weiterer Kreise nothwendig.

So wenden sich denn die Unterzeichneten an alle Freunde, Schüler und sonstige Verehrer des Verstorbenen mit der Bitte, sich an der Errichtung einer Otto Kahler-Stiftung an der deutschen medizinischen Fakultät in Prag zu betheiligen und die Geldbeträge, die sie hiefür widmen, baldmöglichst Einem derselben zukommen zu lassen.

Prag, 6. Februar 1893.

Dr. Carl Claudi, Advokat, Ferdinandstrasse 21.
Prof. Dr. Carl Gussenbauer, Wenzelsplatz 58.
Prof. Dr. Ewald Hering, Wenzelsbad.
Prof. Dr. Philipp Knoll, Salmgasse 6.
Prof. Dr. Sigmund Mayer, Stefansgasse 28.
Sigmund B. Neustadtl, Graben 14.
Oskar Ostermann, Direktor der Böhm. Eskompte-Bank.
Dr. Julius Rihl, prakt. Arzt, Heinrichsgasse 19.

V. Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Der fünfte Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie wird in der Zeit vom 25.—27. Mai d. J. in Breslau tagen.

Die Sitzungen werden Vormittags von 8—12 und Nachmittags von 2—4 Uhr in der Universitäts-Frauenklinik abgehalten werden. — Zur Diskussion stehen die Themata: «Die Symphyseotomie» und die «Adnexoperationen, ihre Indikationen, Technik und Erfolge», für welche bereits Referenten vom Vorstande gewonnen sind. — Anmeldungen zu Vorträgen und Demonstrationen werden bis Anfang April an den I. Vorsitzenden des Vorstandes erbeten. Kranke, welche von Mitgliedern der Gesellschaft vorgestellt werden sollen, können nach rechtzeitiger Anmeldung Unterkunft in der Klinik finden.

Nähere Auskunft über alle den Kongress betreffenden Angelegenheiten zu ertheilen sind der I. Vorsitzende und der I. Schriftführer gern bereit.

Zu reger Betheiligung ladet ergebenst ein
der Vorstand der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie:

Fritsch (Breslau, Max-Str. 5.) I. Vorsitzender.
G. Veit (Bonn) stellvertretender Vorsitzender
Chrobak (Wien).
Schatz (Rostock) Kassenführer.
Pfannenstiel (Breslau, Kloster-Str. 1 f.) I. Schriftführer.
Dohrn (Königsberg).

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 26. Februar 1893** **Nr. 9.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Amblyopia diabetica.*)

Von

Prof. Ludwig Mauthner.

(Fortsetzung.)

IV.

Es werden am Auge diabetische Entzündungs- und Degenerationsprozesse beschrieben, die nicht, wie bei Blutungen, der Ausdruck einer allgemeinen Ernährungsstörung sind. Zwar ereignet es sich, dass die Diagnose des Diabetes erst durch die Blutung gemacht wird, aber in allen diesen Fällen ist die scheinbare Gesundheit täuschend oder vorgetäuscht; es lässt sich die Ernährungsstörung und der Kräfteverfall regelmässig nachweisen. Diese Blutungen sind daher auch prognostisch wichtig; ein Diabetiker, bei dem es schon zu Blutungen gekommen, gestattet keine günstige Prognose. Ein Fall von Umé 1875 bildet eine Ausnahme. Anders steht die Sache mit lokalen Entzündungen am Auge. Es wird zum Beispiel eine iritis diabetica beschrieben. So ein Diabetiker kann die Iritis sehr gut bestehen und nach Ablauf derselben frisch und munter weiter leben, wie es den allgemeinen Gesundheitszustand eines Syphilitischen nicht im Mindesten alterirt, wenn im Spätstadium der Syphilis die schwersten Augenerkrankungen auftauchen, die mit Erblindung endigen können.

Es kann also bei Diabetes einerseits zu einem immer weiter schreitenden Marasmus kommen, in dessen Verlaufe Blutungen im Sehorgan und, wie wir hören werden, auch Cataract sich einstellen kann, andererseits aber kann das beim Diabetes erzeugte Gift, ohne dass es die Blutmasse im Ganzen wesentlich verschlechtern und damit die Ernährung in toto beeinträchtigen würde, in einem bestimmten Organ (wir selbst ziehen nur das Sehorgan in Betracht) abgelagert werden und Entzündungsprozesse hervorrufen.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 6—7, 1893.

Die Rolle, welche der Zucker im Urin in beiden Fällen spielt, ist sicherlich nur eine sehr untergeordnete. Der Zuckergehalt des Harns ist nichts als ein, wahrscheinlich gar nicht konstantes Symptom der Erkrankung irgend eines Organs, die wir noch nicht mit Bestimmtheit kennen.

In neuester Zeit gewinnt die Ansicht immer mehr Anhänger, dass es sich um eine Erkrankung des Pankreas handle. Ist es eine «Pankreatitis», der das Krankheitsbild des Diabetes mellitus zu Grunde liegt, und könnten wir das kranke Organ palpiren und perkutiren und daraus dessen Entzündung erschliessen, dann würden wir die Diagnose machen, ganz gleichgiltig ob im Urin sich viel oder wenig oder gar kein Zucker findet. Das Sputum croceum ist ein Symptom der Pneumonie und so lange die Perkussion und Auskultation nicht gekannt war, machte man die Diagnose der Pneumonie aus dem Symptom des Sputum croceum. Heute aber kümmert man sich bei Stellung der Diagnose wenig darum, ob ein Sputum croceum da ist oder nicht, sobald die untrüglichen Zeichen der Lungenentzündung mit Stethoskop und Plessimeter festgestellt sind.

Der Fehler bei der Diagnose des Diabetes liegt auch noch darin, dass man sich ausschliesslich und allein an das Vorkommen von Zucker im Urin klammert. Fehlt dieses Symptom, dann gelten alle anderen nichts.

Was Glaucom ist, das wissen wir auch nicht. Die Krankeit selbst, die ich persönlich für eine weder mit Augenspiegel, noch sonst im Leben direkt nachweisbare seröse Chlorioiditis halte, können wir nicht fassen, so wenig als wir der zu den Erscheinungen des Diabetes führenden Organ-Erkrankung direkt beizukommen vermögen. Die steile Totalexcavation des Sehnerven ist uns ein Cardinalsymptom, aus dem wir das Glaucom diagnosticiren; aber wenn dieses Symptom in einem speziellen Falle fehlt, so werfen wir deshalb die Flinte nicht ins Korn, sondern halten uns an andere Symptome, aus denen wir ebenso sicher das Vorhandensein von Glaucom feststellen.

Ich kenne hier in Wien 4 männliche Individuen, die im Alter zwischen 50 und 56 Jahren sämmtlich dasselbe Krank-

heitsbild, nur in verschieden hohem Grade darboten. Ohne Fieber und ohne dass eine Organerkrankung jemals nachweisbar geworden wäre, entstand (in einem, dem leichtesten Falle nach schwerem häuslichen Kummer, in den 3 schweren Fällen ohne jede nachweisbare Ursache) fast plötzlich eine starke Abnahme des Körpergewichts (von 10 und mehr Kilo), einhergehend mit Abmagerung und Verfall der Muskelkräfte, der in zweien dieser Fälle im Verlaufe von nur wenigen Wochen einen solchen Grad erreichte, dass die Kranken nicht mehr die Kraft hatten, allein zu gehen und für Todeskandidaten galten. Diese fieberlose, zu so raschem Kräfteverfall führende Krankheit, ohne dass es möglich gewesen wäre, an einem tastbaren, klopfbaren oder horchbaren Organe eine Anomalie zu entdecken, hätte gewiss die einmüthige Diagnose eines akuten Diabetes mellitus hervorgerufen, wenn im Urin grössere Zuckermengen nachweisbar gewesen wären. Dem war jedoch nicht so. Zwar zeigte sich in den 3 schweren Fällen Zucker, aber nur in Spuren oder in sehr geringer Menge, wie dies bei Neurasthenie, Krebs und anderen Krankheiten gefunden wird. In der That wurde bei zweien der in Rede stehenden Kranken ein verstecktes Carcinom vermuthet. Allein alle 4 Kranke genasen; von zweien weiss ich, dass sie eine Kur in Karlsbad gebraucht. Alle 4 Individuen sind seit Jahren ganz gesund und rüstig.

Ich halte dafür, dass es sich in diesen 4 Fällen, wenigstens in den 3 schweren, um einen akuten «Diabetes mellitus», allerdings ohne «Diabetes» und ohne «Melliturie», d. h. um eine akute Erkrankung jenes Organs gehandelt hat, die dem konstitutionellen Diabetes zu Grunde liegt und deren gewöhnliches Symptom ein hoher Zuckergehalt im Harne ist, ohne dass jedoch Zucker unter allen Umständen da sein müsste. Fehlt doch der Zucker so häufig im Endstadium des Diabetes und beim Coma diabeticum. Ich glaube nicht, dass beim Coma diabeticum Zersetzungsprodukte des Zuckers es sind, welche das Blut vergiften, so dass es die Gewebe nicht mehr zu ernähren und in ihrer Funktion zu erhalten nicht mehr im Stande ist. Aber ist man andererseits zu dieser Annahme geneigt, dann steht doch nichts der Vorstellung im Wege. dass schwere Formen von Diabetes dadurch rasch zu Stande kommen, dass eben der Zucker nicht im Urin erscheint, sondern in Substanzen umgesetzt wird, die im Blute kreisend die Ernährungsfähigkeit desselben herabsetzen und so trotz der dem Körper reichlich und überreichlich zugeführten Nahrung in hohem Grade die Ernährung des Gesammtorganismus beeinträchtigen, so dass der rapide Gewichtsverlust und die enorme Abnahme der Körperkräfte erklärlich wird. Demnach wäre eine «Pankreatitis», die wir, um die Erkrankung eines bestimmten Organes zu nennen, dem konstitutionellen Diabetes unterlegen wollen, gefährlicher, wenn dabei k e i n Zucker im Urin erscheint.

Persönlich stelle ich mir die Sache ein wenig anders vor. Ich glaube, der Zucker hat mit den giftigen Substanzen, die sich beim Diabetes entwickeln, überhaupt nichts zu thun. Die Schwere des Diabetes hängt nicht von der Zuckermenge im Urin, ja nicht einmal davon ab, ob der Zucker bei antidiabetischer Diät aus dem Urin verschwindet oder nicht; dieselbe hängt vielmehr nur davon ab, ob eine geringere oder grössere Menge von Diabetes-Toxinen gebildet wird.

Demnach müsste es auch Fälle von «schwerem» Diabetes (das sind solche, bei denen der Zucker bei antidiabetischer Diät nicht verschwindet, ja sogar im hohen Perzentsatze verharrt) geben können, bei denen die Ernährung nicht leidet, falls nur wenig Toxine gebildet werden. Ich will zwei solche Fälle casuistisch vorführen, besonders da dieselben für den Gegenstand, den wir abhandeln, wichtig sind. Den e i n e n Fall entnehme ich der ophthalmologischen Literatur. Er stammt aus der Göttinger Augenklinik und ist von F. WIESINGER (1885) publicirt. Bei dem im Jahre 1885 62jährigen Patienten wurde anno 1867 Amblyopie und Diabetes diagnosticirt. v. GRAEFE schickte ihn nach Karlsbad, a b e r d i e A m b l y o p i e w u r d e n i c h t b e s s e r. Zurückgekehrt wurde Patient als ein Fall von Amblyopie, wahrscheinlich in Folge von Diabetes mellitus von v. GRAEFE in der Klinik vorgestellt. A n d e r e U r s a c h e n, i n s b e s o n d e r e A l k o h o l i n t o x i k a t i o n, k o n n t e n a u s g e s c h l o s s e n w e r d e n. Trotz allerlei Behandlungweisen wurde die Amblyopie nicht besser. Erst im Winter 1870/1 trat g a n z v o n s e l b s t eine allmälig fortschreitende Besserung ein, so dass Patient im Jahre 1873 die Stelle eines Kassiers annehmen konnte. A n t i d i a b e t i s c h e D i ä t h a t t e P a t i e n t d i e g a n z e Z e i t ü b e r n i c h t g e h a l t e n, a u c h s o n s t k e i n e B e h a n d l u n g e r f a h r e n. D a s A l l g e m e i n b e f i n d e n i n d e n l e t z t e n 10 J a h r e n w a r s t e t s g u t g e w e s e n. Im Dezember 1879 wird beiderseitige Iritis und Verfärbung der Papille konstatirt. Urin enthält 4 Perzent Zucker, der bei strenger Diät allmälig verschwindet. Nach Ablauf der Iritis rechts Sehschärfe 20/200, links 20/70 nahezu; beiderseits ein «kleines, horizontales, ovales, paracentrales Farbenscotom», rechts deutlicher als links. 1880: Körpergewicht in den ersten 2 Monaten des Jahres um 6¼ Pfund gestiegen; Sehvermögen besser als vor der Iritis; fortgesetzte Fleischdiät; U r i n e n t h ä l t e i n e n i c h t u n b e t r ä c h t l i c h e M e n g e v o n Z u c k e r. 1883: Vollkommenes Wohlbefinden bei fortgesetzter Diät, stetige Zunahme des Körpergewichts; s t a r k e Z u c k e r r e a k t i o n. Am 5. Oktober 1885 berichtet der 62jährige Kranke: Sehvermögen gut; Allgemeinbefinden trotz des seit mindestens 18 Jahren bestehenden Diabetes vollkommen; Patient besteigt Berge. Er hat aber auch die Diät ziemlich streng gehalten: dafür zeigt der übersendete Urin bei einem spezifischen Gewicht 1·030 nicht weniger und nicht mehr als — f ü n f P e r z e n t Z u c k e r, kein Eiweiss.

Das ist doch einmal eine heitere Diabetes-Krankengeschichte. Ein Diabetiker, der eine Amblyopia «diabetica» bekommt, die auf Karlsbad und Diät nicht besser wird, so dass Patient seinen Beruf aufgeben muss, die aber dann, nachdem der Kranke die Diät und jede Behandlung zum Orcus befördert, sich allmälig und stetig bessert, bis der Kranke wieder lesen und schreiben kann und wieder berufsfähig wird; der eine beiderseitige Iritis erwirbt, die, trotz der merkwürdigen Erfahrung, die man mit der Amblyopie gemacht hatte, wieder für «diabetisch» erklärt wird; der bei fast ausschliesslicher Fleischdiät immer mehr an Körpergewicht zunimmt, immer besser sieht und dabei i m m e r m e h r Z u c k e r im Urin hat, bis er endlich im Alter von 62 Jahren bei r e l a t i v b e s t e m S e h v e r m ö g e n, bei v o l l k o m m e n g u t e m A l l g e m e i n b e f i n d e n und beim h ö c h s t e n — Z u c k e r g e h a l t angelangt ist!

Ich kann eine zweite Krankengeschichte beifügen, die vielleicht noch interessanter ist. Herr v. X. ist jetzt (1893) 70 Jahre alt. Vor z w a n z i g Jahren (1873) wurde zum ersten Male Zucker im Harne nachgewiesen. Ich lasse die Analysen folgen, die vom Jahre 1877 an regelmässig gemacht wurden. Ich habe im Allgemeinen aus den verschiedenen Analysen eines Jahres jene mit dem grössten Zuckergehalt herausgenommen. Eiweiss war stets nur in Spuren vorhanden. Im Jahre 1889 hat Patient eine schwere Influenza mit Lungenaffektion glücklich überstanden. Das nur zum Theile ergraute Haar, die aufrechte Haltung, der elastische Gang lassen Herrn v. X. jünger erscheinen als er wirklich ist. Zu meinem Erstaunen erfahre ich, dass Herr v. X. die Diät sogar strenger hält, als es jetzt gewöhnlich üblich ist, indem er nur ausnahmsweise ein Stückchen Brod zu sich nimmt. Es dürfte wohl selten vorkommen, dass Harnanalysen bei einem Diabetiker durch 20 Jahre vorliegen. Die Zusammenstellung ergibt das Folgende:

	Datum	Sp. Gewicht	Zucker
1873	10. Juni	?	über 0·5 Perzent
1877	30. März	1·035	6 «
«	18 August	1·028	in Spuren (nach Karlsbad)
1880	12. Jänner	1·028	5 Perzent
1881	24. März	1·028	5·2 «
1882	4. März	1·033	5·7 «
1883	21. Dezember	1·028	3·1 «
1884	27. August	1·034	circa 5 «

	Datum	Sp. Gewicht	Zucker	
1884	27. September	1·025	0·7 Perzent	(in Karlsbad)
1885	14. Jänner	1·036	5·5 »	
1886	30. Oktober	1·032	3·2 »	
1887	5. März	1·030	2·9 »	
1888	11. Juli	1·022	1·8 »	
1889	31. Mai	1·028	3·2 »	
1890	1. Jänner	1·029	1·55 »	
1891	10. Jänner	1·033	4·9 »	
1892	19. Juni	1·031	3 »	
»	7. Juli	1·031	2·6 »	
»	27. Juli	1·031	3·6 »	
»	22. August	1·027	0·7 »	(in Karlsbad)
»	6. September	1·017	0·1 »	(in Karlsbad)
»	30. November	1·024	1·8 »	

Die Analysen von 1873 bis inklusive 1883, sowie jene von 1866 bis inclusive 1889 wurden von demselben Untersucher (Professor Ultzmann) ausgeführt. Um die Tabelle, die mit dem Jahre 1873 beginnt, mit einer Analyse aus dem Jahre 1893 zu schliessen, habe ich selbst am 3. Februar d. J. den $2^1/_2$ Stunden nach dem Mittagmahle gelassenen Urin des Patienten untersucht. Der neue Halbschattenapparat von Schmidt und Haensch zeigte 4·45 Perzent Zucker an.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass Karlsbad einen momentan glänzenden, aber nur vorübergehenden Erfolg hatte. Patient theilt mir mit, dass auch die Pilulae Myrtilli Jasper den Zucker nahezu verschwinden machen, aber auch nur vorübergehend.

Die Untersuchung der Augen ergibt mit dem Spiegel: Links einzelne Streifen in den unteren zwei Dritttheilen der medialen Linsenhälfte und zwar sowohl in der vordern, wie in der hintern Corticalis; das hintere Kapselbild verschwommen. Alles Uebrige, in specie Sehnerv, Netz- und Aderhaut vollkommen normal. Das rechte Auge zeigt überhaupt keine Anomalie, es wäre denn, dass das hintere Kapselbild nicht so deutlich hervortritt, wie bei einem jungen Manne.

Das Sehvermögen eines jeden Auges ist ohne Glas: 5/6, mit + 0·75 D (1/50") 5/5, wobei dem linken Auge (mit der Linsentrübung) die Buchstaben schärfer hervortreten. Mit beiden, durch + 0·75 D korrigirten Augen ist V (Sehschärfe) = 5/4 voll, sage: Fünf Viertel voll. Für die Nähe gebraucht Herr v. X. + 1/11" (+ 3·7 D). Er liest damit Nr. 1 Jäger auf 13" (34 *cm*).

Vergleichen wir mit den Leistungen der Augen des Herrn v. X. jene, welche sonst ganz gesunde Augen eines Siebzigjährigen nach Donders aufweisen sollen, so ergibt sich: Die ursprüngliche Emmetropie hat sich mit 70 Jahren in eine Hypermetropie von circa 1/50 umgewandelt. Das stimmt für unseren Fall. Der Siebzigjährige hat keine höhere Hypermetropie, als ein Anderer, der nicht schon seit mindestens 20 Jahren an Diabetes leidet. Dagegen ist die Sehschärfe eines gesunden Siebzigjährigen 13/20; unser alter Diabetiker hat aber mit jedem Auge normale Sehschärfe 20/20 (5/5), mit beiden Augen nicht weniger als 25/20 (5/4)! Einem ursprünglichen Emmetropen verordnet Donders zum Lesen im Alter von 70 Jahren ein Glas + 1/7·5" (+ 5·33 D) und rückt ihm damit (wegen der herabgesetzten Sehschärfe des Greises) die Sehweite auf 10" (26 *cm*) herein. Unser jugendlicher Greis aber mit seiner übernormalen Sehschärfe kann selbst die feinste Schrift in der gewöhnlichen Leseweite lesen und bedient sich deshalb nur eines Glases + 1/11 (+ 3·7 D).

Ich sehe, wie sich der Schrecken in den Zügen meiner Leser malt. Sie fürchten, ich werde nunmehr zu dem Schlusse gelangen, dass durch einen schweren, mindesten 2 Jahrzehnte lang bestehenden Diabetes die Sehschärfe eines Siebzigjährigen auf eine ungeahnte Höhe gehoben werden könne. Auf eine solche Schlussfolgerung will ich verzichten, aber dafür darf man von mir nicht verlangen, dass ich die Cataractstreifen im linken Auge unseres Patienten für eine Folge des Diabetes halte.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Kenntniss der cerebralen Anästhesien.

Von **Dr. L. v. Frankl-Hochwart,**

Dozent an der Wiener Universität,

Redner bespricht zuerst das eigenthümliche Bild der Hemianästhesie, bei der es so auffallend ist, dass das Gehör, der Geschmack, der Geruch, das Gefühl einer Seite fehlt, während die Funktionen der kontralateralen Körperpartie intakt erscheinen, und doch ist das Sehen beider Augen beeinträchtigt; an beiden Augen zeigt sich Gesichtsfeldeinschränkung, die allerdings an dem Auge der anästhetischen Seite bemerkbarer ist. Selten nur sind Ausnahmen konstatirt. Ein ähnliches Bild kommt bisweilen bei anatomischen Erkrankungen vor. (Zerstörungen des hintersten Theiles der inneren Kapsel — Charcot.)

Auch Vortragender hat bei einem Hemiplegiker, der normale Optici hatte, Hemianästhesie links mit doppelseitiger Einschränkung beobachtet.

Schon Ballet und später Parinaud haben die Hypothese aufgestellt, dass die genannte Erscheinung sich vielleicht so erklären liesse, dass unsere Messmethoden am Auge sehr fein sind, während die für die übrigen sensiblen Qualitäten diesen Grad von Genauigkeit nicht erreichen können. Vielleicht — so meinten diese Autoren — leiden jedes Mal beide Seiten, wenn auch in verschiedenem Masse. Diese Ansicht blieb unbeachtet, da keinerlei direkte Beweise erbracht worden waren. Es war nun nothwendig mit genaueren Untersuchungsverfahren vorzugehen.

Für die Prüfung des Geruchs und Geschmacks fehlen genaue Methoden. Es blieb daher das Gehör (Bestimmen der Distanz, auf welche eine Uhr gehört wird) und die Hautsensibilität. (Rollenabstand am Dubois'schen Schlitten.)

Die zuerst versuchte Methode, die an der «gesunden Seite» gewonnenen Resultate mit Normaltabellen zu vergleichen, musste bald aufgegeben werden. Die Differenzen sind schon bei verschiedenen normalen Menschen so gross, dass solche Vergleichungen nicht zu bindenden Schlüssen führen können.

Zu klareren Resultaten führte ein anderes Verfahren, das darin bestand, dass Vortragender in einer Anzahl von Fällen (5) von Hemianästhesien genau Hörweite und Faradosensibilität ermittelte und nun Besserung oder Heilung der Symptome anstrebte. Trat mit der Hebung des Hörvermögens und der Sensibilität der anästhetischen Seite auch eine solche an der anderen auf — dann war ja der Beweis erbracht, dass die Störung ursprünglich beide Seiten betroffen hatte.

So wurde der faradische Strom am Oberarm einer Hysterica, die L. gar nicht, R. scheinbar gut fühlte, percipirt:

R		L
100 RA	Oberarm	0

Als der Patient sich wohler fühlte

R		L
108	Oberarm	90

bei einer plötzlichen Verschlechterung

R		L
96	Oberarm	75

So konnte man bei einem hysterisch Tauben bei Wiederherstellung des Hörvermögens finden, dass auch das andere Ohr nun auf weitere Distanz (die Differenz betrug an 30 *cm*) hörte.

Ferner konnte bei einem Mädchen, das rechts Kontraktur der Hand hatte, welche allmählig zurückging, beobachtet werden, wie auch die Kraft links allmählig zunahm.

Eine völlige Sicherstellung dieser Thatsache konnte durch die Hypnose erzielt werden. Es gelang cirkumskripte Analgesie einer Körperstelle zu suggeriren, und mit dem Sinken der sensibel faradischen Erregbarkeit dieser Seite sank auch die der anderen; bei Rückkehr der Sensibilität der analgetisch gemachten Stelle hob sich auch immer das Perceptionsvermögen

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 17. Februar 1893. (Autoreferat.)

der anderen Seite. Durch Kontrole an einer von der Suggestion nicht berührten Körperstelle (Gesicht) konnte nachgewiesen werden, dass nicht die Gesammtsensibilität leidet, sondern nur der zum Experimentiren bestimmte Körpertheil und die ihm gegenüber liegende Seite.

So fand sich z. B. bei einer Hysterica, die eine leichte Hypalgesie R hatte:

Vor der Hypnose

	Rechts		Links	
Gesicht L 85	Mittelfinger	Vorderarm	Mittelfinger	Vorderarm
	65	65	85	68

Suggestion, dass die rechte obere Extremität gefühllos sei.

Gesicht L 86	0	0	38↓	45

also fast unverändert.

Somit bedeutende Herabsetzung des Gefühls auch an der linken Seite.

Als bei Wiederkehr der Sensibilität die rechte Seite für den Strom wieder empfänglich wurde, hob sich auch das Perceptionsvermögen links.

In einem zweiten Falle war ebenfalls ursprünglich mässige Hemianästhesie; wurde dieselbe durch Suggestion verstärkt, so sank die Sensibilität der anderen Seite. Zum Schlusse als Patient fast geheilt war, war die Sensibilität an beiden Seiten gehoben. Am merkbarsten war dies für das Gehörvermögen.

	R		L
	21	Uhr anfangs	24
R wird Schwerhörigkeit suggerirt.			
	R		L
	16↓		17
am Tage darauf			
	R		L
	17	Uhr	29
Suggestion n. ob.	6↓		17↓
nach einer Stunde			
	19↑		26↑

Als Patient das Spital verliess und fast ganz geheilt war, wurde die Uhr percipirt:

R		L
48 (früher 19—21)	Uhr	54 (früher 24—29)

Aehnlicher Erfolg in einem dritten Falle. Zur Erklärung der hysterischen Hemianästhesie könnte trotzdem die Annahme der Erkrankuug e i n e r Hemisphäre genügen, wenn man annimmt, dass jede Hirnseite beide Seiten des Körpers mit sensiblen Fasern versieht. Für die motorischen Fasern ist ja diese Doppelversorgung längst bewiesen. Für das Auge wird in neuerer Zeit auch angenommen, dass jede Hirnhälfte Beziehungen zu allen 4 Retinahälften hat — allerdings in überwiegendem Masse für die kontralateralen. (Henschen, Wilbrand). Dass das Ohr mit beiden Hemisphären zusammenhängt, vermuthen Gowert, Wernicke und Strümpell. Moebius beobachtete doppelseitige Schwerhörigkeit bei Hemianästhesie. Für die bilaterale Versorgung mit sensiblen Fasern sprachen viele physiologische Untersuchungen, die zeigten, dass Beeinflussung der Sensibilität einer Seite auch die symmetrische Körperstelle der anderen Seite tangire. (Volkmann, Charcot's Transfertversuche, Hoppe, Friedmann, Urbantschitsch, Rumpf).

Völlig beweisend ist ein Fall Henschen's, der bei einem Kinde nach einem apoplektischen Insulte totale Aphasie, rechtsseitige Hemianopsie und rechtsseitige Lähmung fand; das Gefühl rechts war nur vermindert, und doch war der ganze Stabkranz links zerstört. Man kann sich die Sache wohl nur dadurch erklären, dass man annimmt, dass die rechte Hemisphäre auch Fasern für die rechte Seite führt.*)

Wie kann man sich nun anatomisch die doppelseitige Amblyopie erklären, die bei Hysterie, aber auch bei Kapselherden vorkommt?

*) Wie ich einer mündlichen Mittheilung Prof. Exner's gelegentlich der Debatte entnehme, wurde die doppelseitige sensible Versorgung von dem obgenannten Autor schon in dessen «Localisation» (1881) bewiesen. Mir war die betreffende Stelle vorher leider entgangen.

Zur Erklärung zieht Vortragender zwei Thatsachen heran: 1. dass die Fasern für die Netzhautperipheren lateral in der Sehbahn liegen. (Henschen auf Grund pathologisch-anatomischer Forschung.) 2. dass jede Hemisphäre zur gesammten Peripherie beider Retinen Fasern schickt (erschlossen aus dem Vorkommen der Einschränkung des Gesichtsfeldes an der sehenden Seite bei der Hemianopsie.)

Es ist nun gewiss nicht widersinnig anzunehmen, dass die Fasern für die Peripherie der gleichliegenden Retinahälften mit den Fasern für die peripheren kontralateralen Retinatheilen gehen; somit würde eine mediale Bahn für das centrale Sehen existiren, eine laterale für beide Retinaperipherien,

Vortragender vermuthet nun, dass die Bahn für die gleichliegenden Retinalperipherien noch lateraler liegt, wie die für die kontralateralen.

Ein Insult, der das mediale Maculabündel um die angrenzenden Faserzüge für das periphere Sehen der kontralateralen Augen betrifft, wird Hemiopie machen, liegt er noch mehr nach auswärts — dann vielleicht Hemiopie mit Einschränkung des Gesichtsfeldes.

Eine Zerstörung, welche die Sehbahn nur ganz lateral betrifft, könnte die Fasern für das maculäre Sehen schonen und würde dann Fasern für das periphere Sehen aller vier Retinahälften zertrümmern; sie würde dann doppelseitige Einschränkung des Gesichtsfeldes machen.

Dass die Einschränkung kontralateral stärker ist, lässt sich dann begreifen, wenn man annimmt, dass jede Hemisphäre für die Retinaperipherie des kontralateralen Auges mehr Fasern führt, als für die des gleichliegenden. Vortragender stützt sich dabei auf die Angaben von Gowers, dass w e n n bei Hemianopsie Einschränkung im sehenden Theile ist, dass dann das der erkrankten Hemisphäre gleichliegende Auge weniger Einschränkung zeigt, als das kontralaterale.

*Aus dem chemisch-mikroskopischen Laboratorium von **Dr. Max** und **Dr. Adolf Jolles** in Wien.*

Ueber die Fehlerquellen bei der polarimetrischen Zuckerbestimmung nach Einführung von Benzosol.

Von **Dr. Adolf Jolles** in Wien*).

Der Zuckergehalt im Harne wird bekanntlich noch sehr häufig auf polarimetrischem Wege bestimmt, was bei der Bequemlichkeit dieser Methode sowie dem Umstande, dass sie in der Mehrzahl der Fälle annähernd richtige Resultate liefert, begreiflich erscheint. Nichtsdestoweniger haben wir dieselbe zur quantitativen Zuckerbestimmung in unserem Institute nicht eingeführt, sondern bedienen uns ihrer nur ausnahmsweise. Der Grund hiefür ist der, dass im normalen und noch weit mehr im diabetischen Harne eine Anzahl anderer optisch-aktiver Substanzen vorkommen, die namentlich bei der Bestimmung von geringen Zuckermengen und zwar von 0·1—0·8 Perzent zu Irrthümern leicht Anlass geben können. Ich erlaube mir, Sie vor Allem an die rechtsdrehende Glycuronsäure zu erinnern, die im Harne öfter und in grösseren Mengen, speziell bei harnsaurer Diathese vorkommt, als allgemein angenommen wird. Bei Ausführung der Phenylhydrazinprobe hat man öfter Gelegenheit, das Auftreten von Glycuronsäure im Harne zu beobachten und wir haben in einem solchen Falle, wo die Glycuronsäure als solche auch chemisch nachgewiesen wurde, eine Rechtsdrehung von + 8/10 beobachtet, trotzdem die völlige Abwesenheit von Zucker auf anderem Wege festgestellt erschien.

Nächstdem erlaube ich mir, Sie auf den rechtsdrehenden Milchzucker hinzuweisen, der in den Harnen von Wöchnerinnen in verhältnismässig grösseren Mengen beobachtet wurde. Ferner

*) Vorläufige Mittheilung, erstattet in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums vom 20. Februar 1893.

die linksdrehende β-Oxybuttersäure, die bei allen schweren Formen des Diabetes mellitus neben Aceton und Acetessigsäure beobachtet wurde, die Lävulose nach reichlichem Genuss von Früchten, der Einfluss der optisch inactiven Urinbestandtheile auf die spezifische Drehung des Traubenzuckers, wie Aceton, das nach PRIBRAM (Bericht der deutschen chemischen Gesellschaft, Bd. XXI., Seite 2599) eine Erhöhung der Rechtsdrehung und Harnstoff, der eine Verminderung der Rechtsdrehung des Zuckers bewirkt, weiterhin das Auftreten von linksdrehenden Substanzen nach Einfuhr gewisser Stoffe, wie Antifebrin, welches wahrscheinlich in Form eines Glycuronsäurederivates ausgeschieden wird etc. —

Ich erlaube mir, Ihnen heute, meine Herren, eine nach Einführung von Benzosol gemachte Beobachtung zur Kenntnis zu bringen, dahingehend, dass die quantitative Bestimmung des Traubenzuckers durch Circumpolarisation beeinträchtigt wird.

Vor Kurzem übersandte uns ein Patient, der schon öfters seinen Harn in unserem Institute analysiren liess und der auf Grund der Analysen zu den milden Diabetikern zu rechnen war, seinen Harn zur Untersuchung mit dem Bemerken, es sei ihm die vollständige Abwesenheit von Zucker in seinem Harne von fachlicher Seite bereits bekanntgegeben worden, er wünsche jedoch der Sicherheit wegen eine Kontrollbestimmung. Die zunächst vorgenommene qualitative Probe und zwar die Phenylhydrazinprobe ergab jedoch ein vollkommen positives Resultat und thatsächlich lieferte die quantitative Zuckerbestimmung mittelst FEHLING'scher Lösung einen Zuckergehalt von 0·3 Perzent. Die polarimetrische Zuckerbestimmung liess jedoch eine schwache Linksdrehung von — 6/10 konstatiren. Dieser Linksdrehung ist es zuzuschreiben, dass der erwähnte Harn als zuckerfrei bezeichnet wurde, während thatsächlich nahezu 1 Perzent Zucker in demselben vorhanden waren. Bei genauerer Erhebung erfuhren wir nun, dass der erwähnte Patient durch nahezu drei Wochen Benzosol in Mengen von 2—3 *gr* pro die eingenommen hat.

Das Benzosol oder Guajacol-Benzoylester ist im Jahre 1890 in die Therapie eingeführt worden und zwar war es Dr. BONGARTS, dem es gelungen ist, durch Ueberführung des Guajacols in den entsprechenden Benzosäureäther ein das wirksame Prinzip des Kreosots enthaltendes Mittel zu schaffen, welches durch den Magensaft nur langsam gespalten wird, so dass das Guajacol eine ätzende Wirkung auf die Schleimhaut des Magens nicht ausüben kann, was von Wichtigkeit ist, da das Benzosol circa 54 Perzent Guajacol enthält.

Chemisch ist das Benzosol bekanntlich das Brenzcatechin-Monomethyläther, dessen Hydroxylwasserstoff durch die Benzoyl-Gruppe ersetzt ist:

Guajacol	Benzosol (Benzoyl-Guajacol)
$C_6H_4-OCH_3$	$C_6H_4-OCH_3$
$-OH$	$-OCOC_6H_5$

In Nr. 51 der «Wiener klinischen Wochenschrift» vom 22. Dezember 1892 ist, wie Ihnen, meine Herren, nicht unbekannt sein dürfte, aus der Klinik des Herrn Professor Dr. v. KOREZYOSKI in Krakau eine Abhandlung «über die therapeutische Wirkung des Benzosols bei der Zuckerharnruhr» von Dr. Marian PIATKOWSKI erschienen, in der Verfasser das Benzosol als ein sehr wirksames Mittel bei Zuckerharnruhr empfohlen hat.

Auf Grund dieser Empfehlung ist der von mir Eingangs erwähnte Patient von einem Arzte einer Benzosol-Behandlung unterzogen worden.

Was nun zunächst die Arbeit des Herrn Dr. PIATKOWSKI betrifft, so darf ich mir selbstverständlich nicht erlauben, die klinische Seite der Arbeit zu beurtheilen, ich glaube jedoch bei der Wichtigkeit des Gegenstandes, es nicht unterlassen zu sollen, ihre Aufmerksamkeit auf einige belangreiche Punkte medizinisch-chemischer Natur in dieser Arbeit zu lenken, die bei dem aktuellen Stande der Chemie jedem Sachverständigen zu Bedenken Anlass geben.

Am Eingange seiner Arbeit gibt Herr Dr. PIATKOWSKI an: «Die Zuckermenge wurde durch Titriren mit frisch bereiteter FEHLING'scher Lösung bestimmt, zuvor wurden nach Möglichkeit alle reducirenden organischen Substanzen ausgeschieden. Als Kontrolle kam von Zeit zu Zeit der Polarisationsapparat in Anwendung.»

Zunächst ist meines Wissens bis heute noch keine Methode bekannt, nach welcher, — Eiweis abgerechnet — die in Betracht kommenden reducirenden Harnbestandtheile, wie Kreatin, Kreatinin, Harnsäure, Glycuronsäure etc. selbst «nach Möglichkeit» bei der titrimetrischen Zuckerbestimmung aus dem Harne geschieden werden können. Sollten aber Herrn Dr. PIATKOWSKI solche Methoden effektiv bekannt sein, so wäre es sehr wünschenswerth, abgesehen von der Begründung der obigen Behauptung, diese zur Kenntnis gebracht zu sehen.

Weiters führt Verfasser sub V Fall an, dass er den Zuckergehalt in dem betreffende Harne bis auf 0·0042 Perzent chemisch bestimmt habe. Sub VII Fall wurde der Zuckergehalt auf 0·005 und sub VIII Fall auf 0·002 Perzent ebenfalls chemisch bestimmt.

Jeder, der die titrimetrische Methode mit FEHLING'scher Lösung nur einigermassen kennt, wird wissen, was er von derartigen Bestimmungen halten kann. Im Uebrigen, ist Ihnen ja allen meine Herren, bekannt, dass wir eine Methode überhaupt nicht kennen, welche quantitative Zucker-Bestimmungen bis auf so minimale Bruchtheile im Harn ermöglicht.

Ferner führt Verfasser an, er hatte in einem Harne Zuckergehalt — chemisch bestimmt — wie schon erwähnt von 0·0042 Perzent gefunden, während dieser Zuckergehalt doch die Ebene des polarisirten Lichtes nach links dreht, wobei Verfasser — was eigentlich als selbstverständlich vorausgesetzt werden könnte — noch hinzufügt, dass vor der Bestimmung das Albumin ausgeschieden wurde. Diese Erscheinung erklärt er wörtlich wie folgt: «Dieses Linksdrehen der Ebene des polarisirten Lichtes einerseits und die Ziffern der chemischen Bestimmung andererseits, sind nur dadurch zu erklären, dass der Zuckergehalt vollständig verschwand, die Zahlen der chemischen Bestimmung des Zuckers jedoch der Benzolsäure entsprechen. oder aber was schwerer anzunehmen ist — der Laevulose angehören, die zwar die Reaktion des Zuckers zeigt, jedoch die Ebene des polarisirten Lichtes nach links dreht.»

Nun, meine Herren, steht fest, dass Benzosolsäure die Ebene des polarisirten Lichtes überhaupt nicht dreht, nebenbei bemerkt auch Benzosol nicht und dann ist mir unerklärlich, wie denn die Laevulose in dem zuckerfreien Harn auftauchen konnte. Diese Erklärung entbehrt somit jeder thatsächlichen Grundlage.

In dem von uns untersuchten linksdrehenden Harne des bereits wiederholt erwähnten Patienten, in welchem wir, was ich nachdrücklichst betone, circa 1 Perzent Zucker fanden, haben wir auch versucht das Bensosol resp. seine Bestandtheile Guajacol und Benzolsäure nachzuweisen, wobei Guajacol konstatirt wurde. Der Guajacolnachweis geschah einfach dadurch, dass eine mit etwas verdünnter Schwefelsäure versetzte Harnprobe destillirt wurde und zu dem wasserhellen Destillate dann in einem Reagensglase einige Tropfen einer stark verdünnten Eisenchloridlösung hinzugfügt wurden. Die Flüssigkeit nahm sofort die für Guajacol charakteristische rothbraune Farbe an.

Ausser diesem Verfahren gelang es uns auch das Guajacol durch Ueberführen in Brenzcatechin nachzuweisen.

Zu diesem Zwecke wurde das Destillat mit Jodwasserstoffsäure versetzt und dann zu der neutralen Lösung einige Tropfen einer sehr verdünnten Eisenchloridlösung hinzugefügt. Die Flüssigkeit nahm die für Brenzcatechin charakteristische grüne Farbe an, welche auf Zusatz von Soda violettroth wurde. Bei Ausführung dieser Probe muss man sehr vorsichtig vorgehen und namentlich darauf achten, dass die Flüssigkeit weder sauer, noch alkalisch, sondern vollkommen neutral ist. Man geht aus

diesem Grunde am besten auch in der Weise vor, dass man die Flüssigkeit mit einigen Tropfen einer sehr verdünnten Eisenchloridlösung versetzt und dann mit einer sehr verdünnten Lauge resp. Säure genau bis zum Neutralitätspunkte titrirt, wobei dann die grüne Färbung zum Vorschein kommt. Benzoësäure als solche wurde nicht nachgewiesen, hingegen konnte Hippursäure in verhältnismässig grossen Mengen konstatirt werden. Die quantitative Hippursäure-Bestimmung geschah nach der Methode CAZENEUOL in der Modifikation LOEBISCH und ergab 1·41 *gr* Hippursäure für die 24stündige Harnmenge (1850 cm^3.)

Es ist begreiflich, dass mich die angeführten Beobachtungen zu weiteren Versuchen mit dem Benzosol angeregt haben; nachdem uns jedoch jedes klinische Material fehlt, habe ich mich mit einem vorläufigen Versuche begnügt, zu dem mir das freundliche Entgegenkommen eines unserer Herren Assistenten, dessen Harn geradezu als typisch normal bezeichnet werden kann, die Möglichkeit bot. Der betreffende Herr, dessen Harn wiederholt der Phenylhydrazinprobe und Gährungsprobe unterworfen wurde und ein vollkommen negatives Resultat lieferte, dessen Harn ferner die Ebene des polarisirten Lichtes nicht dreht und in seinen sonstigen Eigenschaften vollkommen normal beschaffen war, erklärte sich bereit, durch 4 Tage hindurch pro die 2 *gr* Benzosol zu nehmen. Bereits am zweiten Tage ergab die polarimetrische Untersuchung eine Linksdrehung von — 0·6, am dritten Tage von — 0·3 und am vierten Tage von — 0·7. Eine Probe der gesammelten Harnmenge wurde behufs Nachweises von Guajacol destillirt und die Eisenchloridreaktion durchgeführt. Man konnte eine deutliche, wenn auch schwache Rothfärbung konstatiren. Die Phenylhydrazinprobe ergab ebenso wie die Gährungsprobe ein negatives Resultat, welch letztere Probe auch die vollkommene Abwesenheit von Laevulose beweist.

Die geringe Zeitdauer des Versuches, sowie die geringen eingeführten Mengen von Benzosol machen es begreiflich, dass die Reaktionen nur schwach aufgetreten sind.

Wenngleich durch die gemachten Beobachtungen die Frage nach den Veränderungen des Benzosols im thierischen Organismus noch keineswegs als gelöst bezeichnet werden kann, vielmehr diese Wahrnehmungen nur dazu dienen mögen, zu weiteren Beobachtungen an Kliniken anzuregen, so erscheint doch aus den gegebenen Thatsachen zu resultiren, dass das Benzosol mit irgend einem Bestandtheil des Organismus durch Paarung eine Verbindung von komplizirter Zusammensetzung eingeht, deren Lösung linksdrehende Polarisation zeigt. Weiterhin erweisen die obigen Thatsachen, dass man nach Einnahme von Benzosol keineswegs aus der Linksdrehung des Harnes auf Abwesenheit von Zucker schliessen darf, vielmehr muss man unter allen Umständen sich durch eine zuverlässige qualitative Zuckerprobe erst von der thatsächlichen An- respektive Abwesenheit von Zucker überzeugen.

Ich habe mir erlaubt, Ihnen diese vorläufige Mittheilung zu machen, weil sie praktisch von bedeutendem Belang ist und eine Ausserachtlassung dieser bisher nicht bekannten Thatsache dazu führen kann, dass der Arzt in einem analogen Falle den Harn für zuckerfrei und den Patienten für gesund erklärt, während der letztere thatsächlich noch diabetisch ist. —

* * *

Dr. POLLAK hatte einen Patienten, welcher 2 ½ Perzent Zucker im Harne zeigte. Als man ihm durch 10 Tage 3 *gr* Benzosol reichte, behielt der Harn seine Zuckermenge, drehte aber das Polarimeter absolut nicht. Als das Benzosol durch 10 Tage ausgesetzt wurde, zeigte der Harn 2 Perzent Zucker, drehte aber das Polarimeter wieder nicht. Dieser Fall bestätigt die Untersuchungen des Dr. JOLLES, beweist aber auch, dass das Benzosol mindestens 10 Tage im Organismus bleiben kann, ohne ausgeschieden zu werden.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 17. Februar 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Dr. H. Weiss: *Ein Fall von Akromegalie.*

Vortragender demonstrirt einen 44jährigen Mann aus Westphalen, welcher vor 5 Jahren, ohne dass er jemals ernstlich krank gewesen wäre, bemerkte, dass Hände und Füsse, sowie die vorspringenden Theile des Gesichtes (Nase, Lippen), ganz besonders aber der Unterkiefer und das Genitale unförmlich gross werden, und zwar auf beiden Seiten gleichmässig. Das ätiologische Moment der Akromegalie ist noch nicht sichergestellt, doch wird die Persistenz der Thymusdrüse, die hier nicht nachweisbar ist, sowie Schrecken als Ursache angenommen. Von ähnlichen Erkrankungen charakterisirt sie sich durch ihr symmetrisches Auftreten.

(Primarius **Riehl** macht die Mittheilung, dass der seinerzeit von ihm vorgestellte Fall von Hemiangiom der Zunge durch Keilexcision operirt wurde und dass bei der mikroskopischen Untersuchung in den Papillen ein gewöhnliches Angiom, in den tieferen Theilen ein cavernöses Angiom konstatirt wurde; dass ferner der gekreuzte Verlauf der Muskelfasern für die Derbheit verantwortlich zu machen sei).

* * *

Prof. Lorenz: *Ein geheilter Fall von Collum obstipum.*

Ein Gymnasialschüler mit congenitalem Schiefhals wurde von GUSSENBAUER mittels subkutaner Durchtrennung behandelt, doch wurde dabei nur der Beseitigung der seitlichen Kopfneigung nach rechts, nicht aber der der linksseitigen Scoliose Rechnung getragen. Die Methode LORENZ's, nach welcher er bereits 15 Fälle glücklich operirt hatte, besteht darin, dass er in offener Wunde, und zwar mittels eines schrägen Längsschnittes, die Durchtrennung vornimmt und dann zur Beseitigung der cervicalen Scoliose das «modellirende» Redressement in Angriff nimmt, um die in der Concavität gelegenen Weichtheile zu dehnen. Der vorgestellte Fall ist als geheilt zu betrachten.

BILLROTH spricht sich ebenfalls für die offene Durchschneidung aus, die er mittels eines Längsschnittes macht. Bei dem vorgestellten Patienten zeigt sich sehr deutlich, dass auf der operirten Seite die vorspringende Linie des Sterno-cleidomastoideus verschwunden ist. Der vorgestellte Fall stelle das idealste Resultat der Operation dar, wie er es früher noch nie gesehen.

* * * *

Hofr. Billroth: *Ein Fall von Defekt der Humerus-Diaphyse.*

Ein Comfortabelkutscher zeigt am rechten Oberarme einen höchst merkwürdigen Defekt der Diaphyse des Humerus, indem vom Humeruskopfe nur ein dicker, von narbiger Haut bedeckter Strang zum Unterarme zieht. Auffallend ist die grosse Kraft, mit der das Individuum alle Leistungen vollzieht und die gute Ernährung des ganzen Armes, so dass angenommen werden muss, dass in dem Strange nicht nur Arterien, Nerven und Venen intakt sind, sondern auch eine Sehne vorhanden ist. Beim Heben des Armes zieht sich der Strang schlangenartig zusammen. Der Fall steht im Vortheil gegenüber den nach Resection des Schulter- oder Ellbogengelenkes auftretenden Atrophien. Die Anamnese ergibt, dass der Mann in seinem 5. Lebensjahre am Oberam überfahren wurde und dass eine langwierige Eiterung aufgetreten ist. Es liegen drei Möglichkeiten vor: 1. Entweder war eine so hochgradige Zersplitterung vorhanden, dass nach Extraction der Splitter nichts mehr von der Diaphyse übrig blieb, oder 2. dass Osteomyelitis auftrat, oder 3. dass zwar Knochenneubildung auftrat, die aber nachher vereiterte. Vortragender sah einmal bei LANGENBECK ein Mädchen von sehr gracilem Knochenbau, welches sich duch Aufheben eines Seidenkleides den Oberarm brach, wobei die Enden nur durch einen dünnen Sehnenfaden zusammenhingen und hochgradige Atrophie auftrat.

KUNDRAT bemerkt, dass der vorgestellte Fall an jene Fälle erinnert, wo durch ausgebreitete Nekrose ganze Knochenstücke

verloren gehen. An der Tibia sei ein solcher Zustand gar nicht so selten. Die Erscheinung lasse sich durch eine sekundäre Osteomyelitis mit nachfolgender Ausstossung ganz gut erklären.

ALBERT sah einen Schmied, bei dem nach Fraktur am Collum chirurgicum des Humerus eine Pseudarthrose auftrat, die aber den Mann in seinem Berufe durchaus nicht hinderte.

* * *

***Hofr. Billroth**: Ein seltener Fall von Gallenstein-Operation*

Eine 50jährige Frau, welche entsprechend der Gallenblase eine feste harte Masse zeigte, die als Gallenstein imponirte, wurde wegen häufiger Gallensteinkoliken, welche mit hochgradigem Icterus verbunden waren, der Operation unterzogen, bei welcher sich eine sehr harte, an der Oberfläche narbige Leber zeigte; in der Gegend der Gallenblase schleierartige Verwachsungen, unter denen ein ausgedehntes Gebilde lag, das BILLROTH als Gallenblase ansprach; nach dessen Incision entleerte sich Galle und wurde aus demselben stückweise ein riesiger Gallenstein extrahirt. Die nun vorliegende Höhle zeigte viele Recessus, in einem derselben noch einen Stein, der aber dem tastenden Finger in die Tiefe entschwand. Nach 4 Tagen trat aus der Wunde bräunlich-blutige Masse aus, blutige Stuhlentleerungen, nach 7 Tagen Tod. Die Sektion zeigte, dass der erweiterte Raum in dem der Stein lag, nicht die Gallenblase gewesen, sondern der kolossal erweiterte Ductus choledochus und dass die Gallenblase stark geschrumpft dem Leberrande anlag. Dieser Fall beweist, wie schwer manchmal die exakte Stellung der Diagnose ist.

Den Vortrag ***Frankl-Hochwart*** bringen wir an anderer Stelle unseres heutigen Blattes.

An den Vortrag knüpfte sich folgende Diskussion:

OBERSTEINER bemerkt, dass das menschliche Gehirn sehr viele Associationsbahnen besitzt, welche alle erdenklichen Verbindungen bewirken. Es gibt Fälle in denen ein sensibler Reiz der einen Seite an der entsprechenden Körperstelle der anderen Seite empfunden wird, was für die Hypothese FRANKL's spricht.

EXNER macht darauf aufmerksam, dass er schon 1881 die Lehre von den Beziehungen einer Hemisphäre zu beiden Körperhälften aufgestellt habe, da bei vollständiger Funktionsuntüchtigkeit einer Hemisphäre wohl Lähmung der contralateralen Seite, nicht aber Sensibilitätsstörungen derselben beobachtet wurden.

MAUTHNER bemerkt, dass bei Verletzung einer Hemisphäre stets homonyme Defekte auftreten, nicht aber bei Verletzungen beider. Die bisherige Theorie über die concentrische Einschränkung im Vereine mit der Hypothese FRANKEL's kann daher zur Erklärung derselben nicht herangezogen werden. Bei der Hysterie sind die Defekte nicht homonym, die Einschränkung ist aber auch keine echte, da sonst der Hysterische die Gasse nicht betreten könnte, es wird vielmehr dieselbe durch die bei der Prüfung angeregte Aufmerksamkeit bewirkt.

KÖNIGSTEIN macht auf das wechselnde Bild bei der hysterischen Amblyopie aufmerksam, in dem dieselbe bald einseitig, bald doppelseitig auftritt. Auch ist die contralaterale Seite nicht immer stärker afficirt.

FRANKL-HOCHWART verwahrt sich gegenüber EXNER dagegen, als ob er diese Hypothese als seine eigene Entdeckung verbreiten wollte. FRANKL stützt sich vielmehr auf die Ansichten anderer Autoren, sowie auf anatomische Fakten, die er in dieser Beziehung fand. Es sei ferner richtig, dass die hysterische Amblyopie keine echte sei und ein sehr variables Bild zeige.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der »Internationalen Klinischen Rundschau.«)

Sitzung vom 20. Februar 1893.

***Prof. Weinlechner**: Operation des Rhinophyma.*

Die Acne rosacea oder das Rhinophyma besteht in einer Hypertrophie des Bindegewebes der Nasenhaut, wobei es zu unregelmässigen Wulsten und Vertiefungen kommt, die Gefässe werden ektatisch, die Hautfarbe hell- bis blauroth. Auch die Talgfollikel werden hypertrophisch, wobei es zu einer Vergrösserung der Ausführungsgänge kommt. Die Wulste haben oft ein polypenartiges Aussehen. Die ganze Affektion macht, abgesehen von der Entstellung, keine Beschwerden und findet sich fast ausschliesslich beim männlichen Geschlecht. (Potatoren.) Durch Aetherwaschungen, Scarificationen, Injektionen von Secale cornutum dürfte es hie und da möglich sein, die Tumorenbildung hintanzuhalten. DIEFFENBACH hat die Keilexcision angewendet, während OLLIER und HEBRA die Abhäutung der Nase empfehlen, und zwar so weit, dass der Knorpel blank daliegt. Man kann dann entweder mit dem Thermokauter verschorfen oder THIERSCH'sche Hautläppchen transplantiren; doch heilen die Läppchen nur sehr schwer an, da sie keine Ruhe haben. Vortragender berichtet nun über vier auf diese Weise glücklich operirte Fälle, von denen einer bei einer Nasenkonkurrenz den ersten Preis davontrug. Ein fünfter vorgestellter Fall zeigt effektiv ein günstiges Resultat der Operation. . . .

(Dr. EISENSCHITZ wendet sich gegen die von Dr. GENSER in einer der letzten Sitzungen gemachte Behauptung, dass es nicht so leicht sei, das Saccharin in Aether zu lösen und konstatirt, dass dies in erwärmten Aether leicht gelinge. Auch sei es nicht richtig, dass 0·2 Saccharin auf 100 Leberthran zu süss sei und dass diese Menge nach einiger Zeit wieder aus dem Leberthran herausfalle. Vortragender verliest ferner den Brief eines Bremer Kollegen, welcher, um das kratzende Gefühl bei der Applikation des Leberthrans zu vermeiden, denselben durch Thierkohle filtrirt. EISENSCHITZ kann diese Methode nicht empfehlen, da man nicht weiss, ob Bestandtheile, welche die leichte Verdaulichkeit des Leberthranes veranlassen (Fettsäuren) nicht beim Filtriren zurückgehalten werden.)

* * *

***Dr. H. Weiss**: Demonstration eines Falles von Zwergwachsthum und dreier Fälle von Chorea.*

Ein 15jähriger Knabe, das älteste Kind von 6 Geschwistern und von gesunden Eltern stammend, 51 *cm* hoch, ist auch in seiner Intelligenz zurückgeblieben; dabei erkennt er die Farben und zeigt besonderes Talent für Musik und Gesang.

Vortragender demonstrirt hierauf 3 Fälle von Chorea, von denen jeder besondere Eigenthümlichkeiten zeigt. Der erste Patient, 24 Jahre alt, hat bereits seit 15 Jahren klonische Zuckungen in ganzen Muskelgruppen, die er jetzt unterdrücken kann. Rechts Sensibilität herabgesetzt. Massage hat den Zustand wesentlich gebessert, so dass die Zuckungen jetzt sehr schwach und nur in Pausen von 10 Minuten auftreten. Ueber der Aorta ein Geräusch, ohne organischen Herzfehler. Der zweite Patient, ein 16jähriger junger Mann, zeigt die seltene Erscheinung einer einseitigen Lähmung komplicirten Chorea; gleichfalls Aortengeräusch. Der dritte Fall betrifft eine Frau, welche früher eine Chorea minor hatte; nach einer Entbindung und in Folge von Schrecken kam es aber zu blitzartigen Zuckungen vieler Muskelgruppen, die sich nach Emotionen bedeutend steigern. Da auch die Respirationsmuskel afficirt sind, kommt es zu phonetischen Krämpfen, die Frau kräht manchmal und zeigt auch mimische Krämpfe. Ausserdem ist sie melancholisch verstimmt und leidet an Gehörshallucinationen. Bei den ersten zwei Patienten erwiesen sich Injektionen von 2% Karbolsäure in der Herzgegend von grossem Vortheile. In allen drei Fällen handelt es sich um Abstufungen eines und desselben Prozesses; bei dem dritten Falle, den andere als Paramyoclonus bezeichnen würden, dürfte es sich um eine Schreckneurose handeln.

Prof. BENEDIKT macht in Bezug auf den Fall von Zwergwachsthum die Bemerkung, dass solche Fälle wegen ihrer Individualität interessant sind. Die Erziehung solcher Kinder sei eine äusserst schwere. Man habe zwar Anstalten für Idioten, die aber nicht für Kinder passen, welche in der Mitte zwischen Blödsinn und normaler Intelligenz stehen; letztere werden in solchen Anstalten nur schlechter, da sie die schlechten Gewohnheiten der anderen Kinder nachahmen. Reichen Leuten sei es gegönnt, sich zur Erziehung entweder einen Arzt, einen Taubstummen- oder Blindenlehrer zu halten. Für ein armes Kind ist es am besten, wenn es einen Mäcen findet. Der vorgestellte Knabe spricht jedes Wort nach, ist nicht aphasisch, hat auch keine Amnesia verbalis,

sondern hat nur eine grammatikalisch-syntaktische Aphasie, es fehlen ihm die Beziehungen der Begriffe zu einander. Der Knabe ist ferner gesellig und hat eine Summe von Eigenschaften, welche ihn weit über den Idiotismus erheben; er besitzt arithmetischen Schwachsinn, indem er zwar bis 10 zählen, aber nicht subtrahiren und addiren kann. Dabei besitzt er eine gut ausgebildete phonische Begabung. In früheren Jahren wurden Zwerge von reichen Familien öfter adoptirt, besonders von unserer Kaiserfamilie und am spanischen Hofe. Der Junge wäre ganz gut von einer Unternehmung erwerbsfähig zu machen, besonders da er Vorliebe für Musik hat.

In Bezug auf die vorgestellten 3 Fälle von Chorea bemerkt Vortragender, dass dieselben sehr verschieden sind. Interessant ist ein Fall wegen seiner Hemianästhesie, was in Oesterreich äusserst selten ist (der Patient ist ein Rumäne). BENEDIKT hält fest an der Eintheilung Chorea major und Chorea minor, die zwei verschiedene Erkrankungen repräsentiren. Während die Chorea minor keinen Sinn in ihren Bewegungen zeigt, zeigt die Chorea major Zuckungen, welche den Charakter zeigen, wie wenn sie durch Intention hervorgerufen würden (Wälzchorea, Schreichorea u. s. w.) Therapeutisch interessant ist, dass der erste Patient durch 15 Jahren nicht geheilt werden konnte, während nach dreiwöchentlicher Nervenmassage Besserung eintrat. Der dritte Fall wurde von FRIEDREICH als Paramyoclonus bezeichnet, doch ist dieser Namen nicht zutreffend, viel besser wäre die Bezeichnung «Schreckchorea.»

Den Vortrag des Dr. A. JOLLES bringen wir an anderer Stelle unseres Blattes ausführlich.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 15. Februar 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Dr. Julius Zappert: *Ueber das Vorkommen der eosinophilen Zellen im menschlichen Blute*

Der Vortragende geht davon aus, dass in letzter Zeit vielfach die Vermehrung oder Verminderung der eosinophilen Zellen in Krankheiten als ein gewichtiger Moment angesehen wurde, ohne dass man sich über die physiologischen Mengenverhältnisse dieser Zellen völlige Klarheit verschafft hätte. Vortragender war bestrebt, mit einer von MAYET angegebenen, etwas modifizirten Methode die eosinophilen Zellen im frischen Blute so zu zählen, wie wir die rothen und weissen Blutkörperchen zu bestimmen gewohnt sind. Es ergaben sich folgende Resultate:

Bei normalen Individuen können wir die Befunde der eosinophilen Zellen in drei Gruppen eintheilen: niedrige Normalwerthe von 60—100, mittlere Normalwerthe 100—200, hohe Normalwerthe 200—250 (270) im mm^3, doch kommen ausserdem auch sehr hohe Zahlen eosinophiler Zellen bei völlig gesunden Leuten ohne jede bekannte Ursache vor.

Bei Kindern sind die eosinophilen Zellen fast stets in hohen Zahlen vohanden.

Bei Menstruirenden (circa 6 Stunden nach Eintritt der Menses untersucht) und Schwangeren konnte keine Vermehrung der eosinophilen Zellen nachgewiesen werden. Desgleichen fand sich keine Alteration in der Zahl dieser Zellelemente bei Verdauungleukocytose und Untersuchungen zu verschiedenen Tageszeiten.

Daran schloss der Vortragende einige Zahlenbefunde bei Krankheiten.

Bei Leukämie war wohl stets eine enorme absolute Vermehrung der eosinophilen Zellen vorhanden, nicht aber eine relative. Die Perzentzahlen schwankten zwischen 1—4 Perzent. Die Vermehrung der eosinophilen Zellen kommt zum grossen Theil auf Rechnung der eosinophilen Markzellen (MÜLLER und RIEDER).

Bei Chlorose konnte eine Zweitheilung (NEUSSER) konstatirt werden, indem in manchen Fällen normale Zahlen oder Vermehrung, in anderen Verminderung der eosinophilen Zellen nachgewiesen werden konnte. Doch zeigte sich im Gegensatz zu NEUSSER's Behauptung kein prognostischer und therapeutischer Unterschied in den beiden Formen.

Auch bei schweren Anämien konnten NEUSSER's diagnostische Schlüsse aus dem Blutbefund nicht bestätigt werden. Es zeigten sich vielmehr im Widerspruch mit NEUSSER's Behauptung auch bei malignen Anämien (bei Carcinoma des Magens, des Uterus) Vermehrungen der eosinophilen Zellen im Blute, während relativ gutartige Anämien (Abortus, Hämorrhoiden) mit Verminderung einhergingen.

Bei Lungentuberkulose fand sich (die fieberhaften Fälle sind hiebei nicht berücksichtigt) oft eine Verminderung der eosinophilen Zellen, bei Nephritis häufig eine Vermehrung, desgleichen in manchen Fällen von Krankheiten des Intestinaltraktes (Icterus catarrhalis).

Unter den Nervenkrankheiten fiel im Grossen und Ganzen eine Vermehrung der eosinophilen Elemente bei einigen funktionellen Neurosen auf. Bei Hautaffektionen zeigten sich gleichfalls häufig bedeutend erhöhte Werthe, die nicht von der Ausbreitung, sondern der Art und Intensität der Hautaffektion abzuhängen schienen.

Schwere fieberhafte Krankheiten gingen fast stets mit Verminderung, oft mit Fehlen der eosinophilen Zellen während der Zeit der febrilen Intoxikation einher. Manchmal, besonders deutlich unter dem Einflusse der Tuberculininjektion, traten Vermehrungen der eosinophilen Zellen nach Ablauf des Fiebers ein, die sich bisweilen — z. B. bei akuten Exanthemen — schon während der Fieberhöhe einstellten.

Vortragender berührt mit einigen Worten schliesslich die Entstehung der eosinophilen Zellen, welche er im Anschluss an SCHULTZE, EHRLICH, MÜLLER aus dem neutrophilen Elemente des Blutes ableitet.

Diskussion:

Dr. WEISS vertritt den Standpunkt, dass die eosinophilen Zellen aus den Organen selbst durch Umwandlung der fixen Gewebselemente entstehen dürften und weist darauf hin, dass nach neueren Arbeiten auch in normalen Geweben — Thymus, Haut, Darm — eosinophile Zellen aufzufinden seien.

ZAPPERT bemerkt, dass die Frage noch nicht entschieden sei, ob diese eosinophilen Zellen in den Geweben entstanden oder daselbst ausgewandert seien.

H. SCHLESINGER frägt, ob der Vortragende eosinophile Mark- und Zwergzellen auch ausserhalb der Leukämie gefunden hätte.

ZAPPERT gibt an, eosinophile Markzellen nicht selten im Blute Pemphiguskranker, eosinophile Zwergzellen bei Anämie aufgefunden zu haben.

WEISS bemerkt, dass auch im normalen Gewebe eosinophile Zellen gefunden werden, dass demnach dasselbe für die Bereitung derselben eine Bedeutung habe, während ZAPPERT meint, dass der Umwandlungsprozess hauptsächlich ins Blut zu verlegen und das Gewebe nur als Auflagerungsstätte zu betrachten sei.

* * *

Sitzung vom 22. Februar 1893.

Dr. Herz: *Ueber die wahren Krankheiten des Blutes.* (Vorläufige Mittheilung).

Mittels des Mikroskopes ist man nicht im Stande, dem Blute anzusehen, dass es krank ist. Ist ein Bestandtheil des Gewebes krank, so ist das Volumverhältniss, das Massenverhältniss und die Struktur desselben verändert. Um ein richtiges Urtheil über die Veränderung des Blutes zu bekommen, saugt HERZ in ein gut ausgezogenes Cappilarröhrchen Leberthran und dann Blut auf, verschliesst dasselbe luftdicht mit einem Wachspropf und centrifugirt das Ganze, wobei sich unter die Blutkörperchen, darüber das Blutserum und weiter oben der Leberthran ansammelt. Zwischen Serum und Leberthran entsteht eine nicht genau differenzirbare Schichte. Dann wird das Capillarröhrchen an der Grenze seiner einzelnen Schichten in 3 Theile zerschnitten und das spezifische Gewicht des Plasmas und der Blutkörperchen bestimmt. Grosse Sorgfalt verwendet HERZ auf die genaue Bestimmung der rothen Blutkörperchen, um die Grösse derselben im gesunden und im kranken Zustande zu vergleichen. Auf diese Weise hat Vortragender eine grössere Anzahl von Krankheiten untersucht und gewisse Typen aufgestellt, die er nächstens ausführlicher behandeln will.

Redner erklärt, dass Pathologie des Blutes nicht derjenigen der anderen Gewebe und Organe ebenbürtig sei u. zw. deshalb, weil man das Blut in seinen Krankheiten nicht als ein flüssiges Gewebe behandle was es doch nach dem berühmten Ausspruche VIRCHOW's sei. Der Zweck seiner Blutuntersuchungen sei gewesen, auf indirecktem Wege zu denjenigen Krankheitsbegriffen beim Blute zu gelangen, welche sich sonst in der Pathologie fruchtbar erwiesen haben, indem er die Veränderungen der Volums- und Massenverhältnisse der rothen Blutzellen zur Grundlage nehme.

HERZ gibt dann die Normalwerthe für diese Grössen an und geht zu den Krankheitstypen über, von denen er die folgenden unterscheidet:

Die akute Schwellung des Blutgewebes. Diese findet sich periodenweise im Verlaufe fieberhafter Erkrankungen (Typhus, Peritonitis.)

Die grösste akute Schwellung fand er bei Blutungen. Nach Blutungen wurde der Rest an Blutgewebe zunächst ödematös und quelle sehr stark, hierauf werden gequollene und weniger hämoglobinhaltige Zellen nachgebildet.

Die chronische Schwellung der Blutstellen komme erstens idiopathisch vor und umfasse einen grossen Theil der leichten Chlorosen, zweitens sekundär im Gefolge von konsumirenden Krankheitsprozessen wie bei malignen Tumoren, Inanition.

Eine Hypertrophie fand HERZ in einem Falle von Pseudoleukämie.

Die Atrophie des Blutgewebes zeigte sich in Fällen von schweren Chlorosen, ferner im Anschlusse an chronische Schwellung unter Bilder progressiver Anämie.

Das Blut Nephritischer zeigte trotz sehr herabgesetzter Plasmadichte keine gequollenen sondern verkleinerte Blutzellen, was Redner als eine Schrumpfung (Wasserentziehung) durch die im Plasma angehäuften krystallisirten Substanzen, die dessen spezifisches Gewicht nicht erhöhen müssen, erklärt. Das Blutgewebe sei bei Nephritis ebenso ödematös wie alle anderen Gewebe.

Dr. Em. Mandl.

Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 11. Februar 1893

Dr Ludwig Reich: *Ueber den Vergleich einiger fieberwidriger Mittel untereinander und die Theorie des Fiebers.*

Die vergleichenden Untersuchungen, die REICH über Antinervin und die übrigen febrifugen Mitteln angestellt hat, ergaben, dass das Antinervin das Fieber etwas rascher herabsetzt, als das Antipyrin und Natr. salicylicum, aber doch nicht so rasch wie das Antifebrin. Bis zur Dosis von einem Gramm setzt es die Körpertemperatur nicht in einem solchen Grade herab, wie Antipyrin und Natr. salicyl. Dosen über ein halbes Gramm hingegen setzen die Temperatur auf niedrigere Grade herab, ohne jedoch das durch das Antifebrin bewirkte Minimum zu erreichen.

Bezüglich der Dauer der erreichten Apyrexie, hält dieselbe zweimal so lange an, als bei Antipyrin und erreicht beinahe die Natr. salicyl-Wirkung, jedoch ist dieselbe $1^1/_2$mal kürzer als bei Antifebrin.

Antinervin ist eine Zusammensetzung von Antifebrin, Acid. salicyl. und Ammonium bromatum und wurde vom Apotheker RADLAUER (Berlin) dargestellt.

Chininum sulfur. bewirkt eine 2—3 Mal längere, in grösseren Dosen 5mal längere Apyrexie als Antipyrin, 2 Mal längere als Antinervin, $1^1/_2$ Mal längere als Natr. salicyl., erreicht beinahe die Antifebrinwirkung, übertrifft dieselbe sogar in grösseren Dosen.

Die weiteren Untersuchungen ergaben, dass die Brompräparate entschieden eine temperaturherabsetzende Wirkung haben, wenngleich dieselben langsam wirken und das Temperatur-Minimum keine hohen Grade erreicht.

Karbol wirkt in Folge seines deprimirenden Einflusses auf das Nervensystem.

REICH gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zur Ueberzeugung, dass jedes Fieber — sei es durch Invasion von Bakterien in den Organismus, oder deren Produkte, oder durch andere chemische Prozesse hervorgerufen — stets nervösen Ursprunges ist und in der Aufregung des Nervensystems seine Erklärung findet.

Die fieberwidrigen Mittel wirken direkt auf das Nervensystem und sind daher als Sedativa anzusehen.

REICH erklärt die fieberherabsetzende Wirkung des Bromkaliums und des kalten Wassers — einzelne Nebenumstände abgerechnet — aus deren deprimirendem Einflusse auf das Nervensystem.

REICH schliesst seinen Vortrag mit der Bemerkung, dass es nur eine Art von Fieber gibt und dass dieses als eine Aufregung des Nervensystems zu betrachten ist, daher jede Beeinflussung des Fiebers nur eine Folge der Herabsetzung dieser Aufregung sei.

* * *

Dr. N. Ostermayer: *Ein operativ geheilter Fall von Struma.*

In diesem von OSTERMAYER operirten Falle hat sich die gelatinöse Degeneration in Knotenform geäussert. Der ganze rechte Lappen und der Isthmus diffus vergrössert, nebstbei im vorigen, zwei hühnereigrosse und zwei nussgrosse, in der Mitte des Isthmus ein ebenfalls hühnereigrosser, rundlicher Knoten, so dass die ganze Geschwulst beiläufig Mannsfaustgrösse erreichte. Nachdem die Struma häuptsächlich aus Knoten bestand, nahm OSTERMAYER einzeln die Enucleation derselben vor. Blutung minimal. Unterbindung der Art. und ven. thyroidea. Die Durchschneidung des Mm. sterno- und amohyoideus und sternothyreoideus war ohne weitere schädliche Folgen. In die nach den ausgeschälten Knoten zurückgebliebenen Höhlen wurde Jodoformgaze gestopft. Wundverlauf öfters durch starke Fiebersteigerungen gestört, bis endlich nach Abstossung der Katgutnaht die Heilung glatt ablief.

* * *

Dozent Dr. Elischer: *Exstirpation eines Tumors aus den Bauchdecken mittelst Laparotomie.*

ELISCHER demonstrirt einen Tumor, den er aus der Bauchdecke einer 35jährigen Frau entfernte und der in diagnostischer Beziehung von Interesse war.

Die Patientin hat sechsmal normale Entbindungen und zwei Abortus überstanden. Die letzte Geburt erfolgte im November v. J. und war vom dritten Tage an von hohem Fieber begleitet, so dass die Kranke bis Ende Januar bettlägerig war. Das Fieber wurde mit einer, jetzt rapid wachsenden, anfänglich eigrossen Geschwulst im rechten Hypochondrium in Zusammenhang gebracht, die grosse Schmerzen verursachte.

Die am 31. Januar stattgehabte Untersuchung ergab eine, ober der Spina ossis ilei etwa zwei Querfinger nach oben und einwärts gelegene, in ihrer Formation einer Niere sehr ähnliche Geschwulst, über welcher die Bauchdecken verschiebbar waren und die ziemlich leicht nach oben, unten, auswärts beweglich erschien. Die Genitaluntersuchung bot einen anteflectirten Uterus; das linke Ovarium deutlich, das rechte dunkel palpirbar, das linke Parametrium frei, das rechte wies einen etwa zwei Finger dicken, gegen die linea innominata ziehenden Strang auf, vor dem man den unteren, etwas gelappten Rand der Geschwulst fühlen konnte.

Ein Ovarialtumor lag demnach nicht vor. Hingegen konnte man an eine herabgetretene Niere, ebenso an ein abgesacktes perityphlitisches Exsudat, zumeist jedoch an einen Abschnitt einer Salpyngitis nodosa denken.

Die in Narkose ausgeführte Digitaluntersuchung ergab den Eingangs skizzirten Befund; die Harnanalyse negatives Resultat.

Zur Entfernung des Tumors wurde die Laparotomie eingeleitet, zur Ueberraschung waren jedoch Uterus, Tuben und Ovarien normal und entsprechend gelagert; hingegen konnte man die, die vordere Schaufelbeinhöhle ausfüllende Geschwulst, als von der Crista ilei ausgehend, in den Bauchdecken fühlen. Da auch die rechte Niere an richtiger Stelle palpirt war, so schloss ELISCHER die Bauchwunde in der bisher sich sehr bewährten Weise, nämlich der genauen Rekonstruktion der Bauchwandschichten mittelst Seidennähten. Durch einen oberhalb der Spina ilei gegen die Symphyse zu verlaufenden Schnitt wurden hierauf die Bauchdecken schichtenweise gespalten und die blosgelegte Geschwulst in den oberen Partien stumpf losgetrennt. Mit ihrem unteren Lappen hing sie aber sehr fest mit der Fascia praeperitonealis zusammen und musste hier mit dem Messer abgelöst werden. Nach Unterbindung eines dickeren, zum Os ilei ziehenden Bindegewebsstranges und Entfernung

der Geschwulst lag das intakte Peritoneum vor. In ähnlicher Weise wie oben wurden nun die einzelnen Bauchschichten vereinigt und nach genauer Vereinigung der Wundränder ein Jodoformgaze-Sparadrap-Verband angelegt. Der Verlauf war ein denkbar günstiger, am 7. Tage konnten bei vollkommener Prima reunio sämmtliche offen liegende Nähte entfernt werden.

Die Geschwulst erweist sich unter dem Mikroskop als ein Fibrosarkom von derbem Gefüge. Von der sehnigen Fascie durch eine ziemlich gefässreiche und mit indifferenten Zellen reichlich durchsetzte Schichte getrennt, sind langgestreckte, derbe Züge spindelförmiger Zellen zu sehen, zwischen denen Nester von ebenfalls mehr-minder spindelförmigen, mit eben solchen Kernen versehenen, aber Intercellularsubstanz armen Zellen zu sehen. Glatte Muskelfasern sind nicht vorfindlich.

Mit diesem Falle hat ELISCHER die hundertste Laparotomie im Elisabeth-Spitale vollführt.

Von diesen entfallen auf: Ovariotomien 46, Myomotomien 22, Salpingotomien 6, Echinococcus uteri 1, Ren migrans 1, Tumor fasciae abdominis 1, Peritonitis tbc. 5, Hydronephrosis 2, Carcinoma uteri vel peritonei 16 Fälle.

Die Zahl der Todesfälle betrug 28. Ziehen wir die reinen Carcinomfälle ab, so ergibt sich ein Mortalitätsperzent von rund 19%.

Bei den Cystomen ovarii kamen zwölf Todesfälle vor; sehen wir von einem Falle Ruptura ventriculi wegen perforirenden Magengeschwürs und acht Fällen Cyst. papillare ab, so gibt dies eine Mortalität von 5·1%; wozu die Bemerkung, dass unter den 46 Fällen nur vier ohne Komplikation waren.

Bei den Hysterektomien kommen vier Todesfälle auf 22 = 18 Perzent, ein Verhältniss, das anderen Operateuren nicht nachsteht. Hier betont ELISCHER, dass seitdem er in letzterer Zeit die Hysterektomien intraperitoneal behandelt, von 5 Operirten keine gestorben ist.

Auffallend mag die hohe Zahl der Carcinomkranken sein. Hiezu macht ELISCHER die Bemerkung, dass er die punctio abdominis prinzipiell nicht mehr ausübt, sondern lieber zur Laparotomie greift. Die Erfahrung lehrt, dass die Kranken letzteren Eingriff ebenso wie die mit Peritonitis tbc. Behafteten, verhältnismässig gut vertragen.

Unvollendete Operationen kamen zwei vor. Bei beiden war Carcinoma uteri gelatiniforme vorfindlich, die Losschälung der Massen förderte riesige Blutung zu Tage, ohne dass alles Krankhafte entfernt werden konnte. Trotzdem genas eine von dem schweren Eingriff und starb — wie berichtet wurde — erst nach 7 Monaten ausserhalb des Spitales an allg. Carcinosis.

Von den Salpingotomien gesundeten Alle. Dermoidcystome waren drei, davon 1 Fall mit Schwangerschaft komplizirt. ELISCHER hatte das Vergnügen, letzteren Fall auch nach eines gesunden Kindes genesen zu sehen.

Castration im eigentlichen Sinne wurde im Ganzen 4 Mal ausgeführt, 2 Mal wegen kleincystöser Degeneration der Ovarien, 2 Mal wegen Hydrops ovarii bei Psychosen. Bei letzteren war nur ein Fall von Erfolg. (Pester med.-chir. Presse Nr. 8, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Was ist Krankheit?

Beiträge zur Lösung dieser Frage für Aerzte und denkende Laien.

Mitgetheilt von **Dr. Rivinus.**

Selbstverlag des Verfassers. Für den Buchhandel bei H. Buchwald in Birnbaum. 1892.

Verfasser des vorliegenden Werkchens hat in seiner Arbeit einen Versuch unternommen, eine Art neuen Systems der allgemeinen Pathologie und der daraus entspringenden Gesichtspunkte für Hygiene und Therapie zu konstruiren, wobei er die Entwürfe seiner Arbeit den Herren Professoren PETTENKOFER und BILLROTH zur Beurtheilung einsandte, die ihn denn auch zur Fertigstellung seiner Schrift ermuthigten. So behauptet der Verfasser. Ob wohl auch zur Drucklegung? So möchten wir fragen.

J. R.

Zeitungsschau.

Berberinum sulfuricum cryst. solubile (Bericht MERCK für das Jahr 1892.)

Das gewöhnliche Berberin. sulfuric. cryst. des Handel löst sich erst in nahezu kochendem Wasser leicht auf; in kaltem Wasser dagegen ist es sehr schwer, in Alkohol aber so gut wie unlöslich. Auch die übrigen einfachen Berberinsalze zeigen mehr oder weniger dieselben für die allgemeine Anwendung ungünstigen Löslichkeitsverhältnisse. Da es jedoch für viele Zwecke wesentlich sein dürfte, ein leicht zugängliches, einfaches Berberinsalz zu besitzen, das schon im kaltem Wasser leicht sowie auch in Weingeist löslich ist, so habe ich nach dieser Richtung Versuche angestellt und es ist mir gelungen, durch Veränderung des Schwefelsäuregehaltes ein völlig homogenes Berberinsulfat zu erhalten, welches den genannten Anforderungen vollkommen entspricht. Ich bringe dieses Präparat zum Unterschied von dem Berberin. sulfuric. cryst., das ich bisher geführt habe, mit dem Zusatz «solubile» als Berberin. sulfuric. cryst. solubile in den Handel.

Die Anwendung des Berberinum sulfuricum solubile empfiehlt sich in allen jenen Fällen, in denen eine Behandlung mit dem Berberin angezeigt ist, das zur Zeit, sehr mit Unrecht, nur wenig Beachtung findet, obgleich es bei Darmkatarrhen, Milztumoren in Folge von Malaria etc. manches neue Mittel an Wirksamkeit weit übertrifft. Nach HUSEMANN (HUSEMANN & HILGER, Die Planzenstoffe, pag. 581) leistet Berberin als Stomachicum bei chronischen Verdauungsstörungen mit Appetitmangel geradezu Vorzügliches. Auch CURCI (loc. cit.) sah bei chronischen Intestinalkatarrhen günstigen Einfluss nach Dosen von 0·03—0·06—0·1 *gr*. Berberinsulfat, die täglich 2—3 mal gegeben wurden. Wie KÖHLER anführt (VIRCHOV & HIRSCH's Jahresbericht 1883, I, pag. 448) ist diese günstige Wirkung des Berberins wahrscheinlich darin begründet, dass es die Hefegährung hemmt, während es die Pepsinverdauung unbeeinflusst lässt. Durch mehrere italienische Aerzte (vergl. HUSEMANN & HILGER loc. cit.) ist ferner der günstige Einfluss des Berberins auf Milztumoren, welche durch Malaria entstanden sind, verbürgt. Man kann in diesen Fällen das Alkaloid bei Erwachsenen zu 0·1—0·25 *gr*, bei Kindern zu 0·003—0·03 *gr* mehrmals täglich mit Chocolade geben. In neuerer Zeit hat auch ARZELA (VIRCHOW & HIRSCH's Jahresb. 1885, II, pag. 20) das Berberin als ein sehr wirksames Mittel bei frischer und veralteter Malaria empfohlen, wobei es in der Dosis von 1 *gr* pro die die Contractilität der Milz anregen, als tonisirendes und antifermentatives Agens wirken und den Pfortaderkreislauf entlasten soll. Nach FELLER (Oesterr. med. Jahrbücher 1885, pag. 349) erzeugt das Berberinphosphat gleich dem Hydrastin schon in den kleinen Dosen von 0·002 *gr* subkutan injicirt mächtige Uterus-Kontraktionen und bedingt dieselben Aenderungen des Blutdruckes wie Extract. Hydrastis canadensis fluid. Die Erfahrung FELLER's spricht für eine ausgedehntere Verwendung des Berberins in der gynäkologischen Praxis, und zwar erscheint diese um so eher angezeigt, als wir nunmehr in bem leicht löslichen Berberinsulfat ein Präparat besitzen, das für die subkutane Applikation vorzüglich geeignet ist.

Als Tonicum und Stomachicum, besonders bei Intestinalkatarrh ist das neue Berberinsalz in folgender Formel zu verordnen:

1. Rp.: Berberini sulfuric. solub. 1·0
Aq. dest. 10·0
Vini Malacensis 20·0
DS. 2stündl. 20 Tropfen.

2. Rp.: Berberini sulfuric. solub. 1·0
Tinct. Hydrastis canad. 10·0
Sirup. Cinnamom. 20·0
SDS. 3stündlich 25 Tropfen zu nehmen.
(Bei Dysmenorrhoe.)

3. Rp.: Berberini sulfur. solub. 2·0
Tinct. Chin. compos. 15·0
Sirup. Cort. aurantior. 15·0
SDS. 5stündlich 1 Kaffeelöffel voll zu nehmen.
(Bei Malaria und Milztumor.)

4. Rp.: Berberini sulfur. solub. 0·003
Pastae Cacao 0·5
Misce. fiat. trochiscus. D. tal. dos. Nr. XXX.
S. Täglich die doppelte Zahl Plätzchen zu nehmen, als das Kind Jahre zählt. (Malaria bei Kindern).

5. Rp.: Berberini sulfuric. solub. 0·1
Aquae Naphae 10·0
SDS. Anfangs 1/4 stündlich 1/5 Spritze zu injiciren und allmählich steigen bis zu genügenden Wehen.
(Bei Wehenschwäche.)

L' de Rekowski: Die Mikroorganismen in den Organen der an asiatischer Cholera Verstorbenen. (Archives des sciences biologiques publiées par l'institut imperial de Medecine experimentale à St. Petersburg, T. I., Nr. 4, Dez. 1892.)

Nr. 52 der Intern. Klin. Rundschau v. J. 1892 enthält eine briefliche Mittheilung, nach welcher NENCKI am 3. Dezember a. St. in der Gesellschaft russischer Aerzte zu St. Petersburg berichtete, dass seinem Assistenten Dr. BLOSTEIN in Baku, nach vielen vergeblichen Versuchen mit Reinkulturen von Cholerabacillen, gelungen sei, bei Thieren durch subkutane Injektionen von Choleradejekten tödtlich verlaufende Cholera asiatica zu erzeugen; dass dieser nebst dem KOCH'schen Cholerabacillus zwei andere Mikroorganismen (welcher Art ist nicht angegeben, Anmerkung des Referenten) in Reinkultur zu isoliren vermochte, die zwar insgesammt in einem Gemisch, aber keiner für sich Cholera zu erzeugen vermögen. Nun liegt uns die in der Ueberschrift bezeichnete, aus dem Laboratorium NENCKI's stammende Abhandlung vor, die bezüglich der Pathogenese beziehungsweise Pathologie der Cholera asiatica höchst belangreiche Befunde liefert, auf deren Basis der Autor zu dem Schlusse galangt, dass sowohl andere Mikroorganismen, als auch insbesondere pathologische Zustände des Organismus, essentielle pathogenetische Momente in der Cholera asiatica abgeben.

Einleitend bemerkt REKOWSKI, dass die einander widersprechenden Angaben der Autoren über das Vorkommen von Cholerabakterien in verschiedenen Organen der Choleraleichen ihn veranlasst hätten, Untersuchungen in dieser Richtung anzustellen. In der Voraussetzung, dass die Cholerakeime sich nur in geringer Anzahl in den diversen Organen vorfinden dürften, excidirte er grosse Stücke des betreffenden Gewebes, die er unter den strengsten Kautelen der Antisepsis der Untersuchung unterzog.

Vierzehn untersuchte Choleraleichen lieferten die in der folgenden Tabelle ersichtlichen Resultate.

	Zahl der Untersuchungen	Bakterien im Allgemeinen	Cholerabakterien
Gehirn	14	5	3
Liquor spinalis	14	7	4
Herz	14	11	6
Coagula des Herzblutes	11	7	4
Leber	14	13	7
Galle	14	14	14
Milz	14	9	3
Nieren	14	13	7
Biceps od. pectoralis	12	5	1

Es steht sohin fest, dass in den Organen der bald nach dem Tode obducirten Choleraleichen, sowohl Cholera- als andere Darmbakterien (Bakterium coli) vorhanden sind. Dass die Invasion nicht erst nach dem Tode stattfand, geht unzweifelhaft aus der Thatsache hervor, dass die Bakterien in den Organen zweier Leichen gefunden worden, von denen die eine 2 die andere 1½ Stunden nach eingetretenem Tode obduzirt wurde. Es ist geradezu unmöglich, dass die Bakterien innerhalb des angegebenen Zeitraumes den Weg vom Darm bis zum Herzen zurücklegen können. TROMBETTA hat erst vor Kurzem nachgewiesen, dass Bakterien in Thierleichen bei Zimmertemperatur 16—19 Stunden bedürfen, um vom Darm in die Organe und in das Blut zu gelangen. REKOWSKI verweist diesbezüglich weiters auf die Arbeiten von NICATI und RIETSCH, DOYEN, TIZZONI und CATTANI, PRIOR und FINKLER, TAVEL, WELSCH und BLACHSTEIN, welche darlegen, dass das Bakterium coli commune in den Organen von Leichen, die bald nach eingetretenem Tode obduzirt worden waren, bei vorhandener Läsion der Darmschleimhaut vorgefunden wurde, und dass es intra vitam auf den Lymphbahnen in die Organe gelangt sei. REKOWSKI behauptet, dass die Cholerabakterien gleich anderen Darmbakterien während des Lebens, unmittelbar nach entstandener Läsion der Darmschleimhaut in andere Organe eindringen. Er hält es für *unwahrscheinlich, dass die in die Organe eingedrungenen Bacillen inoffensiv würden*, es sei im Gegentheil höchst wahrscheinlich, *dass ein Theil der Symptome, sowohl des Stadium algidum, als des Choleratyphoids direkt durch die in die verschiedenen Organe eingedrungenen Cholerabacillen und die anderen Mikrobien hervorgerufen sei.*

Die Ansicht einiger Bakteriologen, dass der Darm der alleinige Sitz der Cholera sei, die ganze Gruppe der Cholerasymptome von hier ausgehe, und der Tod durch die von ihnen produzirten Toxine herbeigeführt werde, sei nicht hinreichend begründet. Thierexperimente dürften darüber Aufschluss geben, wie weit die mit den Cholerabacillen gleichzeitig eindringenden anderen Mikroorganismen pathogen wirken, und wodurch sie den Tod herbeiführen. REKOWSKI erklärt, er sei weit entfernt in Abrede zu stellen, dass die Cholerabacillen durch die Toxicität ihrer Stoffwechselprodukte die Cholerasymptome erzeugen. Er zweifle nicht im Mindesten, dass ohne Commabacillus Cholera ebensowenig entstehen könne, als Tuberkulose ohne Tuberkelbacillen. Er wolle die Aufmerksamkeit auf ein wenig beachtetes Moment lenken, nämlich: damit der Cholerabacillus eine pathogene Action entfalte, sei nothwendig, dass er im lebenden Organismus einen zu seiner *Entwicklung günstigen Boden vorfinde. Der normale menschliche Organismus ist es nicht.*

Thatsächlich gehe aus den Obduktionsprotokollen hervor, dass alle an Cholera verstorbenen Individuen, die mit wenigen Ausnahmen der armen Volksklasse angehören, mit Krankheiten behaftet und geschwächt waren.

Unter 39 an Cholera verstorbenen fanden sich:

Nephritis interstitialis	35	Fälle	90	Perzent
Sklerosis cranii	28	«	70	«
Cirrhosis hepatis	16	«	45	«
Gastritis glandularis	15	«	37	«
Pleuritis adhäsiva	8	«	20	«
Atherom. Aortae et arteriarum cerebri	7	«	17	«
Endocarditis vegetativa	4	«	10	«
Pachymeningitis	3	«	7·5	«

Unter 21 obduzirten Frauen fand man 7 Mal Abortus und 1 Mal partus (antecedens).

Die Frage, in wie weit die durch Krankheiten geschaffenen pathologischen Zustände in direktem causalem Verhältniss zur Cholera stehen, sei noch zu lösen. Es sei herrschende Ansicht, dass schlechte Ernährung, der Alkoholismus oder eine irrationelle Behandlung post Abortum oder partum, jenen Mikroorganismen die Pforten im Organismus öffnen, welche durch *ihre simultane Aktion die pathogene Wirkung des Cholerabacillus steigern. Als letzte Symptome dieser kombinirten Aktion betrachtet* REKOWSKI *die gemeinschaftliche Invasion des Commabacillus mit den anderen Mikroorganismen in die entferntesten Organe nach stattgefundener Läsion der Darmschleimhaut.*

Lg.

Dr. Bell: Die operative Behandlung der Tuberkulose der Harnblasenschleimhaut. (Journal of cutaneous and Genito-urinary diseases Vol X. Nr. 119.)

BELL berichtet über drei Fälle von Tuberkulose der Blasenschleimhaut, bei denen er den hohen Blasenschnitt vornahm. Der erste unter den drei Kranken litt an Husten und nächtlichen Schweissen, häufigem Harndrang und heftigem Schmerz während des Harnens mit nachfolgendem Tenesmus. Der Harn enthielt Blut und Eiter, die Blase gegen Druck empfindlich. Die Einführung der Sonde, ja selbst des Endoskops verursachte Blutung und machte die Benützung des letzteren unmöglich. Nachdem Patient 5 Wochen

ohne jeden Erfolg intern behandelt worden war, eröffnete BELL die Blase oberhalb der Symphyse. Mittelst eines bivalven Speculums und einer kleinen elektrischen Lampe wurde das Innere der Blase sorgfältig untersucht. Die Schleimhaut war durchwegs tief blauroth gefärbt und mit Ausnahme des Halses nächst der Urethralmündung frei von Geschwüren. Letztere war ringsum fransenförmig von unregelmässigen, leicht blutenden Geschwüren umgeben, deren Ränder nicht verdickt, die Basis von der submucosa gebildet. Die Geschwüre wurden mit dem Paquelin cauterisirt, die Blase mit einer Lösung von Salicyls. und Borax 1:1000 ausgespült und mit einem Drain versorgt. Nach der Operation war durch 3 Tage die Blase empfindlich, nach 10 Tagen war Patient rekonvalescent. Temperatur normal, Schlaf und Appetit gut Drei Monate nach der Operation konnte Patient während der Tageszeit den Harn 2 Stunden, in der Nacht etwas länger behalten.

Der zweite Patient war mit Tuberkulose des linken Hodens und Nebenhodens, Geschwüren am Trigonum und um die Urethralmündung behaftet. Diese wurden curettirt und mit dem Thermocauter cauterisirt. Der Kranke war von den Schmerzen vollständig befreit und der Gesammtzustand bedeutend gebessert.

Der dritte Kranke hatte bereits seit 5 Jahren ähnliche Beschwerden wie der erste. Er musste alle 5 Minuten Urin lassen und litt kontinuirlich an Schmerzen in der Blase und Harnröhre. Der linke Hoden war tuberkulös. Es wurde der Perinealschnitt gemacht und der Verweilkatheter eingeführt. Dies brachte jedoch dem Patienten keine Erleichterung. Sodann wurde die Sectio alta vorgenommen. Das Trigonum und ein etwa zollbreiter Streifen um die Urethralmündung zeigten sich mit zahlreichen oberflächlichen Geschwüren von Kleinerbsen- bis zur Grösse eines Fünfcentstückes besetzt. Die Schleimhaut des Blasengrundes, welche mit Tuberkeln, die jedoch nicht erweicht waren besetzt; die ulcerirten Partien wurden ausgekratzt und cauterisirt, die Tuberkel unberührt gelassen. Ausser einer Erleichterung der Schmerzen war nach der Operation unmittelbar kein Erfolg zu verzeichnen: der tuberkulöse Hoden wurde beseitigt, der Patient jedoch verfiel. Später begann sein Zustand sich zu bessern; 18 Monate nach der Operation befand er sich derart wohl, dass er sein Handwerk als Zimmermann betreiben konnte. Er litt weder an Schmerzen, noch Blasenreiz, konnte den Harn bis 2 Stunden behalten, zeitweilig ging der Harn unwillkürlich ab. Die Inkontinenz bestand aber bereits vor der Operation. Auch drei von GUYON auf gleiche Weise operirte Fälle hatten gute Erfolge zu verzeichnen. Die Schmerzen schwanden prompt auf die Operation. *Lg.*

Wie pflegt der Arzt seine Hände?

Es ist eine bekannte Erscheinung, schreibt A. SCHNEIDER in der «Pharm. Centralh.», dass die Hände des Arztes, welche bei häufigen Operationen längere Zeit mit Karbolsäure- oder Sublimatlösungen in Berührung kommen, bald eine rissige Haut zeigen. Abgesehen von dem unangenehmen Gefühl, welches eine solche rissige, spröde, rauhe Haut hervorruft, ist namentlich die Schwierigkeit hervorzuheben, eine solche Haut genügend desinfiziren zu können, da sich in den Schrunden Schmutztheilchen ablagern, die schwer wegzubringen sind. Daher kommt es, dass die Frage, «wie konservirt man seine Hände» häufig seitens der Aerzte gestellt wird. Die zu diesem Zweck empfohlenen Mittel sind: Einreiben der Hände mit Fett, Oel, Lanolin (was am empfehlenswerthesten zu sein scheint), Parafinsalbe oder Vaselin (welche ganz ungeeignet sind), Waschen mit überfetteter Seife und dergleichen mehr.

Am meisten sind die Karbolsäure und das Sublimat die Ursache rissiger Haut, daneben auch Laugen und Säuren. Die Einwirkung freies Alkali enthaltender Seifen auf die Haut ist bekannt und hat zur Fabrikation der neutralen und überfetteten Seifen geführt. Um vieles energischer als die alkalische Seife muss natürlich eine starke Natron- oder Kalilauge schädlich auf die Haut einwirken.

Sind die Hände mit starker Lauge oder mit starken Mineralsäuren in Berührung gekommen, so kann man dieselben lange mit frischem Wasser (z. B. unter der Wasserleitung) waschen, ohne die Lauge oder die Säure völlig aus der Haut herauszuwaschen. Man kann sich hiervon leicht durch Lackmuspapier, welches man auf die feuchte Stelle drückt, ja selbst durch die Zunge überzeugen. Die in der Haut zurückgebliebene Lauge oder Säure wird natürlich dort allmälig auf dieselbe einwirken und ein Rissigwerden derselben veranlassen. Es liegt daher auf der Hand, dass man, nach vorgängigem Abwaschen der grössten Menge der Lauge oder Säure mit Wasser, nunmehr noch ein Mittel anwenden muss, welches die in der Haut verbliebenen Reste der Lauge oder Säure leichter auszuziehen vermag als Wasser. Dasselbe gilt für die Fälle, in denen die Haut, wie es dem Arzte häufig vorkommt, Karbolsäure oder Sublimat zurückhält, welche sich durch Wasser allein nicht auswaschen lassen. Der Beweis hiefür kann leicht erbracht werden. Hat man sich die Haut mit konzentrirter Karbolsäure befleckt, so wird man, falls dieselbe nur ganz kurze Zeit einwirken konnte, trotz reichlichen Waschens diese nicht entfernen können; es zeigt sich nach wenigen Minuten ein weisser Fleck. Derselbe verschwindet durch Betupfen mit Spiritus sehr rasch, weil dieser die in der Haut verbliebenen, durch Wasser nicht auswaschbaren Reste der Karbolsäure leicht auflöst.

Durch diese Ausführungen aber ist die Grundlage für die Konservirung der Hände gegeben. Mit Lauge befleckte Hände sind mit Wasser, hierauf mit einer verdünnten Säure, etwa Salzsäure, Oxalsäure, Essigsäure (1:100 Wasser) zu waschen. Wäscht man die Hände hierauf, ohne sie vorher mit Wasser abzuspülen, nunmehr sofort mit Seife, welche in diesem Falle natürlich nicht schäumt, so lagert man auf diese Weise in die Haut Fettsäuren ab, man erreicht also zugleich ein Ueberfetten der Haut.

Mit Mineralsäuren befleckte Hände werden mit Wasser gewaschen, hierauf direkt ein Stück Seife in den feuchten Händen herumgerieben. Ist die mit der Säure in Berührung gekommene Hautstelle sehr ausgedehnt, oder war die Säure sehr stark, so ist nach dem Waschen mit Wasser das Baden der Hände in einer verdünnten Sodalösung (1:100 Wasser) zu empfehlen.

Nach längerer Einwirkung von Karbolsäurelösung auf die Hände möge man diese mit Spiritus baden; derselbe Spiritus wird mehrere Male demselben Zwecke dienen können. Denaturirter Spiritus wird ebensowohl hierzu Verwendung finden können, aber es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass der unangenehme Geruch des Pyridins, der hierbei zurückbleibt, sich durch Waschen nur sehr schwer beseitigen lässt.

Nach dem Waschen mit Spiritus, hierauf mit Seife und Wasser, werden die abgetrockneten Hände noch feucht mit Lanolin einzureiben sein, wie man es bisher schon gethan hat.

Nach dem Arbeiten mit Sublimatlösungen sind die Hände am besten einige Zeit in einer Kochsalzlösung (1:50 Wasser) zu baden, hierauf mit Wasser und Seife zu waschen und dann mit Lanolin einzureiben. —

Zur Beseitigung des Jodoform-, Creosot- und Gujacolgeruches von den Händen werden Waschungen mit Leinsamenmehl und Wasser empfohlen. Zur Desoderisation des Jodoforms wird benutzt Kaffeepulver, Terpentinöl, Theerwasser und ätherische Oele von Koriander, Zimmt, Lavendel, Wintergrün, Pfefferminze, Sassafras, Anis.

Professor MOSLER in Greifswald sagt in der «Münchn. Med. Wochenschr.»: Sorgfältige Reinigung der Hände spielt nicht nur bei chirurgischen Operationen, sondern überhaupt bei Behandlung von Kranken eine Rolle. In meiner Klinik wird nach den von FÜRBRINGER dafür gegebenen Vorschriften verfahren. Von Bedeutung ist es, eine gut bereitete Seife dafür zu haben, welche die Epidermis nicht abschilfert, Rauhigkeiten nicht hinterlässt, überhaupt dauernd ertragen werden kann. Auf einer Reise während der Osterferien habe ich in der Toilette-Seifenfabrik von F. WOLF & SOHN in Karlsruhe (Baden) eine weisse Kaliseife (Crêmeseife) gefunden, die in dieser Hinsicht mehr als die bis dahin von uns verwendeten Seifen leistet. Ihre Vorzüge rühren von der sehr sorgfältigen Bereitungsweise her, die mir und anderen Aerzten in der grossartig eingerichteten, sehenswerthen Fabrik in Karlsruhe domonstrirt worden ist. Der dazu gebrauchte Talg wird aus reinstem Rohfett gewonnen, nur frischeste und reinste Rohmaterialien kommen zur Verwendung. Das Sieden geschieht über Dampf unter ständigem Umrühren der

Masse. Bei Zugabe der Lauge unter Beibehaltung hoher Temperatur wird auf das genaueste verfahren, um eine neutrale Salbe zu erhalten. Nach der Verseifung wird die Erkaltung allmählich vorgenommen, die Seife längere Zeit in steinernen Standgefässen abgelagert, ab und zu erfolgt eine Knetung der Masse. Diese in grosser Quantität bezogene, geruchlose, weisse Kaliseife wird in meiner Klinik nunmehr fast ausschliesslich zum Reinigen der Hände verwandt. Um das Rauhwerden der Hände in Folge des nachherigen Waschens mit Spiritus, Sublimat oder Karbollösung zu vermeiden, wird meist der Gebrauch der gleichfalls aus jener Fabrik bezogenen Palmitinseife, die Sie probeweise heute ebenfalls benutzen wollen, damit verbunden. Neben der bei Zubereitung der letzteren zur Verwendung kommenden neutralen Grundseife gewinnt die Palmitinseife an wohlthuendem Einfluss auf die Haut durch Mitverarbeitung von Palmitinöl und Vaseline. —

Zur Konservirung der Hände macht Dr. GEORGE MEYER-Berlin in der «Berl. Klin. Wochenschr.» auf ein ihm vom Professor LIEBREICH mitgetheiltes Verfahren aufmerksam, um die Haut der Hände, wenn sie in Folge häufiger Desinfektion aufzuspringen droht, genügend zu konserviren und dieselbe geschmeidig und weich zu erhalten. Dasselbe hat dem Dr. MEYER, der seit Jahren an «rothen Händen» litt, unter allen anderen Methoden die besten Dienste geleistet. Mit der Desinfektion hat es nichts zu thun, sondern soll nur dazu dienen, die Haut in normalem Zustande zu erhalten. Nach gründlicher Abwaschung der Hände mit leicht schäumender (zentrifugirter) Seife werden dieselben gut abgespült und sehr sorgfältig getrocknet und dann, besonders der Handrücken, mit einer kleinen Menge Lanolin eingerieben und der Ueberschuss desselben mit einem Handtuch wieder entfernt. Aus den Handtüchern und der Wäsche ist das Lanolin leicht wieder auszuwaschen. Zu dem Lanolin kann man zweckmässig Geruchskorrigentien zufügen. Verfasser benutzt:

Rp. Lanolin. puriss. 50·0
Vanillin 0·1
Ol. Rosar. gutt. I.

Noch geschmeidiger zeigte sich folgende Verbindung:

Rp. Lanolin 100·0
Parafin. liquid. 25·0
Vanillin 0·1
Ol. Rosar. gutt. I.

Für Waschungen ausser dem Hause ist es vortheilhaft, das Lanolin in kleinen Metallfläschchen mit sich zu führen, aus denen sich durch Druck am unteren Ende die zur Einreibung für eine Hand genügende Menge jedesmal entleeren lässt. (Solche kleine Tuben mit Inhalt werden von der Firma JAFFE & DARMSTÄDTER für Apotheken angefertigt.) Verfasser schiebt die günstige Wirkung des Lanolins in dieser Hinsicht auf seine Fähigkeit, sich mit Wasser zu vermischen, wodurch die nach dem Waschen der Hände nach ungenügendem Trocknen der Haut zurückbleibende Flüssigkeitsmenge in das Lanolin aufgenommen wird und die Hände mit einer für die rauhe Luft undurchgängigen minimalen Fettschicht überzogen werden; durch letztere beiden Umstände sind sie dann wohl vor dem «Aufspringen» und «Rothwerden» geschützt. Auch für Einreibungen des Gesichts, z. B. bei Schauspielern, deren Gesichtshaut durch das Schminken gelitten, hat Verfasser diese Methode mit gutem Erfolge ausführen lassen. —

Um Sprödigkeit der Haut und aufgesprungene Hände zu beseitigen, gibt E. SAALFELD folgende Vorschriften: Man soll nicht zu viel waschen, man soll sich einer harten Seife oder der Mandelkleie bedienen. Das Wasser darf nicht zu hart sein, am besten abgekocht, auch mit Zusatz von Glycerin (ein bis zwei Esslöffel auf ein Liter Wasser). Nach dem Waschen ist eine dünne Schicht Poudre oder Lanolincrême aufzutragen.

Rp. Lanolini anhydrici 9·0
Adipis benzoati 3·0
M. D. S. Lanolincrême

oder

Rp. Lanolini anhydrici 9·0
Olei amygdal
Olei Cacao aa 0·5
Acid. benzoic 0·1
M. D. S. Lanolincrême

Gegen dasselbe Uebel wird von anderer Seite folgende Benzoesalbe empfohlen:

Rp. Tinkt. Benzoes
Glycerin aa 5·0
Lanolin 30·0
M. f. Ung. DS. Die in lauwarmes Wasser kurze Zeit getauchten, nicht abgetrockneten Hände, von denen das Wasser abgeschüttelt wurde, sind Morgens und Abends damit einzureiben. Nachts Handschuhe. —

Zur Verhütung der übeln Einwirkung der Karbolsäure empfiehlt VOGEL nach gehöriger Einseifung (oder Einölung) der Hände 1 Theelöffel Boraxpulver in die Hand zu nehmen und mit Hilfe einiger Tropfen Wasser gut mit dem Seifenschaum, mit dem die Hände dann gewaschen werden, zu verreiben und dann erst die Reinigung mittelst Karbolsäurelösung folgen zu lassen, nach beendeter Operation aber die Hände wiederum in gleicher Weise zu behandeln. Durch das oft wiederholte Waschen bekommen die Hände des Arztes, besonders im Winter, leicht eine rauhe, aufgesprungene Haut. VALENTA empfiehlt zur Verhütung dieser lästigen Folge die Hände, nachdem sie gewaschen und gut abgetrocknet sind, innig mit Unguentam emolliens (Crême céleste) einzureiben, die Salbe dann mit Spiritus saponatus zu verseifen un schliesslich mit einem Handtuch den fetten Schaum abzuwischen. Man kann sich auch eine glatte Haut der Hände erhalten, indem man dieselbe mit gutem Provenceröl einreibt und nach einiger Zeit das überschüssige Oel durch Abreiben mit Mehl entfernt. So Abends; am Tage gibt man ein wenig Wasser zum Mehl. Dieser Teig reinigt (wie Mandelkleie) vorzüglich und ersetzt die Seife. —

Als prophylaktisches Mittel gegen das Ekzem, welches sich bei manchen Personen nach längerem Hantiren mit Karbol und Jodoform einzustellen pflegt, empfiehlt Dr. M. VÖGEDING in den Therap. Monatsheften stündliches Einpudern der Hände, das sich bei ihm persönlich am besten bewährte. Er hat sämmtliche in der Literatur angegebenen Mittel, wie vor- oder nachheriges Einfetten, Eintauchen in heisses Wasser etc. versucht, keine einzige Medikation vermochte jedoch den Ausbruch des Ekzem zu verhüten, bis er anfing, sofort nach Beendigung der Operationen beide Hände dick mit Talkum zu bepudern und diese Massnahme stündlich zu wiederholen. Das anfänglich taube Gefühl in den Fingern, sonst ein untrüglicher Vorbote des am nächsten Tage sich einstellenden Ekzems, schwand nach 1—2 Stunden, und am nächsten Tage war auch nicht die geringste Andeutung eines Exanthems zu finden. —

Ein ausgezeichnetes Mittel, um die Hände glatt und weich zu erhalten, ist, nachdem man sich gewaschen hat, gerade ehe man sich abgetrocknet, ein paar Tropfen von nachstehender Flüssigkeit in die hohle Hand zu giessen und Arme und Hände damit einzureiben: 90 *gr* Rosenwasser, 30 *gr* Glycerin. Das Glycerin, ob chemisch rein, oder nicht ist es der Haut nachtheilig, wenn es nicht gehörig verdünnt wird. Es hat die Eigenschaft auszutrocknen, zu erhitzen und die Haut zu bräunen, aber in sehr verdünntem Zustande mit etwas Rosenwasser oder destillirtem Wasser gemischt, wird es zu einem erweichenden Mittel.

Sehr geeignet ist auch das Glycerinum saponatum (eine bei Wasserbadwärme hergestellte Auflösung von 20 Th. trockner neutraler Kokoskernseife in 80 Th. Glyzerin). v. HEBRA verwendet das Glyc. sapon. mit Zinkoxyd: 95·0 des 92perz. Glycerinum saponatum werden mit 5·0 Zinkoxyd gemischt. Das so erhaltene Präparat ist rein weiss und hält sich unverändert lange Zeit, höchstens zieht es an der Oberfläche etwas Wasser an. Es ist so hart, dass es mit einem Spatel oder dem Fingernagel abgeschabt werden muss; auf die Haut gebracht, wird es vollkommen weich und lässt sich fast völlig verreiben, besonders wenn man den reibenden Finger einmal mit Wasser benetzt. Das Präparat ist sehr

geeignet für aufgesprungene Hände, dieselben werden schon nach der ersten Einreibung weich und glatt, und es schwindet das unangenehm brennende Gefühl. Für leichtere Ekzeme eignet sich besser die nachstehende Zusammensetzung: 78·0 des 92 perz. Glycerinum saponatum werden mit 20·0 Zinkoxyd und 2·0 Amylum gemischt.

Auch eine Borglycerin-Salbe wird gegen aufgesprungene Hände empfohlen: 1 Theil Borsäure in 24 Th. heissem Glycerin aufzulösen, dazu 5 Th. wasserfreies Lanolin und 70 Th. Vaselin hinzuzufügen. Farbstoffe und Parfüm: Accanna 0·01, Rosen- und Bergamottöl je 1 Tropfen. Oder in stärkerer Form: Aric. boric. subt. pulo. 10, Glyz. 20, Lanolin 30. —

Gegen die Risse in den Händen wendet STEFFEN besonders im Winter folgende Salbe an:

Rp.	
Menthol	0·75
Salol	1·50
Ol. Oliv.	1·50
Lanolin	45·0

Mfungt. D.S. 2—3 Mal täglich auf die Hände einzureiben. Die Schmerzen hören auf, die Haut wird weich und die Risse verschwinden sofort.

WENDEL verschreibt gegen Schrunden an den Händen Waschungen mit einer Mischung aus:

Grüner Seife	1 Th.
Zusammengesetzter Benzoetinktur	4 «
Glycerin	8 «
Rosenwasser	16 «

BÄLZ badet die Hände erst in warmem Wasser und reibt sie dann ein mit einer Mischung von Kali caustic. 0·5, Glycerin, Spir. aa 20, Aq. 60. —

Zur Behandlung von Schweisshänden wird empfohlen, dieselben dreimal täglich mit nachstehender Mischung einzureiben:

Acidi borici	5
Boracis,	
Acidi salicylici aa	15
Spiritus, Glycerin	30

Wir schliessen mit einem Mittel zum Reinigen der Hände, das bei den Stubenmalern üblich ist: Waschen mit Seife und Petroleumöl und Nachspülen mit kaltem Wasser.

Standesfragen und Korrespondenz.

Zum 50jährigen Doktor-Jubiläum Du Bois-Reymond.

Im Nachtrage zu unserem Berichte über die Jubelfeier DU BOIS-REYMOND's bringen wir die bedeutsame Rede VIRCHOW's, als Rektor im Namen der Universität, sowie die geistvolle Antwort des Jubilars.

Festtage, wie der heutige, begann VIRCHOW, haben ein Janus-Gesicht. Unmittelbar vor uns erblicken wir das heitere Antlitz des Jubilars und die lange Schaar der Glückwünschenden. Wir alle gehören zu dieser Schaar und wie viele Wünsche für die Zukunft haben wir auf dem Herzen! Unser Freund erlebt diesen späten Festtag in guter Gesundheit. Mit der Krankheit, die ihn so lange plagte, hat er sich durch eine kleine Verkürzung abgefunden, die ihm Vorsicht gebietet, aber den Fortschritt nicht hindert. Und sein Geist ist voll von Plänen wissenschaftlicher Arbeit, die er nur zurückgestellt hat, bedrückt durch die Last so vieler Aemter. Möge es ihm beschieden sein, noch manchen dieser Pläne zur Ausführung zu bringen! In einer solchen Hoffnung wird ja auch das Doktordiplom erneuert, gewissermassen als die Beglaubigung für eine zweite Aera ehrenvoller Thätigkeit.

Aber freilich, das Janus-Gesicht des 50jährigen Doktorjubiläums blickt rückwärts über einen bei Weitem längeren Zeitraum, als er nach dem ordnungsmässigen Gange menschlicher Dinge vorwärts vermuthet werden darf. Es zwingt uns unwillkürlich zu einem Rückblick bis zu der ersten Promotion hin. Was vor dieser liegt, davon weiss nur ausnahmsweise einer oder der andere der jubilirenden Gäste aus eigener Erinnerung etwas auszusagen.

Wenn es mir vergönnt ist, einer dieser alten Genossen zu sein, wenn mir das ungewöhnliche Glück zu Theil wird, heute als Rector der Universität zu unserem verjüngten Doktor zu sprechen, so kann ich zunächst nur wiederholen, was ich schon heute Morgen sagte, dass die ganze Korporation stolz ist, einen solchen Mann lebend und noch immer kraftvoll unter den ihrigen zu zählen, einen Mann, der in ununterbrochener Continuität der Arbeit 50 Jahre an dieser Universität gelernt und gelehrt hat, der ganz und gar der unsrige ist. Hier hat er alle Grade der Gelehrten-Laufbahn erreicht: von dem einfachen Doktor ist er bis zum Rector magnificus emporgestiegen. Sein Ruhm, der die Welt umfasst, strahlt in vollem Glanze auf die Universität zurück. Darum dürfen wir ihm auch aus tiefstem Herzen den Ausdruck der Dankbarkeit für so viel Anhänglichkeit und Ausdauer darbringen.

Es war eine denkwürdige und nur für den geschichtlich gebildeten Geist verständliche Epoche, in welcher das erste Doktorat unseres Jubilars begann. In einem gewissen Sinne darf man aussprechen: es war am Schlusse einer Jahrtausende langen Zeit, in welcher die endlose Zahl der alten Schulen eine die andere ablöste, und am Beginn einer Reformation, um nicht zu sagen einer Revolution, aus der die neue Medizin, kraftvoll und siegreich hervorgegangen ist. Schon hatten sich die neuen Methoden zu entwickeln begonnen, welche an die Stelle der Doktrin die Anschauung, an die Stelle der Hypothese die Beobachtung und das Experiment zu setzen beabsichtigen. HALLER hatte die Physiologie als eine besondere Wissenschaft konstituirt. Joh. Friedr. MECKEL hatte mit der Einführung der Embryologie dem genetischen Gedanken eine sichere Grundlage gegeben. Und endlich, unser grosser Meister Johannes MÜLLER hatte die höchsten Probleme des Lebens, die Muskel- und Nerventhätigkeit, in den Kreis der Experimentation gezogen, während er zugleich alle Zweige der Anatomie mit Einschluss der vergleichenden und der pathologischen Anatomie und der Paläontologie einer neuen Durcharbeitung unterzogen.

Aber er war nicht dahin gelangt, die Fesseln der Tradition, die so fest geschlungen waren, ganz zu durchbrechen. Trotz aller Mühen war es ihm nicht gelungen, auch nur eine einzige Lebenserscheinung auf eine einfache physikalische oder chemische Formel zurückzuführen. Aufgewachsen inmitten der naturhistorischen und der naturphilosophischen Schule, hatte er mit aufreibender Gewalt die Gewohnheit speculativer Betrachtung von sich abgestreift und die Verlockung der Schulweisheit, die Einheit des Lebens durch die unendliche Kette der Lebensformen hindurch auf eine einfache Kraft zurückzubeziehen, abgewiesen. Wer von uns erinnert sich nicht, wie er in der Resignation, auch nur die Entwickelungsgeschichte der Organe auf thatsächliche Zusammenhänge zurückzuführen, sich damit begnügte, Formenreihen aufzustellen, welche eine Ordnung in dem Nebeneinander, aber nicht ein Verständniss der Auseinander, brachten. Schon Joh. Friedr. MECKEL hatte den Versuch gemacht, die Entwickelung wenigstens der Säugethiere auf gemeinsame Gesetze zu basiren, und er hatte grosse Schritte auf dem Wege gemacht, den viel später DARWIN mit so grossem Erfolge gewandelt ist. Auch MÜLLER bewahrte im Herzen die Hoffnung auf eine endliche Lösung des Räthsels von dem materiellen Zusammenhange der Lebeformen und als er, fast am Ende seines Lebens, die vielbesprochene Entdeckung von dem Vorkommen einer Schnecke in einer Holothurie machte und zwar unter Umständen, welche die Vorstellung nahe brachten, die eine Thierart habe die andere erzeugt, da bemächtigte sich seiner eine freudige Aufregung, grösser, als er sie lange empfunden hatte, aber leider — sie schlug in tiefste Melancholie um, als sich schliesslich doch das scheinbar genetische Verhältniss in ein parasitäres auflöste.

Mitten in diese Unsicherheit sah sich unser junger Doktor gestellt, als er vor einem halben Jahrhundert sich selbst an die Experimente machte. Und siehe da, im ersten Anlauf gelang es ihm die elektrischen Vorgänge im lebenden Thier, vorzugsweise

in den Nerven und Muskeln, durch mustergiltige Versuche klar zu legen und damit auch der theorethischen Betrachtung von dem Verhältniss der Lebensthätigkeit zu den physikalischen und chemischen Vorgängen der Aussenwelt eine sichere Grundlage zu verschaffen. Freilich hat keine Wissenschaft grösseren Nutzen daraus geschöpft, als die Medizin, namentlich seitdem auf diesem Grunde die Elektrotherapie erstanden ist, welche bis auf den heutigen Tag den einfachen Apparat, welchen unser Jubilar für seine Versuche aufgebaut hatte, als ein wichtiges Mittel bei der Behandlung krankhafter Vorgänge in Benutzung hat. Aber der Einfluss des neuen Wissens ist darauf nicht beschränkt geblieben und wenngleich der ruhmreiche Aufschwung der Elektrotechnik nicht dadurch allein bestimmt worden ist, so war dies doch einer der Ausgangspunkte für jene staunenswerthen Neuerungen, die wir im Laufe der folgenden Jahre sich haben vollziehen sehen.

Schon im Promotionsjahre, 1843, war der Umschwung der Geister ein fast allgemeiner. Er richtete sich in erster Linie gegen die letzten Reste der Naturphilosophie und des Vitalismus, und es begann jene moderne Richtung, die uns in wenigen Decennien mitten in das «naturwissenschaftliche Zeitalter» hineingeführt hat. Manches hat sich in diesen Decennien gänzlich verändert. Noch unter den Schülern MÜLLER's hegten manche recht übertriebene Hoffnungen auf die sofortige Alleinherrschaft physikalischer Erklärungen. Damals war es, wo SCHWANN die Organisation der thierischen Elemente als eine blosse Krystallisation formloser Substanz darstellte und wo mein alter Freund JORDAN aus der Regeneration verletzter Krystalle ein massgebendes Vorbild der physiologischen Heilungsvorgänge ableiten zu können dachte. Die biologische Beobachtung trat vor dem Drange nach einer Deutung der Vorgänge in den Hintergrund, so sehr, dass es uns Medizinern einigermassen schwer gemacht wurde, auch nur die Bedeutung anatomischen Wissens wieder zur Anerkennung zu bringen. Es bleibt mir immer in der Erinnerung, dass, als die ersten guten Handbücher der Histologie erschienen, einer unserer besten Physiologen keine andere Bezeichnung dafür fand, als dass er sie «Bilderbücher» nannte.

Die Zeit hat, wie so oft, die Milderung der Parteigegensätze und damit nicht nur gegenseitige Duldung, sondern auch volle Anerkennung gebracht. Nirgends ist dies schärfer ausgedrückt, als in dem herrlichen Institut, dessen Begründung unsere Universität der energischen Forderung unseres Jubilars verdankt. Da ist eine physikalische und eine chemische Abtheilung, da sind aber auch histologische, vergleichend-anatomische und experimentirende Arbeiter. Da knüpft sich ein Faden des Verständnisses an den anderen. Wie schön tritt dies zu Tage in den Forschungen über die Muskelphysiologie, zumal in ihrer Erweiterung auf die elektrischen Organe der Fische, deren Studium unser Jubilar, im Anschlusse an Alex. v. HUMBOLDT, schon ganz früh begonnen und von dem er bis auf den heutigen Tag nicht abgelassen hat.

Das geläuterte Wissen der fortschreitenden Naturerkenntniss ist allmählich Gemeingut aller Gebildeten geworden und die seltene Popularität, welche der Name unseres Freundes gewonnen hat, erklärt sich nicht zum Wenigsten daraus, dass er es nicht verschmäht hat, in volksthümlich verständiger Weise die Fortschritte der gelehrten Forschung grossen Kreisen darzulegen. Es ist dies eine Seite der Thätigkeit dieses theuren Mannes, welche nicht hoch genug veranschlagt werden kann. Denn sie hat mächtig dazu beigetragen, der Naturwissenschaft jene allgemeine Anerkennung zu sichern, welche sie weithin in unserem Volke und endlich bei allen Kulturvölkern gefunden hat. Unser Jubilar hat es uns heute Morgen gestanden, dass er die Kunst der Popularisirung in seinen öffentlichen Vorlesungen an unserer Universität gelernt hat, aber er hat auch hinzugefügt, dass unter den Vorbereitungen zu diesen Vorlesungen sein Denken geschärft, seine Aufmerksamkeit auf die grossen Erscheinungen der Kultur und des Geistes überhaupt gelenkt worden ist. So hat er eine Herrschaft über die Meinungen der Zeitgenossen gewonnen, wie es wenigen beschieden ist. Auch er hat Resignation gelernt und er hat endlich aus der Fülle seiner Erfahrungen heraus jenes berühmte Wort gesprochen, welches auszusprechen vollen Mannesmuth erfordert: Ignorabimus.

Wir, die wir das Alles miterlebt, mit durchdacht haben, wir empfinden in vollster Dankbarkeit das Glück, einen solchen Geisteshelden den unserigen nennen zu dürfen. Möge er uns noch lange erhalten bleiben in Arbeitslust und Schaffensfreudigkeit, ein Führer und Rather auf den schwierigen Wegen der Biologie und ein treuer Freund und nachsichtiger Beurtheiler unserer Schwächen!

* * *

Erwiderung DU BOIS-REYMOND's:

«Auf dem «College», wo ich vielleicht einer der schlechtesten Schüler war, beschäftigte ich mich viel mehr mit Zeichnen und Dichten, als mit dem, was eigentlich auf dem Gymnasium betrieben wurde. Ich spielte schon damals gern mit Elektrizität, aber zu einem tieferen Eindringen in die Lehre derselben hatte ich keinen Trieb, mein Wunsch und Gedanke war, Künstler zu werden. Ostern 1837 ging ich zur Universität, und so unklar waren damals meine Pläne, dass ich, dem Wunsche meines Vaters folgend, mich zwar in der philosophischen Fakultät inscribiren liess, aber doch auch ein theologisches Colleg bei NEANDER belegte. Daraus ist dann die Legende entstanden, dass ich ursprünglich Theologe gewesen, was ich von mir abweisen muss. In der Mitte des Sommersemesters 1837 kam ich einmal in das Colleg von MITSCHERLICH, sah dort den Experimentirtisch mit den schönen Präparaten und da erkannte ich meinen Beruf. Ich hörte dann DOVE, ging nach Bonn, beschäftigte mich dort mit Geologie und dann in Wintersemester vorzugsweise mit Mathematik, ohne es aber weit zu bringen. So irrte ich hin und her, bis, wie so oft in meinem Leben, eine unerwartete Begegnung entscheidend wurde. Auf dem EISELEN'chen Turnsaal lernte ich mit HEINZ, WERNER SIEMENS und KÖLLIKER auch einen Mediciner Eduard HALLMANN kennen. Derselbe zeigte mir den richtigen Weg, indem er mir vor Augen führte, dass die höchsten und letzten lösbaren Probleme in der Physiologie liegen, dass aber der richtige Weg zu dieser Wissenschaft das medizinische Studium sei. So wurde ich Mediziner und hörte im Winter von 1839 zu 1840 mit VIRCHOW bei Johannes MÜLLER Anatomie und im Sommer darauf Physiologie. Ich wusste mich bemerkbar zu machen und Johannes MÜLLER erlaubte mir mit ihm zu arbeiten in jenem entsetzlichen Local an der Garnisonskirche, dass noch in lebhafter Errinnerung von uns Aelteren ist. Im Frühjahre 1840 gab mir Johannes MÜLLER eines Tages eine französische Schrift, den Essay des phénomènes électriques des animaux von MATTEUCCI und dieser war die erste Veranlassung zu meinem Studium über die thierische Elektricität. Ende 1842 war ich soweit gelangt, dass ich das Gesetz des Muskelstromes, des Nervenstromes und der negativen Schwankungen des Muskelstromes endeckt hatte. Daran knüpfte sich ein geschichtlicher Abriss über physiologische Untersuchungen und die Kenntnisse, die schon die Alten davon hatten. Gestern vor fünfzig Jahren, es war auch an einem Sonnabend erlangte ich dann den Doktor. Meine Opponenten waren u. A. BRÜCKE, der verstorbene Wiener Physiologe und mein Freund Joseph MEYER. Meine Forschungen erregten so grosses Aufsehen, dass sie in Frage gestellt wurden, als sie HUMBOLDT nach Paris meldete. Da ist denn HUMBOLDT die kleine erbärmliche Treppe zu meinem engen Zimmer in der Karlstrasse hinaufgestiegen und hat selbst den Versuch dort angestellt und dann begab ich mich nach Paris, verkehrte dort drei Monate lang mit FLOURENS und anderen Leuchten der Wissenschaft und wurde so in Paris heimisch in der wissenschaftlichen Welt. Später sollte ich es auch in England werden. Als MAGNUS in London war, wurde von meinen Entdeckungen gesprochen, ich wurde dann nach London geladen und hatte dort das unvergleichliche Glück, vier Wochen im Privat-Laboratorium FARADAY's, jenes grössten experimentellen Forschers, arbeiten zu können.»

Du BOIS erkannte dann in warmen Worten die ausserordentliche Förderung, die ihm zeitlebens durch die Berliner wissenschaftlichen Gesellschaften und die von ihnen ausgehende Anregung zu Theil geworden sei, an und brachte schliesslich seinen Dank der Berliner Wissenschaft aus.

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 24. d. M. unter dem Vorsitze des Hofrathes Prof. Krafft-Ebing abgehaltenen Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien demonstrirte Dr. Winter den vor 14 Tagen vorgestellten Fall von Luxation der Halswirbelsäure nach vorne, wo er die Reposition mit günstigem Erfolge ausgeführt hatte. Dr. Salzmann stellt hierauf einen 64jährigen Patienten mit Sarkom der Iris vor, worauf Dr Hasterlik Bericht erstattet über 6 Versuche, in denen lebende Reinkulturen von Kommabacillen ohne jeden Nachtheil vertragen wurden, worauf Hofrath Drasche über einige diesbezügliche Erfahrungen von anderer Seite berichtet. Prof. Lorenz hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Entstehung der Knochendifformitäten», in welchem er sich als Anhänger der alten Drucktheorie bekennt. Nach dem Vortrage kommt es zu einer interessanten und lebhaften Debatte, an der sich die Herren Prof. Kundrat, Gersuny und Albert betheiligen. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung erscheint in der nächsten Nummer.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Der Kaiser hat dem ordentlichen Professor der Anatomie und Physiologie der Pflanzen an der Universität in Wien, Dr. Julius Wiesner, dem ordentlichen Professor der pathologischen Anatomie an dieser Universität Dr. Hans Kundrat und dem ordentlichen Professor der Histologie an derselben Universität Dr. Viktor Ritter Ebner v. Rosenstein den Titel eines Hofrathes verliehen. — Dem a. o. Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch an der Universität in Wien wurde das Kommandeurkreuz und dem k. k. ausserordentlichen Professor an der deutschen Universität in Prag und Brunnenarzt in Marienbad, Med. Dr. Heinrich Enoch Kisch das Offizierskreuz des königlich griechischen Erlöser-Ordens verliehen. — Sanitätsrath Dr. E. Schider (Arço—Bad Gastein) wurde zum Mitglied des Ehrencomités der «International Exhibition of Hygiene, Pharmaceutics and Food» (London 1893) ernannt. — An dem Jefferson Medical College in Philadelphia ist Dr. G. v. Schweinitz, Professor an der dortigen Poliklinik, zum Professor der Augenheilkunde ernannt worden. — Der Statthalter von Niederösterreich hat den Bezirksarzt I. Klasse zu Krems, Dr. Johann Langer, zur Dienstleistung im Sanitäts-Departement der n.-ö. Statthalterei einberufen, die Sanitäts-Assistenten Dr. Max Winter und Dr. Friedrich Urbauer zu Bezirksärzten II. Klasse in Niederösterreich ernannt, den Ersteren der Bezirkshauptmannschaft in Horn und den Letzteren jener in Neunkirchen zugewiesen, endlich den praktischen Arzt in Himberg Dr. Josef Grinschgl zum Sanitäts-Assistenten ernannt. — Dr. William Milligan ist als Lector für Ohrenheilkunde in das Dozentenkollegium des Owen's College in Manchester eingetreten. — Dr. Robert Thomas Kent ist zum Professor der Anatomie als Nachfolger von Henry E. Clark am St. Mungo's College in Glasgow ernannt worden. In derselben Anstalt ist Dr. Robert Fullarton als Lector für Laryngologie und Rhinologie als Nachfolger von Dr. David Newmans eingetreten. — Dr. C. Raimondi ist zum ordentlichen Professor der Materia medica und experimentellen Pharmakologie in Siena ernannt worden. — Dr. J. Dionisio hat sich als Privatdozent für Laryngologie und Rhinologie in Turin habilitirt. — Dr. L. Tansini, bisher Professor der Universität Modena ist zum ordentlichen Professor der chirurgischen Klinik an der Universität in Palermo ernannt worden.

Chicago. Unter den zahllosen Kongressen aller Art, welche gelegentlich der Weltausstellung in Chicago abgehalten werden, wird auch ein «Congress of Charities, Correction and Philantropie» stattfinden, dessen Vorsitz John S. Billings übernommen hat. — Ferner wird ein Kongress der Krankenwärterinnen abgehalten werden. Die Anregung zu diesem Kongress ist von der englischen Gesellschaft der Krankenwärterinnen ausgegangen und wird in lebhafter Weise durch ähnliche Gesellschaften in den Vereinigten Staaten unterstützt. Von den auf die Tagesordnung gesetzten Themata sind zu nennen: die Thätigkeit der englischen Gesellschaft der Krankenwärterinnen; die Organisation einer Krankenwärterinnenschule; die Privatkrankenpflegerinnen; das Korps freiwilliger Krankenpflegerinnen in Zeiten von Krieg und Epidemien.

Baltimore. Der John Hopkins University sind von einer Frau Garett 500.000 Dollars zur Errichtung einer medizinischen Schule für Frauen bei dieser Universität gespendet worden.

(Cholera-Nachrichten.) Die diesjährige Cholera-Epidemie, die man als erloschen ansehen kann, hat nach der dem Reichstag übersendeten Denkschrift des Reichkanzlers in dem Gebiete des Deutschen Reiches 8510 Todesfälle verursacht. Die Epidemie hat vornehmlich im Staate Hamburg gewüthet, in dessen Gebiete 7611 Personen gestorben sind. Auf die Einwohnerzahl berechnet, macht dies 1·22 Perzent.

(Dr. Unna's dermatologische Preisaufgabe für das Jahr 1893.) Da der Preis für die Aufgabe des vorigen Jahres nicht ertheilt werden konnte, so wird dieselbe für dieses Jahr noch einmal ausgeschrieben. Der Preis beträgt dieses Mal das Doppelte des vorigen, d. h. 600 Mark. Die Preisaufgabe für dieses Jahr lautet also: Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen. Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang Dezember 1893 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss, Hamburg, Hohe Bleichen, einzureichen. Die Herren Prof. Klebs und Hoyer haben auch für dieses Jahr es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen. Genauere Bedingungen und Mittheilungen über die Preisaufgabe sind von genanntem Verlage zu beziehen.

(Todesfälle.) In Leipzig starb am 28. v. M. Dr. Heinrich Balmer, der durch seine Arbeiten über Tuberkulose bereits in weiteren ärztlichen Kreisen bekannt geworden ist. — In Wiesbaden starb der Balneologe Geh. Sanitätsrath Dr. Valentiner. — In Warschau starb am 31. Jänner der dortige ausserordentliche Prof. der Pharmacie Dr. Nikolai Menthien, im 45. Lebensjahre.

Aerztliche Stellen.

Distriktsarztesstelle im Sanitätsdistrikte Frischau an der Staatsbahn (Mähren). Der nur von Deutschen bewohnte Distrikt umfasst auf 140 Qu.-Kilom. in 3 Gemeinden 2300 Einwohner. Gehalt sammt Reisepauschale jährlich 350 fl., ausserdem Benützung eines Grundstückes; von der Herrschaft Frischau für unentgeltliche Behandlung ihrer Bediensteten 100 fl., 9 Meter weiches Scheiterholz und Freiquartier, desgleicchen von der Gutsverwaltung Moskowitz 50 fl. Hausapotheke. Belegte Gesuche bis 1 März d. J. an den Obmann Martin Gross in Frischau.

Gemeindearztesstelle in Spital am Pyhrn (Oberösterreich) mit 2000 Einwohnern. Gehalt 300 fl. vom n.-ö. Landesausschusse und 200 fl. von der Gemeinde, grosse freie Wohnung, Hausapotheke. Der Angestellte ist zugleich Vertrauensarzt der Bezirkskrankenkasse Windischgarsten zu Spital mit monatlich circa 40 fl. Einnahme. Spital ist klimatischer Kurort und wird während der Sommersaison von 600 bis 700 Fremden besucht. Ordnungsmässig belegte Gesuche sind an die Gemeindevorstehung Spital a. P. zu richten.

Gemeindearztesstelle in Buchers (Böhmen) (circa 1400 Einwohner) mit einem Jahresgehalte von 400 fl. Verpflichtung zur unentgeltlichen Behandlung der Ortsarmen und Besorgung der Todtenbeschau, sowie zur Haltung einer Hausapotheke. Ausserdem ist von Seite des Grafen von Buquoy für die Behandlung der Forstbediensteten und Holzhauerfamilien in der Umgebung von Buchers ein Pauschale von 400 fl. bewilligt, Medikamente werden vierteljährig separat vergütet. Bewerber müssen Doktoren der gesammten Heilkunde, christlicher Konfession und der deutschen Sprache vollkommen mächtig sein und wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis 15. März l. J. an das Gemeindeamt Buchers einsenden, wo auch jede diesbezügliche Auskunft bereitwilligst ertheilt wird.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 5. März 1893** **Nr. 10.**

„**Internationale Klinische Rundschau**“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Zur Pathologie und Therapie der Aneurysmen.*)

Von

Hofr. Professor Nothnagel.

Patient, 58 Jahre alt, klagt seit einigen Jahren über zunehmende Schmerzen im Unterleib. Die Anamnese ergibt uns keine bestimmten Anhaltspunkte. Patient früher stets gesund, gibt an, seit einigen Jahren an Beschwerden im Bauche zu leiden, die mit einem lästigen Gefühle von Klopfen im ganzen Körper vergesellschaftet sind, welche Beschwerden in der letzten Zeit an Intensität bedeutend zugenommen haben und ihn endlich nöthigten, das Spital aufzusuchen.

Bei der objektiven Untersuchung haben wir zunächst unser Augenmerk auf den Verdauungsapparat zu richten, zumal Patient an Durchfall leidet und eine Affektion des Darmtraktes etwa als Ursache seiner Beschwerden angenommen werden könnte.

Die Zunge des Patienten ist feucht, roth, graugelb belegt und zittert beim Hervorstrecken. An Uebelkeiten leidet Patient nicht, aber es bestehen, wie wir hören, bei ihm seit einiger Zeit Durchfälle. Die Zahl der Stühle schwankt zwischen 2 und 5, also Diarrhoe mässigen Grades, und sie erweisen sich ihrer Beschaffenheit nach als einfache diarrhoische Entleerungen des Dickdarmes ohne schleimige Beimengungen in grösserer Menge, woraus wir also keineswegs einen Schluss auf katarrhalische Entzündung des Darmes ziehen dürfen.

Die begleitenden Schmerzen im Unterleibe, über die Patient jetzt klagt, bestanden auch früher zur Zeit, als er noch an Obstipation litt, als Beweis, dass erstere nicht mit der Diarrhoe in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht werden dürfen, sondern dass deren Ursache anderswo gelegen sein muss.

Die Ursache dieser Schmerzen herauszufinden, wird nun Aufgabe unserer weiteren Untersuchung sein.

*) Klinischer Vortrag. — Vom Vortragenden revidirtes Original-Stenogramm der Internationalen Klinischen Rundschau.

Die Schmerzen sind von brennendem Charakter und werden über und neben dem Nabel lokalisirt, sie strahlen nach hinten in die Kreuzgegend und nach oben gegen das Epigrastrium aus. Ein charakteristisches Gürtelgefühl oder nach unten in die unteren Extremitäten ausstrahlende Schmerzen, Momente, die etwa auf eine beginnende Tabes schliessen lassen könnten, werden nicht angegeben, ebenso wenig klagt Patient über ein Gefühl von Vergehen oder über syncopale Anfälle. Erleichterung verschafft sich Patient durch Reiben des Abdomens oder durch Erbrechen, das durch Reizen des Pharynx mit dem Finger erzielt wird, oder durch Morphiuminjektion, doch ist diese Erleichterung nur von geringer Dauer.

Was soll nun die Ursache der Schmerzen sein? Dass es sich hier um keine peritoneale Affektion handeln könne, um keinen entzündlichen Prozess überhaupt, können wir daraus entnehmen, dass der Schmerz durch Reiben gelindert wird und dieser Umstand weist nun auf einen neuralgischen Charakter desselben hin; zugleich aber gibt uns Patient an, dass er so oft er Schmerzen gehabt habe, er diese durch künstliches Erbrechen zu lindern im Stande war und wir wären nun zur Annahme geneigt, dass es sich doch um nichts anders als um eine Uebelkeit handeln könnte, die verschwand, als der Patient erbrach.

Das Abdomen des Patienten ist, wie Sie sehen, im Epigastrium normal geformt, unterhalb des Nabels leicht gewölbt. Etwas besonderes ist nach aussen vom Nabel ausser einer leichten pulsatorischen Erschütterung der Bauchdecken nicht wahrzunehmen.

Palpiren wir das Abdomen, so spüren wir in der Mittellinie, wo Patient eben den Sitz der Schmerzen hauptsächlich angibt, bei stärkeren Eindrücken ein Gurren, das man beim Anlegen des Ohres als Geräusch wahrnehmen kann; weiter unten in der regio iliaca ist eine deutliche Pulsation zu tasten und zugleich ein Strang, welcher zum Nabel hinzieht. Dieser Strang entspricht, der arteria iliaca communis und dem unteren Ende der aorta abdominalis und dieses Phänomen: das gurrende Geräusch, die Pulsation und der tastbare Strang ist bedeutungsvoll für die Diagnose eines Aneurysma.

Wohl hat BAMBERGER darauf aufmerksam gemacht, dass ein Tumor im Epigastrium leicht ein Aneurysma vortäuschen kann, weil die Pulsation der Aorta sich demselben mittheilen und der Tumor, der in der Tiefe verborgen ist, nicht deutlich palpirt werden kann. Um dieser Täuschung vorzubeugen, muss man die einfache von BAMBERGER aufgestellte Regel beachten, dass ein Tumor sich gewöhnlich nur in vertikaler Richtung bei den Pulsationen der Aorta bewegt, während ein Aneurysma, sowohl in vertikaler als auch in horizontaler Richtung sich ausdehnt. Ich habe diese Erscheinung an vielen Fällen konstatirt und ich kann sagen, sie hat mir in zweifelhaften Fällen gute Dienste geleistet. Auch hier kann ich auf Grund dieser Regel fast mit Sicherheit ein Aneurysma der iliaca communis diagnosticiren, oder präciser eine cylindrische aneurysmatische Erweiterung derselben und des untersten Abschnittes der Bauchaorta.

Die Aneurysmen bieten auch auskultatorische Veränderungen, die in Fällen, wo die Palpation keinen Erfolg hat also bei Aneurysmen im Thorax, diagnostisch gute Dienste leisten können. Am häufigsten findet man diese Veränderungen an den peripheren Arterien, an den Aneurysmen der poplitea, der femoralis, der iliaca, und sie manifestiren sich hauptsächlich in einem systolischen Geräusch, welches dem Hineinströmen des Blutes in aneurysmatisch erweiterte Gefässlumina entspricht. Doch nicht über jedem Aneurysma ist das systolische Geräusch zu hören. Ich erinnere mich an Fälle, wo die Obduktion bedeutende Aneurysma der Aorta, der Subclavia ergeben hat, und wo im Leben durchaus nichts Abnormes zu hören war. Das ist namentlich dann der Fall, wenn das Aneurysma zum grössten Theile durch Gerinnsel ausgefüllt wird, dann wird die Strombreite nicht wesentlich verändert und es fehlt die physikalische Grundlage für die Entstehung der Geräusche.

Neben den systolischen Geräuschen gibt es bei Aneurysmen auch solche diastolischer Natur. Die diastolischen Geräusche können auf mannigfache Weise entstehen. In der Nähe des Herzens hat man öfters über Aneurysmen diastolische Geräusche wahrgenommen, die zweifellos bezogen werden müssen, auf die sie begleitende Insufficienz der Aortenklappen. Denn derselbe Prozess, der zur aneurysmatischen Erweiterung des Aortenlumens führt, kann auch ferner Insufficienz der Aortenklappen verursachen und so entsteht über dem Aneurysma ein Geräusch, welches aber nicht diesem, sondern den Aortenklappen entspricht. In einer anderen Reihe von Fällen entsteht das Geräusch in der Weise, dass sich am Aneurysma ein Nebensack entwickelt und indem das Blut aus dem Hauptstrom in letzteren hieninströmt, entsteht ein Geräusch und zwar ein diastolisches. Der diastolische Charakter dieses Geräusches ist dadurch bedingt, dass während der Diastole des Herzen die Aorta sich verengt, der Druck der Muskulatur auf die Umgebung macht sich geltend und bei Nachlass der Systole der Gefässe strömt das Blut durch die Kommunikationsöffnung vom zweiten Aneurysma in das erste, wobei der dadurch entstehende Wirbel ein Geräusch erzeugt, das somit der diastolischen Phase der Herzkontraktion entspricht.

Nun gibt es noch eine dritte Kategorie von Geräuschen, die allerdings sehr selten sind, für deren Entstehung man folgende Ursache angenommen hat. Denken Sie sich die diastolische Herzphase, derselben entspricht die Systole der Arterien, das Blut wird rückläufig und es entsteht dann ein diastolisches Geräusch. Man kann sich das nicht anders vorstellen, als dass das Aneurysma sehr gross ist und dass die Differenz zwischen der engen Arterie und der Erweiterung des Aneurysmasackes eine so bedeutende ist, dass bei der Kontraktion der Arterienwand das Blut rückläufig wird und demgemäss Wirbel entstehen, die der Diastole entsprechen. Diese Art der diastolischen Geräusche, habe ich einige Male gehört, aber sie sind sehr selten. Wir hatten damals mehrere solche Fälle auf der Klinik von TRAUBE und Heinrich JACOBSOHN, einer der grössten Hämodynamiker, hat diese obige Erklärung acceptirt. Ich betone das Vorhandensein dieser Geräusche umso mehr, als einige Kliniker behauptet haben, dass dieselben vom Herzen fortgeleitet werden. Dass sie aber nicht im Herzen, sondern in der Bauchaorta entstanden sind, konnte ich mich auf das Bestimmteste überzeugen und wir können uns dies nun auch physikalisch erklären.

Wenn wir nun nach dieser theoretischen Abschweifung zu unserem Fall zurückkehren und uns fragen, was wir hier hören, so ist es neben dem durch die Peristaltik des Darmes erzeugten Gargouillement ein leichtes systolisches Geräusch, das sich über der Mitte des Abdomens dem auscultirenden Ohre darbietet. Hinzufügen muss ich, dass wir das Sthetoskop leicht an die Bauchdecken anlegen müssen, damit durch den Druck keine Stenose erzeugt werde, die an jedem normalen Gefässe ein systolisches Geräusch hervorruft. Dieses Geräusch müssen wir zweifellos auf eine aneurysmatische Erweiterung in den Gefässen zurückführen und, wie ich glaube, haben wir das Recht, in diesem Falle auf ein Aneurysma und zwar auf eine, eine weite Strecke sich hinziehende aneurysmatische Erweiterung der arteria iliaca communis und der aorta abdominalis zu schliessen.

Bei der Untersuchung des Herzens finden wir den Spitzenstoss im 5. Intercostalraum innerhalb der Mammillarlinie. Die Herzdämpfung ist mit Ausnahme einer geringen Verbreiterung nach links auf etwa eine Fingerbreite innerhalb der normalen Grenzen. Bei der Auskultation ergibt sich an der Herzspitze ein dumpfer, nicht ganz reiner systolischer Ton, ein diastolischer Ton und daran anschliessend ein langes, blasendes, schwaches, wahrscheinlich fortgeleitetes Geräusch, fortgeleitet weil es konstant an Intensität zunimmt in dem Masse, als wir uns nach oben und rechts bewegen. An der Auskultationsstelle der Aorta hören wir einen etwas langgezogenen reinen systolischen Ton und in der Diastole ein lautes blasendes Geräusch; an der Pulmonalis ist der systolische Ton dumpfer, sonst aber die gleichen auskultatorischen Verhältnisse wie über der Aorta. Das laute diastolische Geräusch über dem Aortenostium ist auch an der Tricuspidalis in unverminderter Intensität zu hören.

Ueberschauen wir nun den Befund, so haben wir es hier zweifellos mit einer Insufficienz der Aorta zu thun.

An der Femoralis ist das Durosier'sche Phänomen zu hören, d. i. ein Doppelgeräusch, entsprechend der Systole und Diastole.

An den übrigen Organen, in den Lungen, ferner in den Unterleibsorganen, in der Beschaffenheit des Blutes ist nichts Abnormes zu finden. Im Urin sind Spuren von Indican vorhanden.

Nachdem wir nun die objektive Untersuchung beendigt haben, konstatiren wir eine hochgradige Veränderung im Arteriensystem, eine Sklerose, welche sich über sämmtliche Arterien ausbreitet. Wie es kommt, dass dieser relativ junge Patient, dass der Mann mit 58 Jahren eine so stark entwickelte Sklerose hat, das ist sehr schwer zu sagen. Sie wissen, dass diese sklerotischen, wie man sagt, die senilen Veränderungen im Arteriensystem sich erst in späteren Jahren entwickeln und zwar nicht bei allen Menschen in gleicher Weise, in gleicher Ausbreitung und Intensität. Bei welchen Menschen die Arteriensklerose zur Entwicklung kommt und bei welchen nicht, das ist schwer zu bestimmen. Das Alter ist wohl das wichtigste, aber nicht das einzige veranlassende Moment, denn ich habe Leute in den Achtziger, ich habe Leute in den Neunziger Jahren untersucht und keine Spur von Sklerose finden können. Freilich waren es vorwiegend Individuen, die sehr mässig gelebt haben, die niemals Excesse gemacht haben und auch wenig äusseren Schädlichkeiten ausgesetzt waren. Anderseits habe ich hochgradige sklerotische Veränderungen an den Arterien bei Individuen gefunden, die weder ein hohes Alter hatten, noch irgendwie in ihrem Leben Excesse im Trinken, im Rauchen verübt haben. Es gibt Individuen, die bis in das hohe Alter von Arteriosklerose frei bleiben, es wird von einer 132jährigen Frau, der Anna Georg Washington als Curiosum berichtet, dass bei deren Obduktion keinerlei Veränderungen der Gefässe, insbesondere keine Sklerose gefunden wurde.

(Fortsetzung folgt.)

Einiges zur Wirkungsweise des Trionals.

Von **Dr. Ant. Randa**,
Arzt in der Privatheilanstalt zu Ober-Döbling.

Im Laufe der letzten drei Jahre wurden mehrfache Versuche mit Sulfonkörpern angestellt, welche besonders bezüglich jener mit drei und vier Aethylgruppen, des Trionals und Tetronals von Erfolg für die Therapie begleitet waren, indem sie eine hypnotische Wirkung derselben unzweifelhaft dargelegt haben. Ein minder günstiges Resultat hingegen ergab das Sulfonal, welches nur zwei Aethylgruppen enthält und sich als ein schwächeres und nicht genügend verlässliches Schlafmittel erwiesen hat.

In den zu besprechenden Versuchen, welche unter Leitung des Herrn Professor Obersteiner vorgenommen wurden, kam das Trional allein in Verwendung, nachdem dasselbe in Folge seiner grösseren Wirksamkeit den Vorzug vor den beiden anderen Präparaten verdient und Vergiftungserscheinungen, wie sie nach längerem Gebrauch von Sulfonal aufgetreten sind, darnach nicht beobachtet wurden.

Das Trional, Diäthylsulfonmethyl äthylmethan, besteht aus kleinen weissen glitzernden Tafeln und Schüppchen, welche in circa 300 Theilen Trinkwassers von gewöhnlicher Temperatur löslich sind, leicht dagegen in heissem Wasser, in Alkohol und Aether. Der Geschmack derselben ist etwas bitter und tritt in Lösung umso deutlicher hervor. In Folge seiner schweren Löslichkeit sind mithin die günstigsten Bedingungen für seine Resorption gegeben, wenn es mit möglichst viel warmer Flüssigkeit verabreicht wird, wozu sich am besten Thee, Suppe, warme Milch und endlich warmes Wasser zeigen.

Die Anwendung geschah in den dieser Notiz zu Grunde liegenden Fällen lediglich bei Geisteskranken und zwar in 18 Fällen in psychischer Erregung Befindlichen, bei welchen, wie die Beobachtung vor Gebrauch des Mittels ergab, kein spontaner Schlaf zu erwarten war. Die Zeitdauer der Anwendung erstreckte sich auf einen Zeitraum von zwei Monaten, während welcher es meist täglich verabreicht wurde.

Das Mittel kam ausserdem noch in Fällen einfacher Schlaflosigkeit in Verwendung, welche jedoch nur mit Vorsicht zur Beurtheilung der Wirkungsweise des Mittels herangezogen werden dürften, nachdem in diesen die Schlaflosigkeit nur ein vorübergehendes Krankheitssymptom bildete und der Einfluss veränderter psychischer Verhältnisse hinsichtlich des Schlafes nicht unbedingt auszuschliessen war.

Die abendliche Dosis betrug 1—3 Gramm und wurde das Mittel zur Schlafenszeit verabreicht. Als geringste sicher wirksame Dosis haben sich $1^1/_2$ Gramm ergeben. Die Einnahme von 1 Gramm war öfter von voller Wirkung gefolgt, als verlässlich wirkend muss jedoch obige Dosis angesehen werden.

In allen Fällen hat sich das Trional als ein vorzügliches Schlafmittel bewährt. Die Zeit von der Einnahme des Mittels bis zum Auftreten der Wirkung wechselte in hohem Grade, welcher Umstand durch die schwere Löslichkeit des Mittels bedingt sein dürfte. Als kürzester Zeitraum ist eine Viertelstunde, als längster zwei Stunden beobachtet worden. Der Schlaf war ruhig und wie leichtkranke Patienten versicherten, frei von Träumen.

Bei hochgradigen Erregungszuständen der Maniakalischen dauerte der Schlaf im Mittel nur 5 Stunden, bei Erregungen minderen Grades und bei einfacher Schlaflosigkeit ist hingegen 8—9 stündiger Schlaf beobachtet worden. In letzteren Fällen verspürten die Patienten am folgenden Tage ein Gefühl von Schläfrigkeit, welches gewöhnlich in den Vormittagsstunden geschwunden ist; in mehreren Fällen aber den grössten Theil des Tages andauerte, so dass jene, welche sonst ein Mittagsschläfchen nicht gewohnt waren, konstant nach der abendlichen Darreichung des Mittels am darauffolgenden Tage ein solches gepflogen haben. Diese Müdigkeit ist besonders in jenen Fällen beobachtet worden, wo eine grössere Dosis verabreicht werden musste um überhaupt Schlaf zu erzielen. In 2 Fällen einfacher Schlaflosigkeit ist dieses Symptom auch nach $1^1/_2$ Gramm regelmässig aufgetreten.

Als eine besonders günstige Thatsache muss hervorgehoben werden, dass das Trional vorzugsweise bei Paralytikern seine vollste Wirksamkeit entfaltete, welcher Umstand umso mehr Beachtung verdient, als bei denselben die Darreichung des gebräuchlichsten Schlafmittels, des Chloralhydrats ungünstige Folgen nach sich zieht und mithin ein Ersatz dafür sehr wünschenswerth erscheint.

Unangenehme Nebenwirkungen kommen ausser der erwähnten Schläfrigkeit in den Vormittagsstunden nicht zur Beobachtung. Es sind weder von Seite des Verdauungsapparates noch der übrigen Organe bemerkenswerthe Symptome aufgetreten. In Folge der chemischen Verwandtschaft des Mittels mit Sulfonal dürften aber gelegentlich oder nach längerem Gebrauche toxische Wirkungen nicht auszuschliessen sein. Darüber haben jedenfalls weitere Versuche zu entscheiden. Cumulative Wirkung hatte sich nicht gezeigt, hingegen konnte mit der Dosis, ohne die Wirksamkeit zu beeinträchtigen, nach einiger Zeit herabgegangen werden.

Was das Verhältniss der Wirkung des Trionals zum Chloral anbelangt, muss betont werden, dass in 3 Fällen, wo die Einnahme von Chloral von keinem genügenden Erfolge begleitet war, ein recht günstiger nach dem Trional beobachtet worden ist.

Nach dem Gesagten muss das Trional als ein vorzügliches Schlafmittel betrachtet werden, dessen Anwendung in Fällen wo man aus besonderen Gründen von der des gebräuchlichen und billigeren Chloralhydrats und Morphins Abstand nehmen muss, ganz entschieden zu empfehlen ist. Was den Preis des Mittels anbetrifft, sei erwähnt, dass das Kilogramm Trional von der Fabrik aus nur 80 Mark kostet. In Wien wird dasselbe Präparat auch bei Abnahme grösserer Mengen allerdings gegenwärtig noch mit 18 kr. pro Gramm berechnet. Auf die bereits vorliegenden Publikationen über diesen Gegenstand einzugehen, habe ich vermieden, da die im Vorstehenden geschilderten Wahrnehmungen mit den von anderer Seite gemachten im Wesentlichen übereinstimmen. Speziell sei erwähnt, dass von Anderen als sicher wirkende Dosis 2 Gramm angesehen werden und dass in vereinzelten Fällen Verdauungsstörungen leichteren Grades nach Einnahme des Mittels beobachtet worden sind. Als Ergänzung muss angeführt werden, dass jene, welche das Präparat bei Schlaflosigkeit in Folge körperlicher Schmerzen angewendet haben, nur eine ungenügende Wirkung desselben erzielt haben.

Erfahrungen über das Trachom und dessen Behandlung.

Von Regimentsarzt **Dr. Karl Hoor**,
Dozent an der Universität Budapest.*)

Der Vortragende hat als Chefarzt der Augen-Abtheilung während eines Zeitraumes von fünf Jahren 1018 Trachomkranke behandelt (die ambulatorisch Behandelten sind nicht miteingerechnet) und von jedem einzelnen Kranken genaue Notiz geführt. Er kommt bezüglich des Trachoms und dessen Behandlung zu folgenden Resultaten. Eine Resorption des Infiltrates und restitutio ad integrum der erkrankten Bindehaut, ist nur in den Fällen zu erwarten, wo die Infiltration keine zu ausgebreitete und tiefgehende ist, sonst erfolgt Umwandlung in fibrilläres Gewebe, also Vernarbung. Die Erkrankung besteht in der Ueberzahl der Fälle an beiden Lidern, wenn auch in verschiedener Intensität und zwar erscheint sie gewöhnlich am oberen Lide weiter vorgeschritten, wo sich auch die Narbenschrumpfung rascher und ausgebreiteter einstellt, als am unteren. Dass die Diagnose auf Trachom erst bei Erkrankung der Bindehaut des oberen Lides mit Sicherheit gestellt werden könne

---

*) Vortrag, gehalten am 24. Februar 1893 im Vereine der Militärärzte in Budapest (Autoreferat.)

acceptirt der Vortragende nicht, da er Fälle gesehen, wo das typische Bild eines Trachoms nur am unteren Lide vorhanden, war, während das obere Lid vollkommen intakt war und es auch blieb, als das Trachom des unteren Augenlides nach einer 4—5 monatlichen Behandlung mit mehr oder weniger ausgebreiteter Narbenschrumpfung der Bindehaut heilte, ferners solche Fälle, wo die Erkrankung erst während der Behandlung des trachomatösen unteren Lides, das obere ergriff. Trachomkörner in der Bindehaut des Augapfels und an der halbmondförmigen Falte wurden in 0·8 Perzent, Pannus trachomatosus in 1·6 Perzent gefunden, Conjunctivitis lymphatica zeigte sich bei 10 Perzent. Diese Erkrankung hält der Vortragende unabhängig vom Trachome, für rein konstitutionell, resp. durch die zumeist mangelhafte Ernährung und unhygienischen Wohnungsverhältnisse bedingt, da er in den letzten zwei Jahren wo er sein besonderes Augenmerk auf eine kräftige Ernährung der Kranken mit Fleisch, Braten, Milch, Wein u. s. w. richtete und gleichzeitig für dauernden Aufenthalt und Bewegung der Kranken in frischer freier Luft Sorge trug, kaum je eine Conjunct. lymphat. sieht. Auf eine andere Affektion der bulbären Bindehaut macht jedoch der Vortragende aufmerksam, worauf seines Wissens nach bis jetzt noch nicht hingewiesen wurde und welche er von der chronischen Erkrankung der Lidbindehaut für abhängig erachtet. Es ist dies der Umstand, dass er bei Trachomkranken sehr häufig auffallend verbreitete und dem Limbus nahe gerückte Pingueculas und theilweise oder ganz ausgebildete Flügelfelle fand. Der Vortragende stellt sich ganz auf den Standpunkt von Fuchs, der behauptet, dass das Flügelfell ausschliesslich aus der Pingueculas entstehe. Diesen Standpunkt hat der Vortragende bereits in dem ungarischen Fachjournale «Szemészet» vertreten und mit Beweisen belegt und führt er an, dass er in den letzten zwei Jahren, wo er auf diese Erscheinung besonders invigilirte, unter 677 Trachomkranken 17 Mann mit stark entwickelter, bis in den Limbus reichender Pinguecula, 9 mit nahezu ganz entwickeltem, 6 mit vollkommen ausgebildeten Pterygium fand und 2 Kranke sah, bei denen sich das Pterygium unter seinen Augen, während eines Zeitraumes von 6—7 Monaten entwickelte. Unter den gegenwärtig auf der Abtheilung befindlichen 58 Trachomkranken hat er 6 solche, bei denen die Metamorphose der Pinguecula zum Pterygium auf das genaueste studirt und demonstrirt werden kann. Der Vortragende glaubt daher, dass der Impuls zum Wachsthum zur Hypertrophie und zur Metamorphose der Pinguecula von der chronischen Erkrankung der Bindehaut ausgehe. Bezüglich der Aetiologie des Trachoms hält er dafür, dass in ultim. analys. das Trippersekret der Harnröhre den Infektionsstoff abgebe und belegt dies mit einem Falle, wo ein Mann, der mit akuter Conjunctivitis gonorrhoica, hervorgerufen durch Autoinfektion mit Trippersekret, des eigenen akuten Harnröhrentrippers, am linken Auge erkrankt war, 18 Tage später, trotz aller Vorsicht sich auch am rechten Auge ansteckte und daselbst an einem rein granulären Trachom mit subakuten Charater erkrankte. Die Infektion konnte nur mit dem bereits modificirten, vielleicht in der Virulenz vermindertem Sekrete des linken Auges erfolgt sein.

Was die Behandlung anbelangt, so hat der Vortragende ausser Touchirungen mit 2 perzentiger Lapislösung, Aetzen mit Kupferstift, Waschungen mit Sublimat, Massage mit Borsäure und Tannin, galvanokaustische Behandlung, partielle und totale Excision der Uebergangsfalten, Ausquetschen und Auskratzen der Körner vorgenommen. Nach Würdigung der einzelnen Verfahren, gibt der Vortragende folgendes Résume:

Das souveräne Mittel gegen das Trachom ist und bleibt vorläufig noch die Lapislösung und der Kupferstift; bei chronischen, recenten Fällen gaben die Sublimat-Waschungen häufig gute Resultate, schliesslich unterstütze die galvanokaustische Behandlung häufig sehr vortheilhaft die Lapis- und Kupferbehandlung.

Von der Güte der übrigen Therapien, denen der Vortragende den Vorwurf macht, der übrigens auch dem Galvanokauter gilt, dass keine allein im Stande ist das Trachom zu heilen, sondern dass immer mit Lapis oder Kupfer nachgeholfen werden muss, konnte er sich nie überzeugen, speziell von mechanischen und operativen Eingriffen habe er wohl ab und zu momentane Erfolge gesehen, welche jedoch der Folgeerkrankungen halber (Entropium, Trichiasis), welche sie fördern und beschleunigen (wovon er leider sichere Beweise habe), viel zu theuer erkauft sind.

Ueber die Symphyseotomie.*)

Von **Professor Fr. Schauta.**

Meine Herren! Ich werde mir erlauben, heute drei Fälle vorzustellen, die meines Wissens die ersten mit Symphyseotomie operirten in Wien sind. Nachdem diese Operation schon im vorigen Jahrhundert von Sigault zum ersten Male ausgeführt wurde, fand dieselbe in der nächsten Zeit keinen Anklang. In vorantiseptischer Zeit wurden im Ganzen bis zum Jahre 1849 65 Fälle operirt; von diesen starben 21 Fälle, also 32·3 Perzent Mortalität. Die Operation konnte sich also bei uns nicht einbürgern, bis in den Achtziger-Jahren Morisani mit dem Vorschlage hervortrat, dieselbe wieder in die Reihe der geburtshilflichen Operationen aufzunehmen. Seine Resultate ergaben 10 Todesfälle auf 50, also 20 Perzent Mortalität. Ermuthigte dieses Resultat einerseits nicht, so sah man sich auch andererseits nicht veranlasst, diese Operation wieder aufzunehmen, da man sich damals gerade mit der Rehabilitirung des klassischen Kaiserschnittes beschäftigte. In jüngster Zeit ist eine Publikation von Caruso aus Morisani's Klinik erschienen, welche über 22 Operationen ohne Todesfall berichten konnte, wobei 20 lebende Kinder zur Welt befördert wurden. Ausserdem berichtet die Publikation von Caruso, dass die Geheilten in der Folge ihre volle Gehfähigkeit wieder erhielten. Wir konnten uns daher diesen Resultaten gegenüber nicht ganz ablehnend verhalten und ich versuchte daher, ob es möglich wäre, diese Operation auch bei uns einzubürgern oder nicht.

Bevor ich an die Ausführung der Operation an der Lebenden ging, wollte ich mir noch einige Fragen beantworten, welche mir für die Ausführung der Operation wichtig erschienen. Ich machte zu diesem Zwecke einige Versuche an skelettirten frischen Becken. Ich fragte mich in erster Linie, wie gross der Grössenzuwachs sei, den das Becken bei der Symphyseotomie erfährt. Ich nahm zuerst ein normales Becken zur Hand, mass es genau, spaltete die Symphyse und habe die Masse bei Distanzen von 2, 3 und 5 *cm* kontrolirt. Bei einem Symphysenspalt von 5 *cm* stellte sich der Zuwachs der einzelnen Durchmesser folgendermassen:

	Conj. vera	+ 1
	Trans. maj.	+ 2·1
	Trans. ant.	+ 2·8
Ausgang	Querer	+ 3·5
	Gerader	+ 0·3

Den geringsten Zuwachs hatte der gerade Durchmesser des Ausganges erfahren, einen nicht viel grösseren die Conjugata des Beckeneinganges, dagegen waren die queren bedeutend vergrössert worden. Ich habe nun, um zu zeigen, wie der Zuwachs zu Stande kommt, eine graphische Darstellung benützt, wie sie Breisky seiner Arbeit über das kyphotische Becken zu Grunde gelegt hat. Aus dieser Darstellung ersehen Sie, dass der Zuwachs in der That sowohl in der Horizontalebene als auch in sagitaler Ebene bezüglich der Conjugata und der queren Durchmesser ein nicht ganz unbedeutender ist. Allerdings macht sich der Zuwachs mehr in den queren Durchmessern, als in der Conjugata bemerkbar. Es ergab sich ferner Folgendes: das Kreuzbein weicht in toto nach rückwärts, es macht aber auch dabei eine Rotation, so zwar, dass die Basis nach rückwärts, die Spitze nach vorne geht; daraus erklärt sich der grössere Zuwachs der Conjugata im Eingange als im Ausgange. Es kommt also bei der Symphyseotomie nicht eine einfache Er-

*) Vorgetragen in der Sitzung der geburtshilfl ch-gynäkologischen Gesellschaft in Wien vom 10. Jänner 1893. (Offizielles Protokoll.)

weiterung des Beckenringes schlechtwegs zu Stande, sondern es tritt auch eine Drehung des Kreuzbeines um eine horizontale quere Achse ein, und in diesem Sinne können wir den Grössenzuwachs der Conjugata überhaupt verstehen. Es wird dabei der Gesammtflächeninhalt des Beckens bedeutend vergrössert, und wenn wir bedenken, dass die Symphysenflächen um ein Bedeutendes auseinandergewichen sind, so kann auch der Raum zwischen diesen Beiden von einem kleinen Segment des Kopfes zum Durchtritt benützt werden.

Nachdem nun die Vorversuche befriedigend ausgefallen waren, ging ich nun daran, an der Lebenden die letzte Frage zu beantworten, ob die Gehfähigkeit am Schlusse der Operation sich wieder vollkommen herstelle. Die erste Gelegenheit bot sich mir am 13. November v. J. bei einer 34jährigen Erstgebärenden, bei der wir eine Conjugata von 71 *mm* durch wiederholte Messung konstatiren konnten. Es handelte sich um ein allgemein verengtes, platt rachitisches Becken. Die Frau wurde am 13. November, 2 Uhr Nachmittags aufgenommen; die Blase war bereits gesprungen, der Muttermund für 4 Finger erweitert, Schädel mit einem kleinen Segment im Beckeneingange, kleine Fontanelle tief, beginnende Dehnung des Collum; trotz kräftiger Wehenthätigkeit war der Kopf noch nicht so weit, dass man es hätte wagen können, mittelst der Zange ein lebendes Kind zu entwickeln. Ich ging nun an die Ausführung der Operation: die Frau wurde auf einen anderen Tisch gelegt mit herabhängenden Beinen. Ich sass zwischen den Beinen derselben und machte einen Schnitt, der zwei Querfinger über der Symphyse begann und bis an das obere Ende der Clitoris reichte. Nachdem die obere Symphysenfläche freigelegt war, ging ich vom oberen Rande der Symphyse an die hintere Fläche derselben, löste die Harnröhre und den untersten Theil der Blase ab, führte ein krummes, geknöpftes Messer von oben hinten nach unten vorn und schnitt die Symphyse durch. Nach Durchtrennung des Lig. arcuatum klaffte die Symphyse auf 2 *cm*. Es kam nun zu einer venösen Blutung aus dem Schwellkörper der Clitoris, die durch Tamponade mit Gazetupfern beherrscht wurde. Es wurde hierauf die Zange angelegt und mit einer einzigen Traction der Kopf entwickelt. Das Kind lebte, war 2570 *gr* schwer und war 48 *cm* lang. Nachdem die Blutung spontan stand, wurde die Symphyse genäht. Ich liess dieselbe nämlich, nicht so wie andere Operateure klaffen, sondern habe die Naht derselben bewerkstelligt, weil es mir wünschenswerth schien, eine Restitutio ad integrum zu erzielen. Zu diesem Behufe perforirte ich mit dem Drillbohrer jede Symphysenhälfte, zog einen Silberdraht durch, indem ich den Draht durch ein Oehr an der Spitze des Bohrers einfädelte und so die beiden Drahtenden von hinten nach vorne durchzog. Vorerst musste das Becken durch Assistenten kräftig komprimirt werden; dazu gehörte eine ausserordentliche Kraftanstrengung, um die beiden Symphysenflächen zur Vereinigung zu bringen. Der Draht wurde dann zugedreht und die Weichtheilwunde bis auf eine Oeffnung oben und unten geschlossen, die drainirt wurde. Da ich voraussetzen musste, dass die Frau bedeutende Schmerzen haben werde und da es mir daran lag, das Hüftgelenk zu immobilisiren, legte ich einen Fixationsverband an, machte den Verband mit blauen Binden und brachte die Patientin zu Bette. Als sie aus der Narkose erwachte, hatte sie keine Schmerzen. Am zweiten Tage nach der Operation stieg die Temperatur auf 38, um von da an normal zu bleiben. Am ersten Tage nach der Operation war Catheterisation nothwendig, vom zweiten Tage an urinirte sie spontan. Sechs Tage nach der Operation wurde der Fixationsapparat weggelassen und 15 Tage nach der Operation stand Patientin bereits auf, wobei sie absolut keine Behinderung der Gehfähigkeit zeigte.

Dieser Erfolg war für mich so ermuthigend, dass ich bald zu einer zweiten solchen Operation schritt. Es handelte sich hier um eine 26jährige Erstgebärende, das Becken ebenfalls rachitisch, allgemein verengt. Conjugata $9^{1}/_{2}$ *cm*. Die ersten Wehen am 30. November, 2 Uhr Früh, 12 Uhr Mittags desselben Tages Muttermund verstrichen. Schädel am Beckeneingange fixirt, kleine Fontanelle tief, Herztöne deutlich hörbar. Da die Beckenverengerung nicht sehr bedeutend war, versuchte ich zuerst mit der Zange, den Kopf zu entwickeln, wozu ich die Achsenzugzange nach Breus benützte. Nach acht kräftigen Tractionen rührte sich der Schädel noch nicht von der Stelle; da nach unserer Indikationsstellung von der Laparotomie nichts zu erwarten war, wäre nur die Kraniotomie in Frage gekommen. Es wurde daher zur Symphyseotomie geschritten, wobei die Zange am Kopfe liegen gelassen wurde, mittelst welcher es nach der Operation gelang, durch eine einzige Traktion des Kopf durch den Beckenkanal hinaus zu befördern. Das Kind lebte, wog 3350 *gr* und war 52 *cm* lang. Auch hier war der Wundverlauf ein afebriler und wurde die Symphyse ebenfalls mit Silberdraht genäht. Am 18. Tage nach der Operation konnte Patientin bereits aufstehen, ohne die geringste Behinderung der Gehfähigkeit zu zeigen. Aehnlich erging es auch dem dritten Falle, wo sich eine Conjugata von 81 *mm* fand. Hier wurde die Symphyseotomie von Dr. Herzfeld ausgeführt und ein lebendes Kind von 2150 *gr* und 48 *cm* Länge entwickelt. Am 18. Tage nach der Operation verliess Patientin das Bett, ohne die geringste Gehstörung zu zeigen.

Bei dem ersten der operirten Fälle ist die Naht nicht vollständig gelungen, da dieselbe zu nahe am Symphysenknorpel angelegt wurde und daher durchschnitt, wodurch ein stärkeres Klaffen der Symphysenenden, auf circa 1 *cm*, zu Stande kam. Dieses Klaffen ist per vaginam noch deutlicher zu spüren. Drückt man das Becken zusammen, so bemerkt man ferner noch eine geringe Federung, wobei sich die Weichtheile deutlich verschieben. Dadurch klüger gemacht, legte ich in dem zweiten Falle die Naht weiter nach unten an, wobei es mir gelang, die Symphysenenden fast vollständig zu vereinigen, so dass dieselben kaum 1 *mm* klafften. Es ist dieser kleine Misserfolg für mich eine sehr wichtige Unterstützung meiner Ansicht, dass die Symphysennaht durchaus nicht überflüssig ist.

Die kleinen, bei dem zweiten Falle vorhandenen Fisteln sind die Reste der Drainage. In dem späteren Falle habe ich nur nach unten drainirt.

Der dritte Fall weist den besten Erfolg auf, indem hier nicht die geringste Spur von der Spaltung zurückgeblieben ist.

Die Symphysennaht bedeutet bei dieser Operationsmethode einen gewissen Fortschritt. Meines Wissens ist dieselbe bis jetzt noch nicht ausgeführt worden. Ich halte dieselbe aber für sehr vortheilhaft, da das Bindegewebe doch nicht so fest hält wie eine knorpelige Vereinigung.

Ich glaube daher annehmen zu können, dass die Symphyseotomie sich ein Bürgerrecht bei uns erwerben dürfte und dass wir in der Folge die Indikationen für die Sectio caesarea werden bedeutend einschränken müssen. Während diese in Folge der Eröffnung des Peritoneums als eine gefährliche Operation bezeichnet werden muss, ist jene bei unserer heutigen Operationspraxis durchaus ungefährlich. Die Blutung ist nicht bedeutend; wenigstens kam es in keinem der operirten Fälle zu einer Umstechung oder Unterbindung.

Diskussion.

Dr. Koffer erwähnt, dass schon 1804 van Wy die Angabe gemacht habe, dass bei der Symphyseotomie die Basis des Kreuzbeines nach rückwärts trete und dadurch die Erweiterung der Conjugata zu Stande kommen scheine. Dagegen erschien 1807 ein Aufsatz von Gerardus-Vrolik, welcher dieser Ansicht entgegentritt. Zu diesem Behufe machte er folgende Konstruktion; er bohrte in das Promontorium einen Messstab ein, der genau in der Richtung der Conj. vera verlief. Rechts und links vom Becken stellte er Metallstäbe auf, welche parallel mit dem Beckeneingange lagen und einander selbst parallel waren. Durch dieselben führte er eine dünne Schnur, welche den Massstab genau am vorderen Ende der Conjugata berührten. Nach Durchschneidung der Symphyse wurde an dem Modelle demonstrirt, dass die Basis des Kreuzbeines nach vorne treten müsse, was bereits das erstemal schon von Baudeloque behauptet wurde. Vrolik hat dies in seinen Arbeiten auf das exakteste nachgewiesen und eine ganze Reihe von Versuchen aufgezählt, in denen ihm der Beweis gelang.

Dr. KOFFER zeigt den Durchschnitt eines Beckens, bei dem die Symphysenenden 7 *cm* weit von einander gezogen und die Ileo-Sacralgelenke angebohrt und mit einer Masse injicirt sind. Der Durchschnitt fällt in die Höhe des Beckeneinganges. Man bemerkt an dem Präparate, dass das Promontorium nach rückwärts getreten und die Synchondrosis sacro-iliaca auseinander gewichen ist. Nach seiner Ansicht kommt dies dadurch zu Stande, dass das Lig. ant. nicht vom Sacrum abgelöst wird, sondern vom Os ilei, so dass die Basis des Kreuzbeines nach vorne tritt. Wenn nach der Annahme SCHAUTA's eine Drehung des Kreuzbeines derart eintreten würde, dass die Basis desselben nach hinten tritt, müsste eine Verengerung des Beckenausganges eintreten, in dem der gerade Durchmesser des Ausganges kleiner würde. — Die Angabe, die Symphysenenden mit Metalldraht zu vereinigen, sei zum ersten Male von TURRETTA in Messina ausgegangen, ohne dass dieselbe Anklang gefunden hätte. Wenn man die Beine eines Cadavers nach ausgeführter Operation in Parallelstellung bringt, dann gelingt es spielend die Symphysenenden zur Vereinigung zu bringen. Die deutschen Gynäkologen wenigstens bringen auf diese Weise die Symphysenenden ohne Naht aneinander und verzeichnen ausgezeichnete Erfolge. Nach ZWEIFEL werden die Symphysenenden nur genähert und die Immobilisirung des Beckens durch einen Beckengürtel gesichert. Die Silbernaht verlängere nur die Operation.

Dr. HERZFELD erwidert, dass man durch einen horizontalen Durchschnitt durch den Beckeneingang nicht das Promontorium treffen könne. Die Drehung finde ferner um eine Axe statt, welche durch beide Facies auriculares geht. Der Schluss KOFFER's, dass bei dieser Drehung der gerade Durchmesser im Beckenausgange kleiner werden müsse, sei unrichtig. Der gerade Durchmesser des Beckenausganges werde aber dadurch relativ verkürzt, das heisst um ein Geringes grösser, während der des Beckeneinganges mehr zunimmt. Bringt man die Symphysenenden auseinander, dann treten die Spinae ossis ischii nach vorne, wobei ein Zug am unteren Kreuzbeinende durch die Ligamenta sacrospinosa zu Stande kommt. Die mächtigen Bandmassen, welche von den Spinae sup. post. ziehen, werden erschlafft und erleichtern die Drehung des Kreuzbeines. Aber noch ein anderer Effekt zeigt sich bei der Drehung des Promontoriums. In demselben Momente, wo dasselbe die Drehung vollzieht und das Kreuzbein ausweicht, nähert sich der geburtshilfliche quere Durchmesser immer mehr dem anatomischen. Dadurch wird die beim platten Becken tiefe Beckenbucht mit zum Geburtsmechanismus benützt.

Dr. KOFFER erwidert, dass er nur von dem Nachvornetreten des Promontoriums gesprochen habe. Bei dem Durchschnitte handle es sich allerdings um eine nahe dem Promontorium gelegene Stelle, nicht um das Promontorium selbst, an der man bemerken könne, wie sie nach einwärts getreten sei und mit ihr die beiden Seiten des Kreuzbeines. Im Uebrigen berufe er sich auf die genaue Arbeit VROLIK's, die in demselben Sinne geschrieben sei, wie KOFFER hier gesprochen habe.

Prof. SCHAUTA bemerkt, dass das Präparat KOFFER's nicht beweisend für dessen Ansicht sei, da es von demselben falsch gedeutet wurde. Spalte man die Symphyse, so werde der Effekt am deutlichsten nahe den Symphysenenden, am schwächsten in den am meisten nach hinten liegenden Punkten. Der Schluss, dass das Kreuzbein dabei nach vorne trete, sei ein Trugschluss. Für SCHAUTA sei die Messung massgebend und noch mehr die graphische Darstellung, welche, auf das Becken übertragen, die feinsten Nuancen wiedergibt. Der Drehpunkt der Seitenbeckenknochen bei Symphysenspaltung liegt hinten in der Gegend der hinteren Antheile der Synchondrosis sacro-iliaca und die vorne liegenden Punkte gehen auseinander. Der Spalt ist vorne am grössten, hinten gleich Null. Der Umstand, dass der Uebergangspunkt der Synchondrosis zur Linea terminalis am Darmbeine in einer weiter nach hinten liegenden Frontalebene liegt als der Uebergangspunkt der Synchondrosis zur vorderen Kreuzbeinfläche, beruht nicht darauf, dass das Kreuzbein zwischen den Darmbeinen nach vorne getreten ist, wie KOFFER meint, sondern nur darauf, dass das Darmbein an dem Kreuzbeine eine Drehung in einer Horizontalebene nach aussen hin ausgeführt hat, wobei der Drehpunkt dem hinteren Ende der Synchondrose entspricht, wie sich an einer schematischen Zeichnung leicht erkennen lässt. — Bei aller Achtung vor der Autorität anderer Fachkollegen sei für ihn das, was er selbst gesehen und erfahren, am beweisendsten. Es sei nicht so leicht, durch Rotation der Schenkel die Symphysen einander zu nähern, wie es KOFFER annimmt. Für die Assistenten, die mitgeholfen, sei dies eine harte Plage gewesen. Der Silberdraht allein ist im Stande, die bedeutende Spannung aufzuheben. Uebrigens sprechen für die Silbernaht, die allein eine Restitutio ad integrum ermöglicht, die verschiedenen Resultate der drei operirten Fälle, wie schon erwähnt wurde.

Dr. GERSUNY frägt, welches der vordere Punkt der Conjugata vera sei nach Spaltung der Symphyse?

Prof. SCHAUTA bemerkt, dass dies eigentlich ein idealer Punkt sei, der dadurch hervorgebracht wurde, dass er sich zwischen den hinteren Symphysenflächen einen dünnen Faden gespannt und in der Mitte desselben diesen Punkt angenommen habe.

Dr. KOFFER frägt, ob bei dem Durchtritte des kindlichen Schädels eine deutliche Prominenz zwischen den Symphysenenden sichtbar sei?

Prof. SCHAUTA erwidert, dass der Moment, wo die Extraktion vor sich gehe, nicht geeignet sei zu exakten Beobachtungen. Er aber, sowie seine Assistenten hätten in der Tiefe der Wunde ein deutliches Vordrängen der Weichtheile bemerkt und er halte sich daher zu der Annahme berechtigt, dass der kindliche Schädel auch noch den Raum zwischen den beiden Symphysenenden zum Durchtritte benützt, so dass auch in dieser Richtung ein Zuwachs erfolgt.

Prof. CHROBAK hält die Conj. vera nach der Symphyseotomie noch für grösser, als es SCHAUTA annimmt, da in Bezug auf den vorderen Messpunkt ein Kreissegment in Betracht kommt und nicht eine gerade Linie. Wenn man sich auf diese Weise den Beckenring ergänzt, dann werde die Conj. vera vielleicht noch um $1/2$ *cm* grösser.

Prof. SCHAUTA bemerkt, dass es ihm im Anfange nur darauf angekommen sei, zu prüfen, was er von der Symphyseotomie überhaupt zu halten hätte. Es sei ferner leichter, bei den Messungen eine gerade Linie als eine gebogene zu ziehen. CHROBAK's Ansicht sei die richtige; er selbst wollte aber bei seinen Messungen lieber weniger als zu viel annehmen; für ihn habe es sich im Anfang nur um vergleichende Messungen gehandelt zwischen nicht gespaltenen und auf 2, 4, 5 und 6 *cm* gespaltenen Becken, und da sei es sicherer, als vorderen Messpunkt den Mittelpunkt eines geraden als den eines mehr oder weniger willkürlich gezogenen Bogens anzunehmen.

Dr. GERSUNY hält die Verletzung bei dieser Operation nicht für so leicht, da doch drei wichtige Gelenke dabei eröffnet werden. Die Laparo-Elythrotomie sei weniger verletzend und dürfte bei engen Geburtswegen auch hie und da in Frage kommen.

Prof. SCHAUTA erwidert, dass er noch nie in die Lage gekommen sei, diese Operation auszuführen; doch halte er dieselbe für keine so leichte Operation, wie es GERSUNY annimmt, da es beim Loslösen des Peritoneums leicht zum Einreissen desselben kommen könne; ausserdem sei dieselbe nicht für alle Fälle ausreichend; wohl könne sie zum Ziele führen bei hoch und beweglich stehendem Schädel, aber bei fixirtem Schädel wäre es nicht nur sehr schwer, den Kopf wieder aus dem Beckeneingang herauszudrängen, sondern es könnte ein solches Vorgehen für die Integrität des unteren Uterinsegmentes sehr gefährlich werden. Weniger gefährlich als die Symphyseotomie ist sie aber nicht. In Amerika wird diese Operationsmethode häufig geübt, in Deutschland und Oesterreich wurde sie seines Wissens bis jetzt nie versucht.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 24. Februar 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Dr. Winter: *Ein geheilter Fall von beiderseitiger Luxation der Halswirbelsäule nach vorne.*

Der vor 2 Wochen in der Gesellschaft vorgestellte Knabe wurde einen Tag später von Vortragendem in der Narkose der Reposition unterzogen. Der Knabe wurde horizontal mit den Tisch-

rand überragendem Schultergürtel gelagert und ein kräftiger, aber langsamer Druck ausgeübt, unter dem in $^1/_2$ Minute die Wirbelsäule mit einem knackenden Geräusche nachgab. Die früher am 4. Halswirbel bestandene Stufe glich sich aus und machte einer leichten Abflachung Platz. WINTER legte einen fixirenden Verband an, nach dessen Entfernung die ganz freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule hergestellt war. Lähmungen traten nicht ein, ebensowenig liess sich eine Fraktur konstatiren.

* * *

Dr. Salzmann: *Ein Fall von Sarkom des Ciliarkörpers.*

Ein 64 Jahre alter, myopischer Mann zeigt am linken Auge folgenden Befund: Einige Millimeter vom äusseren Hornhautrande ein sclerales braunes Knötchen; vordere Kammer tief, an der Iris ein erbsengrosser Tumor von brauner Farbe, mässig gewölbter Oberfläche, die hintere Oberfläche die Hornhaut erreichend. Das Irisgewebe verdrängt und hyperämisch. Der Tumor besteht aus einem dunkelbraunen, gleichmässig gefügten Gewebe und ist auch hinter der Iris zu sehen, wo er auf seiner Oberfläche einzelne meridionale Streifen von weisser Farbe trägt, die als Ciliarfortsätze anzusprechen sind. Der Tumor ist bereits im entzündlichen Stadium, sowie in dem Stadium der extraoculären Knotenbildung. Der Sitz des scleralen Knötchens entspricht dem Austritte der Ciliarvenen, wo die Resistenz der Sclera sehr gering ist. Therapie: Entfernung des Bulbus.

* * *

Dr. Hasterlik: *Mittheilung über Versuche mit dem Kommabacillus.*

Vortragender berichtet über 6 Versuche, denen sich 4 Personen, welche im pathologischen Institute STRICKER's internirt waren und beobachtet wurden, freiwillig unterzogen. Zuerst nahm Dr. HASTERLIK selbst $^1/_2$ Tropfen einer Reinkultur und später einen ganzen Tropfen, ohne dass er in seinem Wohlbefinden gestört worden wäre und ohne dass seine Stühle, welche die normale Consistenz beibehielten, Kommabacillen gezeigt hätten. Ebenso erging es einer zweiten Person. Eine dritte, die zu diarrhöischen Stuhlentleerungen neigte, zeigte nach 36 Stunden unter geringer Temperatursteigerung Bacillen in den normalen Stühlen. Eine andere Person nahm $1^1/_2$ Kubikcentimeter einer frischen Reinkultur ohne Folgen zu sich. Um die Behauptung KOCH's zu kontroliren, dass die Säure im Magen die Bacillen unschädlich mache, nahm Vortragender zuerst eine 3perzentige Sodalösung zu sich, um den Magensaft zu neutralisiren und hierauf Bacillen, wieder ohne Störung seines Befindens; nur wenig Bacillen in den Faeces.

Prof. DRASCHE berichtet über die Erfahrungen anderer Autoren über Cholerafälle der letzten Epidemie, bei denen die Befunde sehr wechselnde waren. In vielen Fällen von Choleratodt konnten im Darme absolut keine Bacillen nachgewiesen werden.

* * *

Prof. Lorenz: *Ueber Entstehung der Knochendeformitäten*

Die Deformitäten mit primärer Formstörung (Rhachitis, Osteomalacie u. s. w.) lassen sich leicht begreifen, nicht so die Deformitäten ohne primäre Formstörung, welche direkt aus dem normalen und wohlgebildeten Knochen entstehen. ROSER, VOLKMANN und HUETER haben die Drucktheorie aufgestellt, welche annimmt, dass unter der einseitigen Belastung eine Wachsthumshemmung entsteht, dass dagegen die entlastete Seite ein vehementes Wachsthum zeigt. Dadurch kommt es zur Keilbildung, welche meist in der epiphysären Knorpelzone lokalisirt ist. Diese Theorie wurde als falsch hingestellt und behauptet, dass das gerade Gegentheil derselben der Wahrheit entspräche. Julius WOLFF war einer der heftigsten Gegner derselben. Seine Studien bezogen sich hauptsächlich auf das Innere des Knochens, deren wichtigstes Ergebniss die Lehre von der funktionellen Anpassung des Knochens ist, die darin gipfelt, dass jedem Knochen die durch seine Funktion bedingte Gestalt gegeben ist und dass bei Veränderung der Funktion die durch dieselbe bedingte Formveränderung eintreten müsse, und zwar erfolgt diese Veränderung der äusseren Form durch Umgestaltung des inneren Gefüges, unter dem Einflusse der Transformationskraft, die von unerschöpflicher Leistungsfähigkeit ist. WOLFF fand im coxalen Femurende die Bälkchen in regelmässigen Zügen und Kurven angeordnet, die er als Ursache der äusseren Formgestaltung hingestellt wissen wollte. Diese Theorie wollte er bei allen Knochen angewendet wissen, doch gelang es ihm nicht, bei allen eine funktionell typische Gestalt nachzuweisen. RECKLINGHAUSEN konnte dieselbe nur beim coxalen Femurende und beim Calcaneus nachweisen. Die Theorie der funktionellen Anpassung ist nicht im Stande, die äussere Gestaltung zu erklären.

Betrachtet man das Genu valgum, sowie auch andere Deformitäten, so lässt sich überall die Keilbildung nachweisen, und zwar findet man auf der stärker belasteten Seite in Folge der grösseren funktionellen Leistung primäre Hypertrophie, die erst später in sekundäre Atrophie übergeht, auf der schwächer belasteten Seite in Folge der Entlastung primäre Atrophie. Die Verhältnisse entsprechen genau denen an kranken Herzen.

Wir haben heute keinen Grund, die alte Drucktheorie zu verlassen, und uns rückhaltlos der neuen Lehre anzuschliessen. Die Drucktheorie steht vielmehr weder mit den klinischen, noch anatomischen, noch mathematischen Thatsachen im Widerspruche. Wir müssen die Deformitäten als Keilbildung auffassen, wobei die Keile nicht das Produkt der funktionellen Anpassung, sondern das Produkt der Insufficienz der Anpassung sind. Die Keilbildung finden wir bei den Wirbeln, beim Klumpfuss, beim Plattfuss, beim genu valgum, bei der Tibia valga u. s. w. Die Drucktheorie genügt daher zur Erklärung der Knochendeformitäten, nur bedürfte sie einer Erweiterung.

Prof. KUNDRAT erklärt sich mit den meisten Ansichten des Vortragenden einverstanden, nur könne die Lehre von der funktionellen Anpassung ebensowenig die Deformitäten erklären, wie die Drucktheorie. Es spielen hier noch andere Momente eine wichtige Rolle. Da LORENZ besonders Deformitäten im Auge habe, welche durch Störung des statischen Gleichgewichtes bedingt sind, so seien die Verhältnisse hier besonders ins Auge springend, nicht aber so bei Knochen, die nicht zum Stützen und Tragen benützt werden. Vieles hängt von der Individualität, sehr vieles von der Wachsthumsrichtung ab, durch welche die äusseren Formveränderungen bestimmt werden. Auch KUNDRAT erklärt sich als Gegner WOLFF's Es sei ferner ein Unterschied zu machen zwischen Hypertrophie und Hyperplasie einerseits und Atrophie und Hypoplasie andererseits.

Dr. GERSUNY zieht zur Erklärung der Knochendeformitäten noch die variable Festigkeit der Knochen heran. Bei Kindern können sich Deformitäten leichter zurückbilden als beim Erwachsenen. Daran könne unmöglich die Belastung Schuld sein, da sich unter der Wirkung derselben die Deformität vermehren müsste. In Erwägung müssen auch gezogen werden, Muskelzug, erzwungene Lageveränderung u. s. w.

Prof. LORENZ betont, dass auch er die Wachsthumsrichtung in den Bereich seiner Erwägungen ziehe, ebenso den Muskelzug u. s. w., es seien dies aber dynamische Momente, welche der Belastung gleichgestellt werden können.

Prof. ALBERT macht darauf aufmerksam, dass sich die Diskussion verirrt habe. Die Aetiologie der Deformitäten sei eine Frage für sich. Den Ausgangpunkt der Diskussion könne hier nur die Frage bilden: Wie wirkt Druck und Entlastung? Dann erst kommen die anderen Momente als Subfragen. J. WOLFF habe aus seinen Untersuchungen am coxalen Ende des Femur ein allgemeines Naturgesetz ableiten wollen, was ihm aber nicht gelungen ist; es ist ihm bei keinem anderen Knochen der Beweis geglückt, dass aus der Architektur die Form des Knochens resultire. Im Prinzipe stimme ja KUNDRAT mit LORENZ überein, insbesondere in der Anerkennung der Druckwirkung.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 27. Februar 1893.

Dr. J. Stöhr, Prof. Benedikt, Prof. Winternitz: Diskussion über die traumatische Neurose und Neuritis traumatica.

Dr. STÖHR, der die Diskussion einleitete, bemerkt:

Die traumatische Neurose ist sowohl durch physische, als auch durch psychische Momente interessant. Die Gesetzgebung hat zwar in gerechter Weise für Schadloshaltung der Opfer gesorgt und eben deshalb finden sich gerade in dieser Beziehung die meisten Missbräuche und Simulationen. Nach Erhalt der Entschädigung genesen die Leute meist rasch, was einige humane Aerzte darauf zurückgeführt wissen wollen, weil eben die Sorge um diese wegfällt. Die Diagnose der traumatischen Neurose ist sehr schwer, da sie nicht viele objektive Anhaltspunkte zur Verfügung hat.

Vortragender berichtet über einige Fälle, die deshalb interessant erscheinen, weil der Zusammenstoss meist das Bahnpersonale in Mitleidenschaft zog, das von den Bahnärzten schon früher gekannt war, so dass eine gewisse Abschätzung der physischen und psychischen Einwirkungen möglich war. Der Zusammenstoss war kein starker, der Schaden gering. Letzteres dürfte seinen Grund darin haben, da die Leute an dem Orte ihrer ständigen Arbeit von der Katastrophe befallen wurden; sie waren sogleich in der Lage, ihre Angehörigen zu beruhigen; wohlthätig erwies sich auch, dass man jene Elemente von den Beschädigten ferne hielt, welche in anderen Fällen gleich bei der Hand sind und dieselben dazu verleiten, sich krank zu melden.

Unter 46 Verletzten klagten 10 über Schwindel, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Beunruhigung u. s. w., 6 genasen vollständig, 3 befinden sich noch im Krankenstande und 1, der sich nachträglich gemeldet hatte, war nur einfach fieberhaft erkrankt.

Vortragender kennt einen Mann, der schon früher an nervösen Zuständen gelitten hatte, zu ihm mit der fertigen Diagnose «traumatische Neurose» kam und die Anerkennung derselben von Vortragendem verlangte. Ebenso kam ein anderer Patient mit der Diagnose «Eisenbahnchok». Ein anderer Fall wurde im Kollegium von Dr. WEISS vorgestellt, nur müsse Vortragender richtigstellen, dass derselbe n i c h t, wie es bei der Demonstration heisst, bewusstlos wurde und auch keine thalergrosse Depression zeigte. Bemerkenswerth ist, dass der Mann 4 Monate nach der Verletzung unter schwerem Fieber erkrankte.

Simulanten gibt es in solchen Fällen so viele, wie auf keinem anderen Gebiete. Die Institution der Simulantenschulen würde sich nicht bewähren, da hier erst die Patienten das Simuliren lernen würden. Leider gibt es noch Aerzte im Auslande, welche ihre Patienten selbst in Simulation unterrichten. Vortragender stellt die Frage, ob es gestattet sei, bei Abgang von objektiven Symptomen, — wenn z. B. nur Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, allgemeine Schwäche, Gesichtsfeldeinschränkung und dergleichen vorhanden ist, die Diagnose «traumatische Neurose» zu stellen?

Prof. BENEDIKT betont, dass er Vortragenden gelegentlich einer privaten Besprechung selbst aufgefordert habe, hier eine Diskussion über diesen Gegenstand zu veranlassen, damit endlich die Sache wenigstens halbwegs geklärt werde. Es sei wohl richtig, dass viel simulirt werde und so mancher Ungeübte kann dem Patienten leicht aufsitzen. Durch die Differenzialdiagnose sei diese Frage noch mehr verwirrt worden. Viele Krankheiten, welche mit einem Trauma verbunden sind, haben mit der traumatischen Neurose nichts zu thun. Beim Eisenbahnchok sind die Erscheinungen der Hysterie vorherrschend. Es gibt Traumen, wo der Beschädigte oft nur für w e n i g e A u g e n b l i c k e bewusstlos wird, was natürlich Zeugen nicht genau beurtheilen können. Besonders zu beachten sind die S p ä t s y m p t o m e der traumatischen Neurose, welche oft durch anatomische Veränderungen hervorgerufen sind, welche durch die Erschütterung ausgebildet werden; dahin gehört in erster Linie die Endarteritis. BENEDIKT warnt daher jeden Patienten, seinen Prozess vorzeitig abzuschliessen.

Von grosser Bedeutung ist die E i n s c h r ä n k u n g d e s G e s i c h t s f e l d e s, und zwar mehr für Farben als für Weiss; doch muss man sich hier die Frage vorlegen, ob der Patient nicht schon früher die Einschränkung hatte. Die mit Eisenbahnchok behafteten Personen haben die Neigung zu übertreiben, ebenso wie die hysterischen; und eben diese Eigenschaft ist ein krankhaftes Symptom. Die Genesung ist nur eine relative. Wenn schon alle Symptome geschwunden sind, so bleiben doch die meisten Patienten erwerbsunfähig, da sie entweder die motorische Geschicklichkeit oder ihre Willensenergie verlieren. Wenn so ein Mensch nur hypochondrisch wird, so ist dies ein Unglück, weil er damit den Lebensgenuss verloren hat. Die Schreckneurosen geben ein so charakteristisches Bild, dass man aus denselben in manchen Fällen erst die Anamnese erschliessen kann. In vielen Fällen zeigen sich erhöhten S e h n e n r e f l e x e.

Vortragender verweist auf das Urtheil der Ophthalmologen, welche in dieser Frage ein gewichtiges Wort mitzusprechen haben und schliesst damit, dass die Psychopathologen jene Aerzte, welche amtlich verpflichtet sind, die Hilfs- und Eisenbahnkassen vor Uebervortheilung zu schützen, redlich unterstützen und ihr Urtheil nach gewissenhafter Prüfung der Fälle streng objektiv abgeben wollen.

Die meisten Fälle von Prof. BENEDIKT wurden Prof. REUSS zur ophthalmologischen Untersuchung übergeben. In allen Fällen fand sich bei vollkommen negativem Spiegelbefunde deutliche Einschränkung des Gesichtsfeldes für Farben, nicht immer für Weiss. Am bedeutendsten ist die Einschränkung sonst für Grün, dann kommt Roth, Blau und Weiss. Die Gesichtsfelder für Farben waren, was in anderen Fällen seltener beobachtet wird, verschieden gross; so kam es hie und da bei traumatischen Neurosen vor, dass z. B. auf einmal das Gesichtsfeld für Roth grösser war als für Blau, oder dass sich die Gesichtsfelder deckten u. s. w. Bei der Gesichtsfelduntersuchung ist die Simulation sehr erschwert, denn Einengung des Gesichtsfeldes für Farben dürfte kaum simulirt werden können. Doch ist auch zu bedenken, dass die Gesichtsfelder zu verschiedenen Zeiten verschieden sein können; aber es lässt sich aus einer Reihe von Untersuchungen ein bestimmter Schluss ziehen. Um der Simulation aus dem Wege zu gehen, ist es rathsam, das Gesichtsfeld aus verschiedenen Entfernungen aufzunehmen.

Prof. WINTERNITZ bemerkt, dass die Simulation bereits von ERICHSOHN zu einer Zeit aufgeworfen wurde, wo die Eisenbahnen noch keine Haftpflicht hatten. Verfolgt man exakt die objektiven Erscheinungen, so kann man nicht so leicht der Simulation unterliegen. Zu beachten sind bei dem Eisenbahnchok die Störungen der Psyche, die stets depressiver Natur sind. Wenn ein Mensch mit Eisenbahnchok nach dem Erhalten der Entschädigung rasch genest, so ist er noch kein Simulant; es ist ja bekannt, wie erfreuliche Thatsachen somatisch heilsam auf uns einwirken! Wenn so ein Mensch einmal heiter ist, muss er noch immer kein Simulant sein.

Wenn solche Leute nicht ganz anästhetisch sind, sind sie auch nicht Simulanten; wenn man bedenkt, dass solche Personen oft mit starken faradischen Strömen auf ihre Sensibilität geprüft werden, so ist es kein Wunder, wenn sie etwas spüren.

Von grosser Bedeutung ist, dass bei der traumatischen Neurose so oft Spätsymptome auftreten. Zu den traumatischen Neurosen dürfen nur jene Fälle gerechnet werden, bei denen eine wirkliche organische Verletzung nicht nachgewiesen werden kann. Zu beachten ist die Steigerung der Patellarreflexe, hie und da auch Dermographismus, der sich bei vielen nervösen Zuständen zeigt. Ob eine Erschütterung des Nervensystems nicht auch Störungen im Stoffwechsel hevorruft, ist nicht ganz ausgeschlossen. Gewisse Sekretionsveränderungen wurden schon nach vielen Traumen beobachtet. Zu beachten ist ferner die gesteigerte, manchmal auch verlangsamte Pulsfrequenz, hie und da auch reflektorische Pupillenstarre. Vortragender beobachtete in zwei Fällen nach Trauma Pupillendifferenz. Es handelt sich in solchen Fällen, so viel als möglich objektive Symptome zu erhaschen, dann wird man nicht so leicht den Simulanten aufsitzen.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 1. März 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Dr. Gustav Singer: *Spontangangrän bei einer Hysterischen.*

Der Vortragende macht einige nachträgliche Mittheilungen zu dem bereits in einer früheren Sitzung demonstrirten Falle von spontaner Gangrän bei einem hysterischen Mädchen. Der Brandschorf hatte sich im Verlaufe der Beobachtung abgestossen, es trat Granulationsbildung und Ueberhäutung ein. Kurze Zeit später stellte sich die Kranke abermals mit einem Recidive an derselben Hautpartie vor. Die Peripherie des gangränösen Plaque war vollkommen blass und reaktionslos und in der Umgebung trat Herpes Zoster gangränosus auf, was aus einer beigegebenen Abbildung deutlich ersichtlich ist. Der Vortragende bespricht die Formen von Selbstbeschädigung und Simulation bei Hysterischen, welche in seinem Falle mit Sicherheit auszuschliessen seien. Der völlige Mangel von Reaktionserscheinungen, das Auftreten von Zoster gangränosus, sowie das Recidiv an derselben Stelle sprechen mit Beweiskraft für die spontane Entstehung der Gangrän.

* * *

Diskussion zu dem Vortrage Dr. Herz's: Die wahren Krankheiten des Blutes.

Dr. Da sich Niemand zur Diskussion meldet, so ergreift HERZ das Wort, um die ihm privat mitgetheilten Einwände zu entkräften. Der Einwand gegen die von VIRCHOW ausgehende und von Vortragendem angenommene Behauptung, dass das Blut ein Gewebe sei, sei nicht begründet, da es rationeller sei, Zellmassen, welche im Organismus während des ganzen Lebens funktioniren, als Gewebe und nicht wie Andere als Sekret anzusprechen. Auch der zweite Einwand, dass das ganze System schlecht sein müsse, wenn die Leukämie nicht hineinpasse, sei nicht stichhältig. HERZ verwahrt sich gegen den Vorwurf, als wollte er als Reformator auftreten; es sei nicht richtig, das Hauptgewicht auf die Eosinophilie zu richten, da das Hämoglobin der wichtigste Faktor im Blute ist. Das Verdienst HERZ's sei nur, gezeigt zu haben, dass die rothen Blutzellen sich in Bezug auf Volum und Masse gerade so verändern, wie andere Zellen.

Dr. HOCK glaubt, dass die Leukocythen nicht ganz vernachlässigt werden dürfen, obwohl sie kein integrirender Bestandtheil des Blutes sind; aber eine Aenderung des Zahlenverhältnisses dieser Zellen zu den rothen Blutkörperchen rufe gewisse Krankheiten hervor; die Leukocythen haben auch gewisse Funktionen. Die Hypertrophie und Atrophie der Blutzellen genügt allein nicht. In denselben finden sich auch Differenzirungen und es gibt Krankheiten, welche in das einfache Schema der Atrophie und Hypertrophie nicht ganz hineinpassen. Heute sei dieses Thema noch nicht ganz spruchreif.

Dr. HERZ erklärt sich mit dem Ausspruche HOCK's einverstanden, dass mit der Atrophie und Hypertrophie die Krankheiten nicht erschöpft sind; wohl gibt es noch andere Krankheitsbilder, doch ist bei vielen anatomisch nichts nachzuweisen.

* * *

Dr. Schwarz: *Ueber Carcinomzellen und Carcinomeinschlüsse.*

Das Bestreben aller Arbeiten war immer darauf gerichtet, einen Lichtstrahl auf die Aetiologie des Carcinoms zu werfen. Dasselbe ist unbedingt eine Zellenerkrankung. Beim Carninom haben die Epithelzellen nicht ihre Funktionsfähigkeit verloren. Wir erkennen manche Carcinomzellen als Abkömmlinge des Rete Malpigii, indem dieselbe ihre funktionelle Thätigkeit, d. i. die Neigung zur Verhornung behalten. Der Colloidkrebs geht aus Zellen hervor, welche normaler Weise Schleim erzeugen, also aus dem Epithel der LIEBERKÜHN'schen Krypten. Nur über die Genese der Medullarcarcinomzellen lässt sich nicht so leicht Auskunft geben. Die Zellen reissen sich von ihrem Mutterboden los und zeigen dann eine starke Proliferationsenergie. Nun finden sich beim Carcinom spezifische Erscheinungen, wie sie bei anderen Prozessen nicht vorkommen. Die erste Abweichung ist die Polymorphie, die zweite ist die von ARNOLD beschriebene Segmentirung. Die dritte spezifische Abweichung für das Carcinom ist die, dass die Zelltheilung ungemein rapid vor sich geht, ohne sich an die Grenzen der Phasen zu halten. Wohl kommen auch asymmetrische Zelltheilungen vor, doch wurden dieselben auch bei anderen Geweben gefunden. In manchen Carcinomzellen findet man die Kerne irregulär und wie Bakterien zusammengeworfen. Neben ganz normal verlaufenden Theilungen findet sich auch atypische Lagerung der Kerne. Dasselbe ist der Fall bei den Metastasen. Die Wachsthumsenergie beim Carcinom ist so gross, wie bei keinem anderen Organe. Die COHNHEIM'sche Theorie, welche sagt, dass embryonale Keime im Organismus zurückbleiben, die erst zur Entwicklung kommen, wenn der Gewebswiderstand geringer geworden ist, ist nicht richtig. Es gibt ja auch Carcinome bei jungen Individuen. Die embryonalen Zellen zeigen ein typisches Wachsthum, bauen Organe auf und halten sich an bestimmte, noch nicht existirende Grenzen, was bei den Carcinomzellen nicht der Fall ist. Als Ursache des Carcinoms wurde das Vorhandensein eines entzündlichen Reizes, die Disposition u. s. w. angesehen. Auch wurde ein parasitärer Ursprung angenommen; wohl sind Bakterien im Carcinom gefunden worden, die aber zur Aetiologie nichts weiter beitragen.

Bei verschiedenen Krankheiten wurden Einschlüsse in Zellen gefunden. Auch in Carcinomzellen konnte Vortragender eigenthümliche Gebilde eingeschlossen finden, welche mit keiner der bekannten Degenerationen Aehnlichkeit haben und einen gewissen Entwicklungsvorgang zeigen. Auch in den Metastasen finden sich dieselben. Es ist daher leicht möglich, dass das Carcinom parasitären Ursprunges ist. Es gibt wohl viele Gründe, welche dagegen sprechen, dass wir es beim Carcinom aetiologisch mit Parasiten zu thun haben. SCHWARZ hat viele Carcinome untersucht, bei denen er absolut solche Gebilde nicht nachweisen konnte. Es müsste dann auch angenommen werden, dass es ebenso viele verschiedene Mikroorganismen als Carcinomarten gibt. Vortragender kommt nun zu folgendem Schlusssatze: Da schwierige technische Hindernisse zu überwinden sind, müsse man sich damit begnügen, zu sagen: Im Carcinom finden sich bestimmte Gebilde, welche wahrscheinlich parasitärer Natur sind und über deren ätiologische Bedeutung vorläufig noch nichts mit Sicherheit ausgesagt werden kann.

Dr. Em. Mandl.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Ueber die Entstehung und die hygienische Behandlung der Bleichsucht.

Von **Dr. O. Rosenbach,**
Professor an der Universität in Breslau.

Druck und Verlag von C. G. Naumann, Leipzig.

(Medizinische Bibliothek für praktische Aerzte, Nummer 1.)

Verfasser geht auch in dieser für den Praktiker berechneten, kurz gefassten Pathologie und Therapie der Bleichsucht von seinem wiederholt betonten Standpunkte aus, dass die Krankheit nicht als ein «Wesen», sondern als ein Vorgang, als der Ausdruck der unter gewissen Bedingungen veränderten Arbeitsleistung des Körpers angesehen werden muss. Der Arzt, der heilen will, müsse frühzeitig den Beginn des Missverhältnisses zwischen Arbeitsleistung und Arbeitsaufforderung, das schliesslich auch zur Gewebsstörung führt, zu erkennen suchen, um der Ermüdung und Insufficienz eines Organes, die eben nur die Folge allzugrosser Inanspruchnahme ist, vorzubeugen. Dazu gehört aber die Kenntniss der genauen Eigenthümlichkeiten des Organismus, die das einzelne Individuum speziell charakterisiren. Auch die Chlorose, so deduzirt ROSENBACH weiter, kann nur durch rechtzeitige Regulirung der Lebensbedingungen geheilt werden, und indem er die Störungen im gesammten Haushalte der Körperenergie erörtert, deren Ausdruck die Erscheinungen der Chlorose sind, gelangt er therapeutisch zu ganz anderen Schlüssen, als dem üblichen schablonenhaften Verordnen von Spazierengehen, Gymnastik, Eisen und Bädern. Das Gesetz betonend dass der Mangel an Energie und Ernährungsmaterial, also an ersetzbaren, zur Arbeit verwendbaren Spannkräften gebieterisch ein

Herabsetzung der ausserwesentlichen Arbeit auf ein Minimum fordert, damit auch eine sofortige Reduktion der wesentlichen Arbeit ermöglicht werde — zieht Verfasser daraus die Lehre, dass an Chlorotische in den allermeisten Fällen nur geringe Anforderungen bezüglich körperlicher Leistungen gestellt werden dürfen, dass man ihnen vor Allem anhaltende Muskelbewegungen und somit andauerndes Gehen und Stehen verbieten, aber eine mässige Athmungsgymnastik (im Sitzen) empfehlen solle. Chlorotische dagegen, die bereits schwer erkrankt sind, sind überhaupt eine Zeit lang zur absoluten Bettruhe zu verurtheilen, weil diese die Wärmeproduktion und Abgabe sehr beschränkt; es könne dabei immerhin gleichzeitig Massage in leichter Form zur Anwendung kommen, um die Circulation in den meist sehr kühlen Extremitäten zu fördern. Als Nahrung empfiehlt ROSENBACH in der ersten Zeit nur ganz einfache Speisen, je nach dem Zustande des Appetites, Gemüse, Suppe, Reis, Brot und Semmel mit Butter, leichtes Fleisch. Die Darreichung von Pepsin und Salzsäure in nicht zu grossen Dosen ist vortheilhaft, ebenso bei Säurebedürfnis der Genuss von sauren Speisen, ferner der Gebrauch von Salz bei den Mahlzeiten zu empfehlen. Kann die Ruhelage mit dem Aufenthalte in freier Luft vereinigt werden (Lage in der Hängematte), so ist der Erfolg der Behandlung ein noch grösserer. Nach einigen Wochen der Ruhe kann man alsdann vorsichtige Versuche mit Bewegung, Steigen und mit reichlicheren Mahlzeiten machen, die aber nie aus Fleisch oder Albuminaten allein bestehen dürfen. Auch in leichteren Fällen von Chlorose ist längere Bettruhe vortheilhaft, denn nach ROSENBACH'S Auffassung ist ungenügender Schlaf, besonders bei jugendlichen Individuen eine der Hauptursachen jener Ernährungsstörung, die als Chlorose bezeichnet wird. Es fehlt den ermüdeten Organen an Zeit, um den Ersatz, der durch die Tagesarbeit verbrauchten Energiemengen, die namentlich die Grundlage für die Thätigkeit der Nerven und Muskeln bilden, während einer allzu kurzen Nachtruhe zu bewerkstelligen.

Zu diesen therapeutischen Schlüssen kommt der Autor in einer lebhaften, durch polemische Bemerkungen gewürzten Darlegung, deren Etappen wir durch den Inhalt der einzelnen Kapitel bezeichnen: Begriffsbestimmung des Leidens. — Verfasser hält es praktisch, den Zustand der Chlorose schon dann als gegeben anzunehmen, wenn bei deutlicher Blässe des Gesichtes und der Schleimhäute eine Organerkrankung (des Magens, der Lunge etc.) oder ein vorausgegangener grösserer Blutverlust auszuschliessen ist, besonders wenn es sich um jugendliche, namentlich weibliche Individuen handelt und legt besonderes Gewicht auf die Erscheinungen von Seite des Muskelapparates und der Nerven, — Constitution und Therapie — ROSENBACH hält die Beachtung der körperlichen Constitutionen, der charakteristischen Lebenserscheinungen der Generation und ihrer Eigenthümlichkeiten für massgebend für die therapeutischen Massnahmen, — Chlorose und Jahreszeit. — Nach Verfassers Erfahrungen scheint der Ausbruch der charakteristischen Symptome am häufigsten während des Hochsommers zu erfolgen, — die Blutbeschaffenheit, Ursachen der Ausbildung der Chlorose. — ROSENBACH bezeichnet als Ursachen: Eine angeborene anämische Constitution, eine unzweckmässige Lebensweise, besonders in Bezug auf Ausbildung des Athmungsapparates, ungünstige Lebensbedingungen in Bezug auf Wohnungs-, Nahrungs- und Wärmeverhältnisse des Körpers, — Athmung und Muskelthätigkeit. — Verfasser zeigt, dass es einseitig ist, das Gewicht zu ausschliesslich auf die Wölbung des Brustkorbes zu legen und Muskelthätigkeit um jeden Preis zu empfehlen, — der schädliche Einfluss des Corsets. — Die Chlorose scheine um so zeitiger aufzutreten, je früher mit der Anlegung eines engen Corsets begonnen wird, — die Folgen ungenügender Athmungsthätigkeit, Ernährung und Hämoglobingehalt. — Für das Zugrundegehen und den schliesslichen Mangel des Hämoglobins seien hauptsächlich zwei Ursachen verantwortlich zu machen: Die verminderte Athmung und die Störungen des Verdauungsapparates, die durch den Druck des Corsets im Epigastrium oder andere Formen der Schädigung bedingt werden, — der Körperhaushalt und die ausserwesentliche Arbeit. — Aetiologisch unterscheidet ROSENBACH hier drei Gruppen der Erkrankung: 1. Die Gruppe, bei der die mangelnde Leistungsfähigkeit für die Blutbildung nur aus einer Behinderung der Aufnahme resultirt, 2. die Gruppe, bei der alle Störungen nur die Folge zu grosser Ausgaben sind und 3. die Gruppe, bei der eine Schädigung nach beiden Richtungen hin besteht. Der Hauptsatz der Therapie muss demgegenüber lauten: Richtige Vertheilung der Einnahmen und Ausgaben und es wird sich darum handeln, genau die Arbeitsbedingungen des gesunden Körpers und die Abänderung, welche die Arbeit des erkrankten Körpers erfährt, festzustellen; — der Einfluss des Nervensystems auf die Ernährung. — Neurasthenie und Chlorose stehen in engen Beziehungen zu einander, — neurasthenische Erscheinungen, Muskelarbeit, Einfluss der Wärme, Therapie der gestörten Verdauungsarbeit. — Verfasser bezeichnet in letzterer Beziehung als einen grossen Fehler, alle Verdauungsstörungen durch eine schematische Regelung der Diät beheben zu wollen. Da durchaus verschiedenartige Schädlichkeiten, nämlich Kälte und Wärme, die direkt und indirekt den Zerfall von Hämoglobin beeinflussen, ferner allzustarke Muskelarbeit, welche die Verbrennungsprozesse steigert und zu geringe Muskelthätigkeit, welche die Athmung ungenügend macht, die Schuld an der Chlorose tragen können und auch reichliche Ernährung nicht vor dieser schützt, so muss der Therapie der Chlorose eine sorgfältige Erwägung aller Umstände, welche die besondere Eigenthümlichkeit des Falles bilden, vorausgehen. Diesen Grundsatz betont Verfasser auch in dem Kapitel: Die Veränderung des Magensaftes und das Bedürfnis nach Säure. Er räth im Allgemeinen blutleeren Personen bei der Wahl ihrer Nahrungsmittel möglichst freien Spielraum zu lassen, sie nicht an die regelmässigen Mahlzeiten zu halten, sondern zu essen gestatten, wenn sich der Appetit einstellt. Ein gleiches Individualisiren wird in dem Abschnitte Regulirung der Muskelarbeit gefordert, die Erziehung zu gesteigerten Leistungen müsse eine streng methodische sein; und weiters wird dieselbe Beachtung des Einzelfalles beim Verordnen von Schwimmen und kalten Bädern, bei Behandlung mit Medikamenten empfohlen. ROSENBACH betont, dass man mit gutem Gewissen von Eisen, Mangan und Arsenik Abstand nehmen kann, wenn man im Stande ist den Patienten die für den einzelnen Fall festzustellende vernunftsmässige hygienische Behandlung angedeihen zu lassen, oder wenn man sie energisch von allen schädlichen Einflüssen des Berufes und der Mode ferne halten kann.

Zum Schlusse möchten wir noch einen Ausspruch des Verfassers bezüglich der Badekuren citiren. Er sagt nämlich: «Die Zukunft vieler Kurorte liegt wohl nicht in ihren spezifischen Quellen, auf die sie so stolz sind, sondern in ihren hygienischen Einrichtungen, in den Vorzügen ihrer klimatischen Verhältnisse und in der Tüchtigkeit ihrer Aerzte, die Hand in Hand mit den Anordnungen des Hausarztes, den Bedürfnissen des einzelnen Falles streng und individualisirend Rechnung tragen, aber nicht schematisch, gewissermassen der Ordensregel eines Kurortes zu Ehren, jeden Fall in die Zwangsjacke der nur durch die Tradition geheiligten Vorschriften einpressen sollen.» Das Buch enthält überhaupt eine Fülle von anregenden allgemeinen Bemerkungen und ist dem praktischen Arzte bestens zu empfehlen. *Prof. Kisch.*

Schema der Wirkungsweise der Hirnnerven.

Ein Lehrmittel für Aerzte und Studirende.

In Farbendruck dargestellt von **Dr. Jacob Heiberg,**

weil. o. ö. Professor der Anatomie an der kgl. norwegischen Fredriks-Universität zu Christiania.

Zweite durchgesehene Auflage.

Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

Da heutzutage von jedem praktischen Arzt möglichst präzise Diagnosen bei Hirnkrankheiten verlangt werden, versuchte Verfasser ein leicht handliches Hilfsmittel zu schaffen, welches dem Arzte die anscheinend so schwierigen Verhältnisse in knapper übersichtlicher Form veranschaulichen soll. Die motorischen, die sensiblen und die spezifischen Nerven sind durch verschiedene Farben im Drucke auseinandergehalten, wodurch die Uebersichtlichkeit sehr gefördert ist. Wie die erste Auflage wird auch die vorliegende zweite weite Verbreitung finden. *M. A.*

Zeitungsschau.

Asaprol (β Naphtol — α —monosulfosaures Calcium.)

$$\begin{matrix} C_{10}H_7SO_4 \\ C_{10}H_7SO_4 \end{matrix} > Ca + 3\,H_2O.$$

Weissliches, in Wasser (1 : 1·5) und in Alkohol (1:3 leicht lösliches Pulver.

Das Asaprol wurde von STACKLER (Nouv. remèd. 1892 Nr. 10 und Bull. gén. de thérap. 1892 Nr. 22) in die Heilkunde eingeführt. Der neue Körper besitzt, in Dosen von 1—4 *gr* gegeben, antirrheumathische und analgetische Wirkungen, welche ihn besonders bei Influenza, Rheumatismus articulorum acutus, Asthma, infektiöser Angina etc. verwendbar erscheinen lassen. Dosen von 4 *gr* Asaprol üben bei akutem Gelenkrheumatismus dieselbe Wirkung wie 6—8 *gr* Natriumsalicylat. Nach BOMPART (Sem. médicale 1892, Nr. 35) empfiehlt es sich, das Medikament in folgender Formel zu geben.

Rp.: Asaproli 2—4 *gr*
Aquae Anisi dest. 30·0
Sirupi simplicis 30·0

MDS. Kaffeelöffelweise in Thee, Kaffee, Zuckerwasser oder Bier binnen 24 Stunden zu nehmen.

In Fällen, in denen die Verabreichung per os nicht angebracht erscheint, ist folgendes Klysma zu verordnen:

Rp.: Asaproli 2—7 *gr*
Tinct. opii crocat. gtt. IV.
Vitelli ovi Nr. 1
Decoct. Bistortae 100·0¹)

MDS. Für ein Lavement, dem man ein das Rectum reinigendes Klysma vorangehen lässt.

Rp.: Asaproli 0·5
Dent. tal. dos. Nr. X

S. Tägl. 4—8 Pulver in Oblaten zu nehmen.

Bei infektiösen Anginen verordnet man:

Rp.: Solutionis Asaproli aquosae (10·0 : 200)

DS. Gurgelwasser.

Bei der Verordnung des Asaprols sind lösliche Sulfate, Natrium bicarbonicum und Kalium jodatum auszuschliessen, da diese Zersetzung des Präparates herbeiführen.

Prof. C. Wernicke (Breslau): **Ueber fixe Ideen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1892. — Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie Jänner 1893).

WERNICKE ist ein Gegner von der Lehre von den Monomanien, welche jedem Verbrecher einen Freibrief sicherte und glaubt, dass sie sich erst dann wieder das Bürgerrecht verschaffen dürfte, wenn sich die Gesellschaft auf den zum Glück noch vereinzelten Standpunkt der Identität von Irrsinn und Verbrechen gestellt haben wird. Dagegen tritt er für das Vorhandensein gewisser circumskripter Störungen in der psychischen Sphäre ein, ohne dass jedesmal damit Schwachsinn, Verfolgungswahn oder Grössenwahn verbunden sein müsste. Bei dieser Art von «fixen Ideen» handle es sich um eine einzige überwerthige Idee, um eine partielle intrapsychische Parafunktion, wobei alle übrigen Handlungen völlig normal, jedenfalls aber durchaus logisch, wenn auch auf der falschen Prämisse der fixen Idee von Statten gingen. Dem auch von den Aelteren als besondere Krankheit anerkannten Querulantenwahn, dem Typus einer fixen Idee im Sinne WERNICKE's, stellt Verfasser 4 Krankengeschichten an die Seite, welche das Bild einer partiellen Geisteskrankheit darstellen und ebenso wie der Querulantenwahn unter dem Namen «circumskripter Autopsychosen» zusammengefasst werden müssten. In dem ersten Fall wird ein junges Mädchen Zeuge der Reinigung einer verlausten Person und kann seitdem den Gedanken, dass sie selber Läuse habe, nicht los werden. Sie wird dadurch fast bis zum Selbstmord getrieben und ist sehr beruhigt, weil sie sich in der Anstalt nach dieser Richtung hin gesichert fühlt. In dem zweiten Falle erfährt ein junges Mädchen von dem Selbstmord durch Ertränken einer längst vermissten Köchin und wird seitdem von dem Gedanken, auch in's Wasser gehen zu müssen, so gepeinigt, dass sie von selbst die Anstalt aufsucht. In dem dritten Fall ärgert sich eine etwas beschränkte, aber doch nicht schwachsinnige Frau über das Schnupfen ihres Mannes und bekommt bei dem Gedanken, dass ihr Mann auch des Nachts heimlich schnupft, wahre Wuthausbrüche, so dass sie von ihrem Mann in die Anstalt gebracht werden muss. In dem vierten Falle fasst ein excentrischer, aber sonst ungewöhnlich intelligenter Photograph zu einem 12jährigen Mädchen eine Zuneigung und will sie zu seiner Frau erziehen. Da der Vater des Mädchens ihn aus dem Hause weist, versucht er mit Gewalt dort einzudringen und wird in Folge dessen als gemeingefährlich in einer Anstalt detinirt. In allen diesen Fällen findet bis auf die aus ihrer fixen Idee gefolgerten Handlungen ein normaler Ablauf ihrer Denkfunktionen und der sich daraus ergebenden Handlungen statt.

Prof. L. Hirt (Breslau): **Eine Epidemie von hysterischen Krämpfen in einer Dorfschule.** — (Berl. klin. Wochr. 1892, Nr. 50. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie Februar 1893.)

Als Seitenstück zu der von PALMER in Biberbach beobachteten Schulepidemie kann man die Epidemie betrachten, welche in der Dorfschule zu Gross-Tinz bei Liegnitz (Schlesien) im letzten Sommer nur bei Mädchen zum Ausbruch kam. Die erste Erkrankung begann am 28. Juni in der von Knaben und Mädchen besuchten Klasse, wo ein 10jähriges Mädchen ohne nachweisbare Ursache ein Zittern in der rechten Hand, welche allmählig auf die gesammte Körpermuskulatur überging und ca. eine halbe Stunde andauerte, bekam. Am nächsten Tage trat das Zittern in analoger Weise schon bei mehreren Mädchen auf, welche ganz getrennt sassen. Die Zitterattacken wiederholten sich täglich und dauerten immer länger. In den ersten Tagen des Juli wurde eins der zitternden Kinder von Krämpfen befallen. Obgleich dasselbe sofort aus der Klasse entfernt wurde, traten bald Krampfanfälle an bis daher gesunden Mädchen auf. Am 19. Juli betrug die Zahl der Erkrankten bereits 20. Die Krämpfe ergriffen die ganze die Körpermuskulatur, die Mädchen stürzten unter die Bänke und mussten von den in der Klasse mitbefindlichen Knaben hinaustransportirt werden, wo die Krämpfe nach ¼—½ Stunde verschwanden. Auf dem Höhepunkt der Epidemie verloren von den 20 erkrankten Mädchen 8 während der Krämpfe das Bewusstsein.

Besonders schwer waren die Erscheinungen bei zwei 12jährigen Mädchen, welche von dem Arzte des Ortes, Dr. LINDNER, dem Verfasser zugeschickt wurden und zur genaueren Erforschung der Epidemie Veranlassung gaben. Beide kamen Ende September mit einer so sochgradigen Parese beider Beine in die Behandlung, dass sie getragen werden mussten. Das erste Mädchen wurde seit Anfangs August 3 Mal täglich zu bestimmter von gleichmässig verlaufenden Krampfanfällen befallen. Nach einem konvulsivischen Zittern des Körpers wurden die Muskeln allmählig brettbart und unter beschleunigter und unregelmässiger Respiration traten bei völligem Verlust des Bewusstseins klonische und tonische Krämpfe auf (Schaum vor dem Munde.) Dann wurde das Kind auf- und niedergeschleudert und es begannen Hallucinationen beängstigenden Inhalts (sie sah schwarze Männer, hat unter allen Zeichen der Furcht, sie zu schützen etc.) Nach ½ Stunde endete der Anfall unter Schweissausbruch mit dem anfänglichen konvulsivischen Zittern. Bei dem zweiten Mädchen traten die Anfälle zwar nur einmal täglich gegen Abend auf, dauerten aber 2—3 Stunden; sie waren im Uebrigen denen des ersten Kindes ziemlich analog. In der Hallucinationsperiode hatte sie besonders Furcht vor den Hunden und bellte und winselte auch während der Anfälle wiederholt 2—3 Minuten lang wie ein Hund. Ausserhalb der Anfälle bestand bei beiden Mädchen völlige Euphorie, nur konnten sie nicht stehen und gehen.

Der Eintritt der Sommerferien (27. Juli) machte der Sache, nachdem bereits 38 Mädchen vorher dispensirt worden waren, ein

vorläufiges Ende. Nach Wiederbeginn der Schule klagten nur noch mehrere Mädchen über so heftige Kopfschmerzen, dass sie nach Haus geschickt werden mussten. Während der Herbstferien schwanden aber auch die Kopfschmerzen ohne besondere ärztliche Hilfe und damit auch die letzten Erscheinungen der Epidemie.

Bezüglich des ätiologischen Moments ist HIRT nur in der Lage, auf die im Juni herrschende grosse Hitze hinzuweisen. Die erste Erkrankung fiel auf einen unerträglich heissen Tag. Das Alter der befallenen Mädchen variirte zwischen dem 5. und 12. Jahre.

Was die Behandlung betrifft, so erwies sich vorzugsweise eine psychische Therapie (Suggestion, dass die verabreichten) Brompräparate alle weiteren Erscheinungen unterdrücken würden von Erfolg. Bei den beiden obenerwähnten Mädchen hatte die Suggestion in der Hypnose (HIRT führte nur den zweiten der von FOREL aufgestellten Grade der Hypnose «Charme» herbei) die augenscheinlichsten Erfolge. Beim ersten Mädchen waren nach der ersten Hypnose alle Erscheinungen wie mit einem Schlage geschwunden, bei dem zweiten traten nur noch zwei kurze und wenig intensive Anfälle auf, worauf das Kind keine Erscheinungen mehr bot. Aehnliche Erfolge erreichte HIRT bei einem dritten nicht so stark afficirten Mädchen.

Prof. Ebstein: Ueber die Diagnose beginnender Flüssigkeitsansammlungen im Herzbeutel. (VIRCHOW's Archiv. Bd. 130. — Allgemeine Medizinische Central-Zeitung Nr. 12, 1893.

Die Diagnose der Pericarditis stützt sich gegenwärtig im wesentlichen auf das pericardiale Reibegeräusch, während weitere objektive und subjektive Zeichen oft trügerisch und insbesondere die percutorischen Erscheinungen nicht immer charakteristisch sind. Erst bei verhältnissmässig grosser Ausdehnung des Ergusses liefert die Percussion ein typisches Resultat. Der Erfinder der Percussion, AUENBRUGGER, untersucht die mehr wässerige und mehr eiterige Herzbeutelsucht und gab an, dass der im normalen Zustande an der Stelle des Brustkorbes, unter der ein Theil des Herzens liegt, etwas matte Percussionsschall dabei bis zum Schenkelton gedämpft sei: er hatt also anscheinend nur bei sehr hochgradigen Fällen lediglich eine Intensitätszunahme der gewöhnlichen Herzdämpfung finden können. CORVISART fand, dass der Schall über dem Hydropericardium, gleichgiltig ob der Kranke sitzt oder liegt, dumpf ist. LAENNEC kam nicht weiter, er sagt, dass bei der Percussion die Herzgegend in einigen Fällen einen matten Schall gäbe; er versichert dass Ergüsse unter 1 Pfund niemals, dass solche dagegen, welche grösser wie 2—3 Pfund sind, bisweilen der Diagnose zugänglich sein werden. BOUILLAUD nahm an, dass die pericardiale Dämpfung sich erst links unten bemerkbar macht, zugleich hebt er hervor, dass man die Grenzen des matten Schritts bei Anwesenheit eines reichlichen Ergusses durch Lagenveränderung des Kranken verändern könne. In Deutschland geschah der wesentlichste Fortschritt durch SKODA. Er fand, dass sehr grosse Ergüsse, wo also die Menge der Flüssigkeit im Pericardium an 2 Pfund beträgt, ausgedehnt und intensiv den Schalldämpfen und zwar in der Regel vom 2. linken Lippenknorpel bis zum unteren Thoraxrande und in der Breite von dem rechten Rande des Mittelstückes des Brustbeines bis in die Mitte der linken Seite. Im Uebrigen lässt sich die Lehre SCODA's dahin zusammenfassen:

1. Dass, sofern die Lagerung der zwischen Herz und Brustwand gelegenen Lungenabschnitte normal ist, auch der Percussionsschall von dem normalen nicht abweicht, solange das Exsudat im Herzbeutel nicht in grösserer Menge vorhanden ist;

2. Dass, wenn in Folge der Retraktion der Lungenränder das Herz in grösserer Ausdehnung der Brustwand anliegt, bei Exsudaten im Herzbeutel, welche nur einige Esslöffel betragen, der Percussionsschall in einer bedeutenden Ausdehnung ganz dumpf sein kann.

3. Dass dann, wenn die Flüssigkeit im Pericardial ack in nicht bedeutender Menge angesammelt ist, dieselbe um die Basis des Herzens und den Ursprung der Aorta und Arteria pulmonalis nachweisbar ist;

4. Dass, wenn das flüssige Exsudat aber in grösserer Menge vorhanden ist, es sich nicht blos um die Basis des Herzens und den Ursprung der Arterien befindet und dass dann erst zu der anfänglich bei geringer Flüssigkeitsansammlung im Längendurchmesser des Herzens vorhandenen Dämpfung auch eine grössere Dämpfung in der Breite desHerzens hinzutritt.

SKODA stützt seine Lehre einerseits auf die Annahme, dass das Herz spezifisch schwerer sei, als jede exsudirte Flüssigkeit und danach in dem durch das Exsudat ausgedehnten Herzbeutel möglichst die tiefste Stellung einnehme, ferner insbesondere darauf, dass der Herzbeutel entsprechend seiner Umschlagstelle an den grossen Gefässen am nachgiebigsten sei. Diese Nachgiebigkeit des Herzbeutels an seiner Umschlagstelle kann nun aber keineswegs als erwiesen betrachtet werden. LEUBE führt die frühere Nachweisbarkeit an der Herzbasis darauf zurück, dass die Flüssigkeit durch das Herz selbst am Hinunterrinnen verhindert werde und dass der untere Theil der Flüssigkeit wegen seiner Vertheilung auf eine grössere Fläche sich dem Nachweise entziehe. BAUER lässt geringe Exsudatmengen nicht allein oben, sondern auch gleichzeitig unter dem Zwerchfellsteil der Herzbeutelhöhle sich ansammeln. v. DUSCH gibt eigenthümlicherweise an, dass entzündliche Ergüsse die Herzdämpfung so verändern könnten, dass sie ein Dreieck mit nach unten gerichteter abgestumpfter Spitze darstellt. Solche Fälle könnte man sich höchstens durch partielle Verklebungen der Herzbeutelblätter erklären. TRAUBE sagt in zurückhaltender Weise: «Pericarditis ist bei Abwesenheit eines Reibungsgeräusches nur dann zu diagnosticiren, wenn der Schall auf dem Sternum intensiv gedämpft ist und die Herztöne auffallend dumpf erscheinen.»

Aus der bisherigen Darstellung ergibt sich zur Genüge, wie viele strittige Punkte in der Lehre von der Percussion von Flüssigkeitsergüssen im Herzbeutel sind. EBSTEIN's Erfahrungen haben mit dem herrschenden Ansichten nicht übereingestimmt. Zunächst konnte er sich nicht davon überzeugen, dass die in Folge von Flüssigkeitsergüssen im Herzbeutel auftretenden percutorischen Symptome zunächst an der Herzbasis wahrnehmbar werden, ferner war es ihm auffällig, dass man bei pericardialen Exsudaten in der Regel an der Basis des Herzens weit länger die pericordialen Reibegeräusche erheblich lauter, gleichsam oberflächlicher, hört, als an den unteren Partien des Herzens. Während an den letzteren Dämpfung und Resistenz zunehmen, pflegen die Reibegeräusche zurückzutreten, um wieder aufzutreten, wenn die Dämpfung und die Resistenzvermehrung abnehmen. An der Herzbasis pflegt in diesem Zeitraume bei fehlender oder bei nur geringer Veränderung des Percussionsschalles das Reibegeräusch fortzubestehen. So schöpfte der Verfasser immer stärkere Zweifel gegen die landläufige Annahme, dass die flüssigen Pericardialexsudate von oben nach unten wachsen. Er begrüsste daher die 1879 erschienene Arbeit von ROSCH als einen wesentlichen Fortschritt, welcher den Mangel des lauten Percussionsschalles im 5. Intercostal-Raum rechterseits als ein diagnostisches Zeichen für Flüssigkeitserguss im Herzbeutel angab. ROSCH stellte eine Reihe von Versuchen an Leichen an, bei denen er in den Herzbeutel geschmolzene Cacaobutter von einem spezifischen Gewicht von 0·90 einbrachte. Auf diese Weise sucht er den diagnostischen Werth der absoluten Dämpfung im 5. rechten Intercostalraum nachzuweisen. Eine 12jährige Erfahrung hat den vollen Werth der ROSCH'schen Methode würdigen gelehrt. Die Gründe, warum die Flüssigkeiten, die sich im Herzbeutel entwickeln, zuerst im oberen Theile des Herzbeutels sich ansammeln sollen, sind hinfällig, abgesehen von den Fällen bindegewebiger Verwachsungen oder faserstoffiger Verklebung.

Die anatomische Untersuchung ergibt, dass der Herzbeutel die Form einer Pyramide besitzt, deren Basis nach unten und deren abgestumpfte Spitze nach oben gerichtet ist. Die dem Zwerchfell aufliegende Basis des Herzbeutels bildet bei sitzender und aufrechter Stellung den tiefsten Punkt und zwar liegt der linke untere Winkel der Herzbeutelbasis etwas tiefer als der rechte. Man muss ohne Weiteres annehmen, dass beim Fehlen besonderer Hinderungsgründe Ergüsse zuerst an dem abhängigsten Theile nachweisbar sein müssen. Dies ist auch thatsächlich der Fall. In Fällen von Retraktion des linken vorderen Lungenrandes vermochte der Verfasser bei beginnendem Hydropericardium mit voller Sicherheit festzustellen, das zunächst sich die Herzdämpfung nach links unten vergrösserte, später nach rechts. Der Nachweis beginnender Flüssig-

keitsansammlung im linken unteren Winkel des Herzbeutels dürfte in den meisten Fällen schwierig sein wegen Wandständigkeit der Lunge und Nähe des tympanitisch schallenden halbmondfömigen Raumes. Weit einfacher ist der Nachweis in dem rechten unteren Winkel des Herzbeutels, wofern nicht etwa rechtsseitige Pleuritis vorhanden ist. Entwickelt sich ein Flüssigkeitserguss in die Höhle des Herzbeutels, so tritt zuerst in dem am meisten medianwärts gelegenen Theile der relativen Leberdämpfung eine vollständige Dämpfung auf (im 5. Intercostalraum am ersten Sternalrande, vom Verfasser Herzleberwinkel genannt.)

Bei liegender Stellung bildet natürlich die hintere Wand des Herzbeutels jenen abhängigsten Punkt; auch dabei wird die erste Dämpfung der Regel nach im Herzleberwinkel auftreten. Die Verhältnisse bei der rein eitrigen Pericarditis (Pyopericardium) gleichen denen des Hydropericariums.

Schwieriger kann die Untersuchung bei fibrinöser Pericarditis werden, indessen auch bei den im Verlaufe des Gelenkrheumatismus auftretenden Pericarditiden hat der Verfasser sich ausreichend davon überzeugt, dass man zunächst das fibrinöse Exsudat durch das Auftreten der absoluten Dämpfung im Herzleberwinkel nachweisen kann. Die Percussion darf nicht allzukräftig sein, um Verwechselungen mit den relativen Leberdämpfungen auszuschliessen. Mit der Dämpfung geht eine Vermehrung des Resistenzgefühls einher. Selbstverständlich gibt die Methode nicht untrügliche Resultate, da die Dämpfung im Herzleberwinkel auch durch andere Dinge hervorgerufen werden kann, so in einem vom Verfasser beobachteten Falle durch Verkalkung der vorderen Wand des Herzbeutels.

W. Körte: Ueber die Chirurgie der Gallenwege und der Leber. (Sammlung klinischer Vorträge. — Oest.-ung. Centralbl. f. d. medizin. Wissenschaften Nr. 15, 1892).

Die Abhandlung von KÖRTE stützt sich auf Erfahrungen an 21 Fällen und zerfällt in folgende Gruppen:

1. Erkrankungen der Gallenwege.
2. Leber-Abscesse.
3. Subphrenischer Abscess.
4. Leber-Echinokokken.
5. Leber-Verletzungen.

Wegen Gallensteinen wurden 12 Kranke operirt, von welchen 11 Frauen, nur einer ein Mann war, entsprechend dem vorwiegendem Vorkommen der Gallensteine bei Frauen. Bei den Frauen zeigte sich deutlich der Einfluss der Schwangerschaften. Alle hatten geboren, mehrere gaben bestimmt an, dass im Anschluss an das Wochenbett die Gallensteinkoliken (oft als «Magenkrämpfe» gedeutet) begonnen hatten, 6 Mal handelte es sich um Hydrops der Gallenblase mit häufigen Koliken, 5 Mal wurden Steine als Ursache gefunden, nur einmal nicht. Vier Kranke litten an Empyem der Gallenblase, dreimal in Begleitung von Steinen, einmal ohne diese. Endlich wurden 8 Patienten mit Verschluss des Ductus choledochus durch Gallensteine behandelt. Es starben von den Operirten drei. Ein Fall von Choledochus-Verschluss an Entkräftung, einer an Leber-Eiterung, ein Fall von Empyen der Blase mit Steinen und Carcinom der Leber, keiner also an den Folgen der Operation. Die Geheilten sind z. Th. nach mehrfachen Operationen alle ohne Fistel mit normal funktionirendem Gallenapparat entlassen worden.

Die einzeitige Cholecystotomie führte KÖRTE 5 Mal, die zweizeitige 2 Mal (bei Choledochus-Verschluss) aus. KÖRTE hält die Cholecystotomie für das geeignetste Verfahren bei Empyem der Gallenblase, bei Erkrankung der Gallenblasenwand, sowie ferner bei Choledochus-Verschluss, um zunächst der Galle einen Nothausgang zu öffnen und der Cholaemie vorzubeugen. Bei einfacher Steinbildung in der Blase ohne Erkrankung der Wand und bei Durchgängigkeit des Ductus macht er lieber die Eröffnung der Gallenblase, die Entleerung des Inhaltes und die folgende Vernähung des Blasenschnittes. Verfasser zieht bei der Operation den Querschnitt längs des Rippenbogens dem Längsschnitte vor. Die Gallenblase wird dann in die Wunde gezogen und die Bauchhöhle durch ringsumgelegte Jodoformgazetampons vor der Eröffnung abgeschlossen. Die Durchgängigkeit des Ductus choledochus wird durch Palpation von der Bauchhöhle aus und durch das Verhalten des Fäces besser erkannt, als durch Sondiren, welches dem Verfasser nie gelang. Nach Entleerung und Ausspülung der Blase folgt die Naht, zweireihig, analog der Darmnaht. Bei den ersten Fällen fixirte Verfasser die genähte Blase noch am Peritoneum des Wundrandes, was er später aber ohne Schaden unterliess. Die Cholecystotomie mit nachfolgender Naht sei keine gefährliche Operation, sobald man die Fälle richtig auswähle. Der Ductus choledochus müsse frei sein und die Wand der Blase nicht morsch. Der grosse Vorzug bestehe in der Vermeidung der lästigen Gallenfisteln. Manche Patienten vertrügen den Gallenverlust durchaus schlecht.

Für die allermeisten Fälle von Konkrementbildungen in der Gallenblase hält Verfasser die Cholecystotomie für das rationellste Verfahren und verwirft eine Excision der Gallenblase. Abgesehen davon, dass Störungen in der Sekretion, deren Umfang noch nicht ganz bekannt ist, hiernach auftreten müssen, hält Verfasser der Umstand von dieser Operation ab, dass er mehrmals bei Sektionen, wie andere Autoren, Steine in den erweiterten Gallenwegen der Leber gefunden hat und demnach die Hoffnung nicht theilen kann, dass man mit der Gallenblase stets die Ursache der Konkrementbildung entferne.

Vier Patienten mit Empyem der Gallenblase zeigten sämmtlich schwere Folgeerscheinungen. Im Eiter einer Gallenblase fand KÖRTE das Bacterium coli commune.

Einen Leber-Abscess nach perityphilitischer Eiterung hat Verfasser mit Glück operirt. Der Abscess war mit der Punktionsnadel im oberen Theil des rechten Leberlappens erreicht worden. Die Eröffnung gelang nach Resektion eines Stückes der achten Rippe und Durchgang durch Pleura und Zwerchfell. Die Heilung war vollständig.

Siebenmal wurden subphrenische Abscesse beobachtet, welche viermal von hinten, dreimal von oben her durch die Brusthöhle eröffnet wurden. 6 Patienten genasen.

Drei Leber-Echinokokken wurden einzeitig eröffnet. Die Gallenabsonderung war in allen drei Fällen überaus reichlich; Ausspülen mit Adstringentien und Tamponade erwiesen sich hiergegen als machtlos.

Von zwei Schussverletzungen der Leber wurde eine nach Laparotomie und Tamponade geheilt, eine andere starb wegen Mitverletzung des Colon und zur Zeit der Operation bestehender Peritonitis.

Thure-Brandt (Stockholm): **Zur Massage bei Prostatitis.** (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 44, 1892.)

Bei dem Anschwellen der Prostata entsteht ein mehr oder weniger gestörter Urinabgang, wobei der Wasserstrahl auch verkleinert erscheint. Man lässt den Patienten die gewöhnliche Massagestellung einnehmen, mit hinten herabgezogenen Unterkleidern.

Man setzt sich dann selbst unterhalb seiner Knie, ihm zugewandt, und führt den eigenen, vorher gut mit Vaselin bestrichenen Zeigefinger, mit der Innenseite nach oben, durch den Anus, während die übrigen Finger geschlossen in der Hand liegen.

Dann macht man eine ganz leichte Massagebewegung, eigentlich von innen nach aussen ausgeführt, erst an den Seiten der Prostata und darauf allmählig über die Mittelpartie.

Bei etwa vorkommendem schmerzhaftem Krampfgefühl muss diese Massage sofort, aber ruhig unterbrochen werden, und dürfte, nachdem dem Patienten bei Kreuzhebung eine wiederholte Kniezusammendrückung gegeben ist, jedes Unbehagen sogleich verschwinden.

Die Ausführung der Massage von innen nach aussen dürfte ebenso nothwendig sein, falls sich ein Stein in der Prostata gebildet und man dem Hineingelangen desselben in die Blase vorbeugen will.

So müsste man auch, wenn Bakterien in den Samengängen vorhanden wären, versuchen, dieselben durch Massage von dort zu vertreiben, jedoch nicht nach unten in die Testikel.

Ist dagegen in den Samengängen nichts vorhanden, so ist es einerlei, ob man die Massage nach innen oder aussen ausführt.

Da bei dieser Krankheit sowohl die Blase als auch das Rectum wohl mehr oder weniger mit Blut überfüllt sind, so muss man sich in Acht nehmen, bei der Massage den Finger zu heftig einzudrücken, weil dies dem Patienten nicht nur Schmerz verursacht, sondern auch durch nervöse Reizung und Blutzufuhr schadet.

Der Finger muss daher mit einer gewissen Vorsicht eingeführt und ein wenig hinter die Prostata und beim Ausziehen bestimmt, jedoch nicht zu hart mit der Fingerkuppe streichend, längs der Prostata entlang geführt werden. Die Behandlung muss also langsam und behutsam ausgeführt werden.

Hinterher hat T.-B immer Kniezusammendrückung mit Kreuzhebung gegeben, um auch in dieser Weise die resorbirende Wirkung der Massage auf die Prostata kräftig zu unterstützen.

Der Patient muss auch selbst die Behandlung dadurch unterstützen, dass er während der Dauer derselben nicht länger und schneller geht, als es ohne Schmerzen und schädliche Einwirkung auf das Abgehens des Urins möglich ist.

Der Patient kann ferner auch direkt bei der Behandlung mitwirken, wenn er zwei- bis viermal täglich eine neigfallstehende Beinzirkelbewegung nach hinten, aussen und vorwärts mit jedem Beine ausführt.

Einen noch besseren Erfolg würden folgende Bewegungen von einem schwedischen Gymnasten ausgeführt, haben:

a) Streckneigspaltsitzend, doppelte Armbeugung;
b) Streckwendspaltsitzend, Vorwärtsdrehung bei Rückendruck;
c) Hebeneigspaltsitzend, Wechseldrehung;
d) Hochstützstehend, Beinvorziehung.

Kontraindicirt sind diese vier Bewegungen bei schon bestehender oder eintretender Obstipation, da dieselben für die Bauchorgane in so hohem Grade ableitend sind, dass oft Obstipation eintritt.

Falls zu viel Blut in der Blase befindlich ist und Schmerzen beim Harnlassen vorhanden, oder überhaupt Schmerzen in der Blase bestehen, dann wird ein- bis zweimal täglich in der üblichen Stellung, linker Seite vom Patienten sitzend, die Blase massirt, weder zu kräftig, noch zu lange gegen einen Stützfinger im Rectum.

Falls wirklich Harnröhrenstriktur vorhanden ist, muss der Katheter eingeführt werden, aber nur so lange, bis dieselbe gehoben ist.

Wenn aber keines von den oben genannten Hindernissen, entzündliche Veränderung der Prostata oder Harnröhrenstriktur vorliegt und trotzdem der Urinabgang mehr oder minder verhindert ist, so ist der Grund zu suchen in einem zufälligen Krampf des Sphincter vesicae, welcher das Hinderniss abgibt.

Schwindet der Krampf, so schwinden sofort auch die Beschwerden. Die Erfahrung hat nun viele Male bewiesen, dass man das Schwinden des Krampfes und somit die Entleerung des Urins herbeiführen kann, wenn man den Patienten, nachdem Alles zum Urinlassen in Ordnung gebracht ist, ein halbes Glas frischen Wassers trinken lässt und ihn dabei veranlasst, seinen Körper vollkommen loszulassen und seine Augen und Gedanken auf einen bestimmten Punkt, z. B. einen Weg, zu fixiren und an die Harnentleerung gar nicht zu denken.

Wenn dies ordentlich geschieht, so wird eine vollkommen schmerzlose Entleerung eintreten.

Bei einem Fall, da ein Patient in Folge von Krampf auf keine Weise seine überfüllte Blase entleeren konnte, glückte es doch nach längerer Zeit, bei fortgesetzt krummhalbliegender Stellung des Patienten, wobei der Gymnast etwas unterhalb seiner Knie sitzt, das Gesicht dem Patienten zugewandt, der das Skrotum hinaufzieht.

Nun werden Streicherschütterungen oberhalb der Kleider von hinten nach vorwärts über dem Perineum, nicht zu kräftig, sondern leicht auf beiden Seiten der Harnröhre gemacht.

Wenn der Patient mit geschlossenen Augen den Streichungen zu folgen trachtet, so glückt es noch besser.

Diese kleine Behandlung, schmerzlos für den Patienten, dürfte im ganzen kaum fünf Minuten dauern.

Croque: Subkutane Injektion von Natriumphosphat gegen Nervenaffektionen. (Gaz. med. de Liege Okt. 1892.)

CROQUE hat mit verschiedenen Nervenleiden behaftete Patienten mittelst subkutaner Injektionen einer Natriumphosphatlösung (2 *gr* Natriumphosphat auf 100 *gr* Aq. laurocer.) behandelt. Anfangs wurden 3 *kcm* dieser Lösung unter sorgfältiger Antisepsis am Arm oder am Bein täglich, später jeden zweiten Tag subkutan injicirt. Ausser leichtem Brennen, das aber bald aufhörte, trat weder eine örtliche noch allgemeine unangenehme Nebenwirkung auf. CROQUE behauptet, dass man mit dem in der angegebenen Weise angewandten Mittel, als einem äusserst wirksamen Nerventonicum in allen Fällen, wo es sich blos um funktionelle Störungen handelt, gute Erfolge erzielt. Bei organischen Veränderungen der Nervencentren wirkt es blos palliativ. Er empfiehlt diese Behandlungsmethode, die viel einfacher und verlässlicher ist, als die Injektionen BROWN SEQUARD's oder die von CONSTANTIN PAUL empfohlene «Transfusion nerveuse.»

Gefährliche Büchsenkonserven.

Die Leichenschau eines in Chatam plötzlich Mannes hat als Todesursache Vergiftung durch verdorbene Büchsen-Sardinen ergeben. Da gleichzeitig zwei schwere Erkrankungsfälle unter Vergiftungserscheinung nach Genuss von Büchsenzunge und Büchsenhummer aus Hampstead und Bradford gemeldet wurden, so verdient ein jüngst erstatteter amtlicher Bericht des englischen Regierungschemikers Dr. BALLARD über die Gefährlichkeit von Büchsenkonserven Beachtung und weiteste Verbreitung. Demzufolge sind in dem letzten Decennium in England 14 verschiedene derartige Vergiftungsfälle vorgekommen. Mehrfach handle es sich um ganze Familien, welche unter choleraähnlichen Erscheinungen erkrankten. Neun Todesfälle waren auf Genuss verdorbener Fleischkonserven zurückzuführen. Geradezu tragisch ist eine im Jahre 1886 in Carlie vorgefallene Vergiftung einer Hochzeitsgesellschaft von 20 Personen, wo die Braut am Abend ihrer Trauung unter entsetzlichen Qualen verschied. Dr. BALLARD gibt gleichzeitig Mittel an, wie man die verdorbenen Konserven von den unschädlichen unterscheiden kann. In Folge der Condensation der Wasserdämpfe nach dem Verlöthen der Zinnbüchsen wird der Deckel derselben etwas nach Innen eingedrückt. Das Fleisch in der Büchse kann nur verderben, wenn es nicht genügend lange gekocht worden ist. In diesem Falle zersetzt es sich und es entstehen überaus giftige Zersetzungsprodukte, die chemisch zur Gruppe der Ptomaine gehören. Gleichzeitig mit dieser Versetzung werden aber so viel Gase entwickelt, dass der Deckel der Büchse etwas nach aussen getrieben wird. Die Fabrikanten, die hieran erkennen, dass das Fleisch nicht lange gekocht hat, pflegen häufig solche «aufgeblasene» Büchsen zum zweiten Mal zu kochen. Hierzu muss aber ein zweites Loch in die Büchsn gebohrt werden, welches später verlöthet wird. Da die Ptomaine durch das wiederholte Kochen nicht zerstört werden, sondern ihre ganze gefährliche Giftigkeit bewahren, so ergibt sich für den vorsichtigen Käufer die einfache Regel, erstens niemals «aufgeblasene» Büchsen und zweitens niemals Büchsen mit zwei Löthstellen zu kaufen. Solide Fabrikanten werden selbstverständlich im eigenen Interesse den Gebrauch des zweimaligen Kochens aufgeben, sobald ihnen die Gefahr der «aufgeblasenen» Büchsen bekannt ist. — Der Regierungschemiker W. M. HAMLET gab neuerdings an, dass beim Genuss der Büchsenkonserven auf folgendes geachtet werden müsse: 1. Die Innenwand einer Büchse soll vollständig rein und unangegriffen sein, 2. Büchsen mit Zungenfleisch, Bornel-Beef etc. sollen mit viel Fett, Büchsen, welche Sardinen enthalten, mit reinem Olivenöl voll angefüllt sein. Eine Büchse Sardinen, aus welcher durch irgend einer Ursache das Oel ausgelaufen ist, muss auf jeden Fall verworfen werden. 3. Der Büchseninhalt soll, ganz besonders in der heissen Jahreszeit, umgehend verzehrt und das, was übrig bleibt, als ungeeignet zum Genuss vernichtet werden. — In der «Chemiker-Zeitung» wird die Thatsache erwähnt, dass sehr häufig Sardinen in Oel mit französischer Etikette versehen auf den Markt gebracht werden, welche trotzdem amerikanischen Ursprungs sind und statt in reinem Olivenöl in schlechtem Baumwollsamenöl enthalten sind. Vor dem Genuss solcher Sardinen ist entschieden zu warnen. Nie beziehe man Sardinen in Oel von Hausirern, sondern nur von streng reelen Fisch- und Delikatessenhandlungen.

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Die k. k. Gesellschaft der Aerzte hielt am 3. d. M. eine administrative Sitzung ab, nach welcher Prof. Puschmann seinen angekündigten Vortrag «Die Influenza im Alterthum» vorbrachte und hervorhob, dass diese Krankheit mit ihrem Symptomenkomplexe schon in den Hippokratischen Schriften Erwähnung findet. Prof. Fuchs demonstrirt hierauf einen Patienten, bei welchem in Folge eines Traumas Enophthalmus und Lähmung der vom Nervus infraorbitalis versorgten Muskeln, sowie Lähmung des Musc. obliquus inferior auftrat. Das durch die letzte Lähmung erzeugte Doppeltsehen wurde durch Durchschneidung des Musc. rectus superior behoben. Dr. Wickhoff macht hierauf die vorläufige Mittheilung, dass er auf Grund seiner Versuche zu dem Resultate gekommen sei, dass die Ausführung der Symphyseotomie bei Blasenoperationen zu empfehlen sei. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung erscheint in der nächsten Nummer.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Hofrath Prof. Spät begeht am 13. März d. J. seinen 70. Geburtstag. — Dem Stadtarzte in Rumburg, Dr. Adolf Formanek, wurde in Anerkennung seiner vieljährigen, verdienstreichen ärztlichen und humanitären Wirksamkeit das goldene Verdienstkreuz mit der Krone verliehen. — Zu Mitgliedern der kaiserlich Leopoldinisch-Karolinischen Akademie der Naturforscher in Halle a. S. die wurden Prof. Gust. Gärtner (Wien), Aug. Hirsch u. Julius Wolff (Berlin), Curschmann (Leipzig), Oppenheimer (Heidelberg) und Professor Dr. Pfitzner zum ausserordentlichen Professor der topographischen Anatomie an der Universität Strassburg ernannt. — Prof. Dr. Finkler in Bonn geht im Auftrage der Reichsregierung nach Chicago, um die Leitung der Ausstellung der deutschen Universitäten zu übernehmen. — Priv.-Doc. Dr. H. Lenhartz ist zum Professor der klinischen Medizin in Leipzig ernannt worden. — Dr. Cramer hat sich als Privatdozent für Bakteriologie in München habilitirt. Dr. Buscarlet hat sich als Privatdozent für Chirurgie in Genf habilitirt. — Der a. o. Professor der allgem. Pathologie und Therapie in Klausenburg Dr. J. Löte, wurde zum Ordinarius, die Dozenten an dieser Universität Dr. G. Engel und Dr. M. Góth wurden zu a. o. Professoren ernannt.

(Aerztliche Standesvereine.) Die im bisherigen Verbande des Central-Ausschusse verbliebenen ärztlichen Bezirks-Vereine haben ihren Statuten folgende gemeinsame Bestimmungen zu Grunde gelegt: 1. Die Vereine führen den Namen: Aerztliche Standesvereine mit Hinzusetzung einer regionären Bezeichnung, Etwaige historische Benennungen sind in Klammern hinzuzufügen. 2. Die Vereinigung der Standesvereine nennt sich: «Verband der Berliner ärztlichen Standesvereine», der Geschäftsausschuss: «Geschäftsausschuss der Berliner ärztlichen Standesvereine (G. A.)». 3. Als Zwecke der Standesvereine gelten: 1. die sittliche und wirthschaftliche Hebung des Standes; 2. die Förderung der Kollegialität; 3. die Abwehr von Uebergriffen gegen die Interessen des Standes; 4. die Förderung der Sanitätsverhältnisse des Bezirks. 4. Als Mitglieder sind in die Standesvereine aufzunehmen alle unbescholtenen Kollegen, welche 1. das Wahlrecht zur Aerztekammer besitzen; 2. die Heilkunde nach den Grundsätzen der wissenschaftlichen Medizin ausüben: 3. sich einem Ehrenrathe unterwerfen, welcher Verstösse gegen die ethischen und wirthschaftlichen Interessen des Standes vor sein Forum zieht. 5. Die Vereine senden 3 Mitglieder, von denen das eine der Vorsitzende des Vereines ist, als Delegirte in den G. A. 6. Die Vereine senden je ein Mitglied ihres Ehrenraths (resp. einen Stellvertreter) als Delegirten zum gemeinsamen Ehrenrath.

(Jubiläum.) Zu seinem 50jährigen Doktorjubiläum wurden dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Hirsch zahlreiche Ovationen gebracht. Im Auftrage des Ministers Dr. Bosse sprach Geh. Ober Med.-Rath Prof. Dr. Skrzeczka herzliche Glückwünsche aus. Im Namen der Universität Berlin grüsste der Rektor den Jubeldoktor und überreichte der Dekan, Prof. Jolly das erneute Diplom. Für die Berliner medizinische Gesellschaft sprach Geh. Rath v. Bergmann die Glückwünsche aus. Prof. Ewald überreichte die in der Berliner klinischen Wochenschrift mitgetheilte Ansprache de Reg. und Med.-Rath Wernich und sprach Namens der Mitarbeiter am Jahresbericht von Virchow-Hirsch. Geh.-Rath Gerhardt überreichte an der Spitze des Vorstandes des Vereins für innere Medizin die Ernennung zum Ehrenmitgliede. Für den Generalstabsarzt der Armee erschien Generalarzt Grossheim, für die militärärztlichen Bildungsanstalten Generalarzt Grasnick. Geh.-Rath Spinola gratulirte Namens der Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege. Dr. Pagel, ein Schüler von Prof. Hirsch, widmete eine Schrift «Ueber die angebliche Chirurgie des Johannes Mesuë jun., nach Quellen der Nationalbibliothek.

Berlin (Massen-Jubiläum.) Am 17. v. M. hatte die Berliner medizinische Gesellschaft ein Festmahl veranstaltet, welches in erster Linie dem «Mann des Tages», Herrn Geh. Rath Hirsch zur Feier seines 50jährigen Doktorjubiläums galt, gleichzeitig aber auch die Herren Geh. Rath Reich als 60jährigen, Geh. Rath Honoch, S.-R. Neumann und Stadtv.-Vorst. Dr. Langerhans als 50jährige Jubilare zu ehren bestimmt war. Nachdem Kaisertoaste des Herrn v. Bergmann sprach der Decan der med. Fakultät, Herr Prof. Jolly auf das Wohl sämmtlicher genannter Herren, — es folgten dann Reden Virchow's auf Hirsch, v. Bardeleben's auf Langerhans, Senator's auf Neumann, G. Lewin's auf Henoch, die einzeln dankend erwiderten. Dem sehr angeregt verlaufenen Feste wohnten ausser Angehörigen der Familien auch zahlreiche Gäste u. A. Herr Geh. Rath du Bois Reymond bei.

Budapest. Für das zweite Semester wurden an der medizinischen Fakultät 761 Mediziner inscribirt. — Der Kongress des balneologischen Vereines der Stefanskrone wird am 20., 21. und 22. März d. J. in den Lokalitäten der «königl. Gesellschaft der Aerzte» in Budapest abgehalten werden.

Luxemburg. Der Cassations- und Obergerichtshof zu Luxemburg hat den praktischen Arzt Dr. Grechen zu 14 Tagen Gefängniss, 200 Francs Busse und 8000 Francs Schadenersatz wegen Verletzung des ärztlichen Geheimnisses in mehreren von ihm behandelten gynäkologischen Fällen verurtheilt.

Todesfälle. Am 26. Februar starb hier nach langen Leiden der Besitzer der Kaltwasserheilanstalt in Gainfahrn, Dr. Sigmund Friedmann. Der Dahingeschiedene gehörte zu den beliebtesten und kenntnissreichsten Aerzten der Residenz und hat sich insbesondere um das Aufblühen von Gainfahrn-Vöslau grosse Verdienste erworben. Dr. Friedmann war ein guter Arzt und ein guter Mensch. Der Armen und Verlassenen hat er sich stets liebreich angenommen, und die Gemeinde Gainfahrn anerkannte sein humanes Wirken durch seine Ernennung zum Ehrenbürger. Der Titel eines kaiserlichen Rathes wurde ihm wegen Errichtung eines Spitals für im bosnischen Feldzuge verwundete Soldaten verliehen. — In Warschau der ausserordentliche Professor der Pharmacie, Dr. Nikolai Menthieu. — In St. Petersburg der Privatdozent für Neuropathologie der militär-medizinischen Akademie, Dr. Peter Uspenski. — Dr. Robert Fr. Fristedt, ausserordentlicher Professor der Pharmakologie und medizinischen Naturwissenschaften an der Universität Upsala. — In Warschau der frühere Professor der inneren Medizin, Dr. Constantin Rose.

(Aerztliches Vereinsleben.) Die nächste Sitzung des Wiener Medizinischen Klub findet Mittwoch, den 8. März, um 7 Uhr Abends, mit folgendem Programme statt: 1. Dr. Max Kahane: Ueber die diagnostische Bedeutung der Essigsäuretrübung im Harn. 2. Dr. Heinrich Stein: Zur Lehre von der Diarrhoe und ihrer Behandlung.

Kundmachung.

Der Landes-Ausschuss des Herzogthumes Salzburg hat in seiner Sitzung am 20. Februar 1893 beschlossen, die Stelle eines Primararztes an der Landes-Irrenanstalt in Salzburg, welcher gleichzeitig als Ordinarius im Leprosenhause zu Salzburg zu wirken hat, provisorisch zu besetzen.

Mit dieser Stelle ist ein Jahresgehalt von 1200 fl. (Eintausend zweihundert Gulden) und drei Quinquennalzulagen von à 200 fl. (Zweihundert Gulden) nebst Naturalquartier verbunden.

Bewerber um diese Stelle haben ihre Gesuche, belegt mit dem Taufscheine, dem Nachweise des an einer inländischen Universität erlangten Doktorates der gesammten Heilkunde, mit dem Nachweise ihrer bisherigen Verwendung, insbesondere über die Verwendung in gleicher oder ähnlicher Eigenschaft bis 31. März 1893 bei dem gefertigten Landes-Ausschusse einzubringen.

Vom Landes-Ausschusse des Herzogthumes Salzburg am 20. Februar 1893. Der Landeshauptmann: Schumacher m. p.

Semmelweis - Denkmal.

Das Internationale Komité für das Semmelweis-Denkmal versendet folgenden Aufruf:

Die gesammte medizinische Welt anerkennt heute die grossen Verdienste, die sich Semmelweis, als Begründer der Lehre von der Entstehung und Verhütung des Kinderbettfiebers, und des antiseptischen Verfahrens in der Geburtshilfe erworben. Sie würdigt derzeit sowohl die wissenschaftliche Thätigkeit (s. Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kinderbettfiebers von J. Ph. Semmelweis 1861.) dieses genialen Forschers, als auch die Tragweite des Dienstes, den er der leidenden Menschheit erwiesen.

Als im April 1891 die irdischen Ueberreste des im Jahre 1865 Dahingeschiedenen von Wien in seine Heimat nach Budapest, seinem Geburtsort und der Stätte seines Wirkens überführt wurden, beauftragte die hiesige medizinische Fakultat der kgl. Universität im Vereine mit der Budapester kgl. Gesellschaft der Aerzte das unterzeichnete Executiv-Komité Vorschläge darüber zu erstatten: wie das Andenken Semmelweis's bleibend geehrt werden solle. Von der Erwägung ausgehend, dass die Verdienste Semmelweis' nicht an die engen Grenzen eines Landes oder einer Stadt gebunden sind, sah sich das unterzeichnete Komite veranlasst, neben Massnahmen mehr lokalen Charakters (Gedenktafel u. dgl.) zugleich die Errichtung eines Denkmal für Semmelweis auf einem hiezu geeigneten Platze der Hauptstadt Ungarns, Budapest, anzuregen, und dadurch die Bedeutung der segensreichen Wirksamkeit des unvergesslichen Mannes zum Ausdruck zu bringen. Um aber der gesammten wissenschaftlichen Welt in den weitesten Kreisen Gelegenheit zu bieten, an diesem Werke der Anerkennung Theil zu nehmen, sollen internationale Sammlungen eingeleitet werden.

Wie Sie, hochgeehrter Herr, aus der unten folgenden Namensliste ersehen, ist es dem Exekutiv-Komité gelungen, eine Reihe von Fachgenossen aller Länder zu gewinnen, die als internationales Komité das Zustandekommen des Denkmals mitfördern wollen.

Wir stellen nunmehr, auch an Sie, hochgeehrter Herr, ebenso an die medizinischen Vereine, die medizinische Presse, ja an alle Aerzte die ergebene Bitte, uns in unserm Vorhaben zu unterstützen und sich an der Sammlung zu betheiligen. Zudem hegen wie die Ueberzeugung, dass es in Ihrem Berufskreise überdies manche dankbare Familie geben dürfte, die ihren, noch so bescheidenen Beitrag gern der Würdigung jenes Mannes widmet, dem sie es verdankt, dass das junge Weib, die Mutter, ihrer schweren Stunde beruhigt entgegenzusehen vermag.

Zusendungen wollen gefälligst bis Ende d. J. an den Schatzmeister des Exekutiv-Komités: Dr. Elischer, IV., Petöfi-tér Budapest (Ungarn) gerichtet werden.

Das Ergebniss der Sammlungen wird periodisch veröffentlicht, auch hofft das unterzeichnete Exekutiv-Komité anlässlich des im Jahre 1894 in Budapest tagenden «internationalen Kongresses für Hygiene und Demographie» über seine Thätigkeit bereits Bericht erstatten zu können.

Budapest (Ungarn), am 1. Februar 1893.

Das Exekutiv-Komité in Budapest:

Kézmárszky Th., Markusovszky L.,
Vorsitzende.

Dirner G. A., I. Schriftführer. Elischer J., Schatzmeister. Berczeller E., II. Schriftführer.

Bókai A. Fodor J. Högyes A. Liebmann M. Müller K.
Réczey E. Bruck J. Gebhardt L. Korányi F. Mihálkovics G.
Navratil E. Tauffer W.

Demnächst versenden wir Heft 1 u. 2, VII. Band, der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Rückblick auf ein Vierteljahrhundert Antiseptik." Von Dr. Neudörfer in Wien.

Aerztliche Stellen.

Sekundararztesstelle im Karolinen-Kinderspitale in Wien. Jahresgehalt 300 fl. nebst Verpflegung ausgenommen die Abendkost), Wohnung, Holz und Licht. Gesuche von Doktoren der gesammten Heilkunde, welche österreichische Staatsbürger sein müssen, bis 15. März l. J. an das Wiener medizinische Doktoren-Kollegium, I., Rothenthurmstrasse 23.

Arztesstelle in Rastenfeld, Bezirk Krems (Niederösterreich). 7 Gemeinden, mit dem Wohnsitze im Markte Rastenfeld, Jahresgehalt 600 fl., Hausapotheke; Bewerber wollen die mit dem Nachweise der Praxisberechtigung, sowie der bisherigen Verwendung instruirten Gesuche bis 15. März l. J. an das Gemeindeamt Rastenfeld einsenden.

Gemeindearztesstelle mit einem jährlichen fixen Bezuge von 520 fl. für die Ortsgruppe Unter-Retzbach (Niederösterreich) mit 1537 Einwohnern, Klein-Höflein 680 Einwohner, Klein-Riedenthal 428 Einwohner, ist bis 1. Juli 1893 zu besetzen. Hierauf Reflektirende wollen ihre Gesuche an das Bürgermeisteramt Unter-Retzbach einbringen.

Arztesstelle im Kurbezirke Reichraming (Oberösterreich). Jahresbezüge: Bestallung 600 fl., Reisepauschale 200 fl., ferner 9 m^3 hartes und 18 m^3 weiches Brennholz zur Beheizung des Ordinationszimmers, Benützung einer Naturalwohnung. Verbindlichkeit zur unentgeltlichen Behandlung der im Kurbezirke (Gemeinde Reichraming und Ortschaft Brunbach) wohnhaften Forstarbeiterschaft und Provisionisten sammt deren Angehörigen. Hausapotheke. Die Aufnahme erfolgt unter gegenseitigem Vorbehalt einer 6wöchentlichen Kündigung. Dienstesantritt spätestens Mitte März d. J. Eigenhändig geschriebene, gehörig gestempelte, mit Studienzeugnissen, inländischem Diplom, Nachweise über Alter und bisherige Praxis instruirte Gesuche sind bis längstens 6. März bei der k. k. Forst- und Domänendirektion in Wien, in deren Expedit (IV., Gusshausstrasse Nr. 7, II. Stock) während der Amtsstunden die Instruktion für den ärztlichen Dienst eingesehen werden kann, einzubringen und im Gesuche zu erklären, wann die obige Stelle angetreten werden kann.

Zwei adjutirte Sanitäts-Assistentenstellen (Mähren). Vorschriftsmässig instruirte Gesuche sind bis 15. März d. J. an das k. k. Statthalterei-Präsidium in Brünn zu richten.

Gemeindearztesstelle in Scardona (Dalmatien), politischer Bezirk Sebenico, mit dem Jahresgehalte von 1200 fl. Gesuche mit dem Nachweise des Doktorates der gesammten Heilkunde bis 15. März d. J. an die Gemeindeverwaltung von Scardona.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 12. März 1893.** **Nr. 11.**

„**Internationale Klinische Rundschau**“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Amblyopia diabetica.*)

Von

Prof. Ludwig Mauthner.

(Fortsetzung.)

Ich habe die beiden Extreme vorgeführt: Fälle von schwerster «Zuckerruhr» quasi ohne «Zucker», in denen der ungeheuere Kräfteverfall ein latentes Carcinom vermuthen liess. Ja es hat sich einmal in einem Falle, der tödtlich endete, sogar ereignet, dass man diese Krebsknoten in einem Baucheingeweide direkt zu palpiren vermeinte, während die Sektion nicht nur keine Krebsknoten aufdeckte, sondern überhaupt ein negatives Resultat ergeben hätte, wäre nicht durch die Konstriktion des Ductus choledochus im Pankreas die Aufmerksamkeit auf dieses letztere Organ gelenkt worden und hätte nicht nachträglich die mikroskopische Untersuchung eine chronische Entzündung mit Bindegewebswucherung des Pankreas ergeben.

Das andere Extrem bilden die beiden Fälle von «schwerem» Diabetes, der, selbst durch zwei Dezennien bestehend, die allgemeine Ernährung nicht zu beeinträchtigen vermag. In dem ersteren der Fälle bessert sich die Amblyopia «diabetica» erst, nachdem der Patient die antidiabetische Diät gänzlich verlassen, und sein Allgemeinbefinden bleibt dabei durch Jahre und Jahre ungestört. Ich will übrigens bemerken, dass die zwei Fälle beweisen, dass «schwerer» Diabetes unbestimmte Zeit ungestraft ertragen werden kann, dass aber beide Individuen sicherlich nicht ihre zwei Diabetes-Dezennien durchmessen hätten, wenn sie die ganze Zeit über (mein 70jähriger Herr v. X. hält nur von Zeit zu Zeit strenge Diät) eine absolut strenge antidiabetische Diät gehalten haben würden. Dass ein Mensch so etwas durch 20 Jahre aushalten könnte, glaube ich nicht.

Jetzt scheint mir der richtige Moment gekommen, ein Wort über die Bedeutung der antidiabetischen Diät zu sagen. Es habe Jemand z. B. 6 Perzent Zucker im Harne. Ich entziehe ihm die Kohlehydrate vollständig. Nachdem dies durch kürzere oder längere Zeit geschehen, erscheint kein Zucker im Urin, auch wenn wieder Kohlehydrate zugeführt werden. Diesen Vorgang kann ich mir nur so erklären, dass das erkrankte Organ (etwa das Pankreas) so lange nicht gesunden kann, so lange Kohlehydrate zugeführt werden. Wird aber der Organismus durch kürzere oder längere Zeit blos auf Eiweisskost gesetzt, dann ist dem kranken Organ die Möglichkeit gegeben, entweder dauernd oder doch vorübergehend sich der Normalität zu nähern. Dem zur Zeit gesunden Pankreas aber schadet die gemischte Kost nicht. Ist das richtig, dann wird es begreiflich, dass bei Symptomen der Erkrankung jenes unbekannten Organes die antidiabetische Diät eingeleitet werden muss, ganz gleichgiltig ob viel, wenig oder nur spurweise Zucker im Urin nachweisbar ist.

Ich will das Gesagte durch einen Fall illustriren. Im Jahre 1881 wendet sich eine junge Dame an mich mit einer Iritis des linken Auges. Patientin hat eine blasse Gesichtsfarbe, erscheint schlecht genährt, und leidet an einer leichten Lidrandentzündung von früher her. Die Iritis bedarf zu ihrer Heilung eines Zeitraumes von 6 Wochen. Im vorigen Jahre (1892), also 11 Jahre nach jener Iritis erscheint jene Dame wieder als Patientin. Diesmal klagt sie über ein ganz unerträgliches Hautjucken an den oberen Augenlidern. Wenngleich nun von den Augenärzten alle möglichen diabetischen Augenerkrankungen aufgeführt werden, fehlt zufällig, obschon ja das Hautjucken im Allgemeinen eine sehr bekannte Erscheinung bei Diabetes ist, in der Liste der Augenerscheinungen das isolirte Hautjucken der Lider. Ich vermuthe Diabetes. Die Untersuchung des Urins ergibt Zucker «kaum in Spuren». Trotzdem wird die Behandlung wie bei Diabetes eingeleitet. Durch Diät und Karlsbad hebt sich das Körpergewicht, bessert sich das Aussehen, verliert sich die Röthe der Lidränder und das Hautjucken verschwindet.

Diese meine Auffassung und Beobachtungen, wie die vorstehende, erklären es, warum ich namentlich bei jugendlichen Individuen, deren Aussehen, deren Ernährung und deren Muskelkräfte nicht zufriedenstellende sind und die an leichten

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 6, 7, 9, 1893.

Störungen im Nervensystem (darunter auch vorübergehenden Verdunklungen des Gesichtsfeldes) leiden, das Vorhandensein von sehr geringen Mengen Zucker (und etwa auch noch von Eiweiss) im Urin nicht von der «Nervosität» abhängig sein lasse, sondern umgekehrt die Ernährungs- und Nervenstörung als die Folge einer wenn auch leichten Erkrankung des «Diabetes-»Organs ansehe und warum ich in solchen Fällen eine, wenn auch nicht strenge, antidiabetische Diät, sogar eine kleine Karlsbader Kur anrathe, während ich umgekehrt die Behandlung eines Diabetes mit reichem Zuckergehalte, falls jedes Zeichen allgemeiner Ernährungsstörung fehlt, ein Nachlassen der Muskelkraft nicht nachweisbar, nervöse Störungen nicht vorhanden sind, für viel weniger dringend halte. Ich würde die Behandlung eines solchen Diabetes für noch weniger dringend halten, wenn nicht gerade von ophthalmologischer Seite darauf hingewiesen würde, dass schwere Erkrankungen des Sehorgans, besonders in dessen Nervenapparate, aber auch schwere doppelseitige Iritis, wie in dem obigen Falle WIESINGER's und andere schwere Augenentzündungen vorkommen, ohne dass der Kranke auch nur das geringste Symptom einer Allgemeinerkrankung bis dahin verspürt hätte. Man muss, wenn diese Prozesse wirklich von Diabetes abhängig sind, sich, wie im Eingange des Kapitels bemerkt wurde, vorstellen, dass Toxine gebildet werden, die zwar die Ernährungsfähigkeit des Blutes im Allgemeinen nicht herabsetzen, aber lokal Entzündungen hervorrufen.

Mit meiner Auffassung kann ich auch der Erklärung des für die gangbaren Vorstellungen über Diabetes so unangenehmen Falles von WIESINGER zu Hilfe kommen. Zwar die Amblyopia «diabetica» dieses Kranken kann ich nicht retten, aber dass der scheinbar kerngesunde «Patient», nachdem er durch eine lange Reihe von Jahren keine Diät gehalten und dabei zu 4 Perzent Zucker gelangt war, eine doppelseitige Iritis erwirbt, während 6 Jahre später bei fast ausschliesslicher Fleischkost 5 Perzent Zucker sich im Urine finden, die Augen aber vortrefflich gedeihen: das lässt sich so erklären, dass bei der unzweckmässigen Diät sich Toxine bildeten, welche die Iritis erzeugten, während bei zweckmässiger Diät die Bildung solcher Toxine unterblieb und es daher nichts ausmachte, dass sich mehr Zucker im Urin vorfand als zur Zeit der Iritis.

Wenn nun bei ungestörter Ernährung die Bildung von lokal schädlich wirkenden Toxinen im Falle unzweckmässiger Kost zugegeben wird und es daher angezeigt erscheint, bei Diabetes, selbst wenn die Ernährung keine Störung zeigt, antidiabetische Diät zu halten, so ist dies cum grano salis zu verstehen. Eine ausschliessliche Eiweisskost, durch Jahre und Jahrzehnte fortgesetzt, erträgt kein Mensch. Er verfällt früher oder später in Folge des unüberwindlichen Ekels vor der animalischen Kost in einen elenden Zustand, wenn nicht gar die Bildung tödtlicher Stoffwechselprodukte das Coma diabeticum und das Ende herbeiführt. Ich kenne gegenwärtig einen Fall, in welchem eine Frau, die sich für gesund hielt, von einem fremden Tischnachbar an der Tafel eines Hôtels, der die Dame eine Flasche St. Galmier nach der anderen hinunterspülen sah, aufmerksam gemacht wurde, dass sie an Diabetes leide. Die Untersuchung des Urins ergab die Kleinigkeit von — 14 Perzent Zucker. Das sofort eingeleitete strenge antidiabetische Regimen hatte zur Folge, dass rapid ein derartiger Kräfteverfall eintrat, dass das Schlimmste zu befürchten stand. Erst als man der Kranken wieder eine Quantität Amylacea und dazu sogar etwas Zucker gestattete, erholte sie sich und befindet sich gegenwärtig bei 6 Perzent Zucker bis auf ein heftiges Hautjucken ziemlich wohl.

Es liegt also ein Dilemma vor. Bei nicht antidiabetischer Diät bilden sich Diabetes-Toxine, bei streng antidiabetischer Diät Eiweiss-Toxine. Es ist aber auf Grund der Erfahrung nicht schwer, sich in diesem Dilemma zurecht zu finden. Man gestatte mässige Quantitäten von Kohlehydraten und lasse in keinem Falle den Kohlehydrate-Hunger zu. Die Bildung geringer Mengen von Diabetes-Toxinen ist viel ungefährlicher, als die Bildung der Eiweiss-Toxine.

Auf die Menge des Zuckers im Urin kommt es eigentlich nicht an. Hat doch auch v. MERING gezeigt, dass man bei normal genährten Hunden durch Phloridzin (auch Phlorizin, richtiger Rhizophloïn, das Glucosid, das sich in der Wurzelrinde einiger Obstbäume findet) eine gewaltige Zuckerharnruhr erzeugen kann, ohne dass eine auffallende Störung des Allgemeinbefindens oder der Ernährung zu beobachten wäre. Das Phloridzin würde demnach einen Diabetes mellitus ohne jegliche Bildung von Toxinen hervorrufen, daher eine Krankheit erzeugen, die nicht identisch ist mit der dem konstitutionellen Diabetes des Menschen zu Grunde liegenden Erkrankung, wenngleich zu deren Symptomen das Vorkommen des Zuckers im Harne so häufig gehört. Die Versuche v. MERING's sollen uns nur lehren, dass es auf die Anwesenheit des Zuckers im Urin allein nicht ankommt.

Nach diesen allgemeinen Erörterungen über Diabetes-Toxine wollen wir endlich jene Augenerkrankungen aufzählen, die man mit Diabetes in Zusammenhang gebracht hat und die, wenn sie wirklich vom Diabetes abhängen und nicht einfach Augenerkrankungen bei Diabetikern, die ja doch nicht durch ihren Diabetes gegen solche Leiden sichergestellt sein können, darstellen — als durch den lokalen Reiz von Diabetes-Toxinen erzeugt gedacht werden müssen:

1. Herpes Zoster ophthalmicus (BADAL).
2. Phlegmone der Orbita (BADAL).
3. Lidererkrankungen; Abszess (BADAL), Blepharitis, Hordeola, Furunkel (HIRSCHBERG).
4. Episcleritis.
5. Keratitis (abgesehen von der schon früher erwähnten Keratitis neuroparalytica).
6. Iritis und Iridokyklitis.
7. Retinitis exsudativa, vor Allem die Retinitis centralis punctata, charakterisirt durch Entzündung des mittleren Netzhautbereichs mit kleinen hellen Herden, meist auch mit Blutpunkten (HIRSCHBERG, SEGGEL). Nach HIRSCHBERG bleibt diese Retinitis kaum in einem Falle von Diabetes aus, der bereits 10—12 Jahre besteht. Der von mir oben beschriebene Fall vom 20jährigem Diabetes ohne Retinitis wäre demnach eine grosse Ausnahme.
8. Neuritis, Neuroretinitis, Stauungspapille.
9. Retrobulbäre Neuritis, von der man sich vorstellen kann, dass sie in Heilung oder in Atrophie des Sehnerven übergeht.

Die Bedeutung der «Diabetes»-Erkrankung liegt nicht in der Menge, ja nicht einmal in der Anwesenheit des Zuckers im Urin, sondern in der Bildung der Toxine. Dieselben können in einer bestimmten Epoche in solchen Mengen erzeugt werden, dass sie zwar die Ernährungsfähigkeit des Blutes im Ganzen nicht beeinträchtigen, aber doch durch Ablagerung in einzelnen Organen, in specie in den verschiedensten Theilen des Sehorgans lokale Entzündungsprozesse hervorzurufen im Stande sind.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Pathologie und Therapie der Aneurysmen.*)

Von

Hofr. Professor Nothnagel.

(Fortsetzung und Schluss.)

Bei unserem Patienten hat sich nun dieser krankhafte Zustand relativ frühzeitig entwickelt und es ist nicht bekannt, worin die Ursache dessen gelegen ist. Wir wissen, dass unter dem Einflusse von bestimmten Verhältnissen die Sklerose sich frühzeitig entwickeln kann. Es scheint, dass eine luxuriöse Lebensweise, insbesondere der Genuss von Spirituosen schädlich auf das Arteriensystem einwirken kann.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 10, 1893.

Ob bestimmte Krankheiten und krankhafte Dispositionen mit einer frühzeitigen Sklerose zusammenhängen, das wird wohl behauptet, aber es ist nicht hinreichend begründet. Man behauptet, dass Leute, die an Carcinom erkranken, resp. eine carcinomatöse Disposition haben, dass bei denen die Arterien sich frühzeitig erweitern und zwar auf Grund einer sklerotischen Veränderung der Gefässwände. Es wird ferner angegeben, dass Individuen, die dem Sporte des Vegetarianismus huldigen, dass auch diese frühzeitig eine Arteriensklerose bekommen. Was an diesen Behauptungen Wahres ist, weiss ich nicht, es fehlen mir darüber die eigenen Erfahrungen und die anatomischen Untersuchungen sind in diesen Fällen sehr dürftig. Es scheint aber festzustehen, dass eine erbliche Anlage für die Entwicklung der Arteriosklerose angenommen werden darf, ähnlich wie dies bei der Gicht der Fall ist. Ich habe Leute gesehen, die vollständig normale Lebensweise führten, die keine übermässigen Stickstoffmengen zu sich nahmen und doch an typischer Gicht seit Jahren litten. Ob nun dieses erbliche Moment bei unserem Patienten die Ursache für seine Erkrankung abgibt, wissen wir nicht.

Denken wir uns sklerotische Veränderungen über das ganze Arteriensystem bei diesem Patienten verbreitet, so ist es zweifellos, dass die vorhandene Insufficienz der Aorta gleichfalls auf sklerotische Veränderungen zurückzuführen ist. Wir wissen ja, dass die Insufficienz der Aortaklappen auf zweierlei Weise entstehen kann, einmal durch Endocarditis verrucosa als Folge von Gelenksrheumatismus oder nach akuten Infektionskrankheiten, was namentlich bei jugendlichen Individuen der Fall zu sein pflegt, oder aber sie entsteht in Folge eines arteriosklerotischen Prozesses in den Arteriewanderungen durch sklerotische Schrumpfung der Klappen. Und an dieses letztere ätiologische Moment haben wir hier zu denken, da der Mann niemals an Rheumatismus, niemals an einer Infektionskrankheit gelitten haben will. Die Sklerose hat nun bei ihm zu Veränderungen an den Carotiden, an der Radialis, an der Femoralis, kurz an allen Arterien, die wir tasten können, geführt und auf diese Sklerose müssen wir auch die aneurysmatische Erweiterung der iliaca communis und der Aorta zurückführen.

Es gibt Fälle, aber sie sind nicht häufig, es sind mir nur wenige aus der Literatur bekannt — wo multiple aneurysmatische Erweiterungen vorhanden waren. Einen solchen Fall habe ich durch einen meiner Schüler aus der Freiburger Klinik beschreiben lassen.

An bestimmten Gefässabschnitten sehen wir multiple Aneurysmen sehr häufig, insbesondere weise ich hin auf die multiplen miliaren Aneurysmen, welche im Gehirne sich finden und welche, wie Ihnen bekannt sein wird, die Veranlassung zu den cerebralen Hämorrhagien geben. Von Köllicker Pestalozzi, Virchow wurde auf diesen häufigen anatomischen Befund hingewiesen und von Bouchat und Charcot die Beziehung dieser miliaren Aneurysmen zu den Apoplexien hervorgehoben. Ferner sehen wir miliare Aneurysmen im Darme ziemlich häufig auftreten, wenn auch nicht so häufig wie in der Gehirngefässen. Das sind die Stellen, wo Aneurysmen multipel an mehreren demselben Gebiete angehörenden Gefässsystem aufzutreten pflegen, hingegen sind die multiplen aneurysmatischen Erweiterungen in grossen Arterien etwas sehr Seltenes.

Wir gehen nun zu den subjektiven Klagen des Patienten, d. i. zu den Schmerzen, über die er klagt und es fragt sich nun, woher dieselben stammen, wie dieselben mit den konstatirten Veränderungen an der Bauchaorta in Zusammenhang gebracht werden können.

Welche Symptome hat nun ein Aneurysma, der Bauchaorta?

Zunächst also die physikalischen Erscheinungen, wie wir sie in diesem Falle konstatirt haben und auf die ich nicht noch einmal zurückkommen möchte.

Ausser den physikalischen Erscheinungen, braucht bei einem Aneurysma nichts weiter vorhanden zu sein, aber es kann sein und zwar haben wir hier zunächst ein subjektives Symptom, die Schmerzen. In einer Reihe von Fällen nämlich klagen die Kranken über sehr heftige continuirliche Schmerzen. Dieselben können den Charakter einer Neuralgie annehmen und gehen zumeist von der Magengegend, also von jener Stelle aus, wo, wie Sie sehen, auch unser Patient seine Schmerzen lokalisirt. Es ist kein Zweifel, dass dieselben in der Arterienwand ihren Sitz haben. Neben diesen localen Schmerzen gibt es auch excentrische, welche ihrem Charakter nach irradiirt sein dürften und ihren Sitz mehr links als rechts haben, oft beiderseits. Sie sind aufzufassen nach Analogie der Brachialneuralgien bei Aneurysmen der art. subclavia. Daneben werden Störungen der Darmfunktionen angegeben. In einer Reihe von Fällen besteht hartnäckige Obstipation, in einer Reihe klagen die Patienten über Durchfall. Welcher Zusamenhang in dem einen oder anderen Falle mit dem Aneurysma der Bauchaorta besteht, das wissen wir nicht. Man könnte aus theoretischen Gründen das Zustandekommen des Schmerzes auf Veränderungen im Plexus coeliacus, auf eine Degeneration oder eine Druckatrophie in Folge des Aneurysma beziehen, aber sichere Anhaltspunkte für diese Annahme liegen derzeit noch nicht vor.

Weiters kann es bei einem Aneurysma der Aorta in Folge der Druckusur der Wirbelkörper zu einer Paraplegie der unteren, selten auch zu einer Lähmung sämmtlicher Extremitäten kommen und endlich zum exitus lethalis in Folge der Ruptur des Aneurysmasackes in den Wirbelkanal. Fälle solcher Art sind mehrfach in der Literatur verzeichnet und es liegen zweifellose Obduktionsbefunde vor.

Wenn Sie nun diese kurze Skizze, die ich ihnen hier gegeben habe, auf unseren Fall anwenden, so besteht die Möglichkeit, dass die Schmerzen, über die Patient klagt, mit dem Aneurysma in Zusammenhang gebracht werden müssen. Nun steht dieser Auffassung die Anamnese einigermassen entgegen, insofern die lange Dauer des Leidens — Patient will seit 15 Jahren an Schmerzen gelitten haben — mit einem Aneurysma schwer vereinbar ist. Es ist eben schwer anzunehmen, dass ein solches 15 Jahre bestehen könne und so geringe Erscheinungen darbieten sollte, wie in unserem Falle. Ich will die Möglichkeit nicht in Abrede stellen, dass die Schmerzen mit den Veränderungen in der Arterienwand zusammenhängen, weil diese Annahme von vorne herein sehr naheliegend ist; aber ein Aneurysma von so langem Bestande müsste doch endlich zur Ruptur kommen. Und so drängt sich uns die Vermuthung auf, dass wir, es hier mit dem Krankheitsbilde zu thun haben, das Romberg mit dem Namen Neuralgia coelica bezeichnet hat.

Ich berühre allerdings da ein Gebiet, welches ausserordentlich unbestimmt und schwer fassbar ist, von dem Sie aber doch etwas gehört haben müssen, um die alte Lehre über diesen Punkt zu verstehen die sie hie und da in Lehrbüchern noch angeführt finden.

Sie wissen, dass die alte Medizin dem Sonnengeflecht eine grosse Rolle zugeschrieben und ihm eine analoge Bedeutung beigemessen hat, wie dem Gehirn. Wie das Gehirn, der Spiritus rector des animalischen Lebens ist, so soll dieser Auffassung nach das Sonnengeflecht das Centrum, der Spiritus rector des vegetativen Lebens sein. Erst jüngst ist mir ein vor etwa 3 Jahren von einem französischen Autor publicirtes Buch in die Hand gekommen, welches unter Anderem auch über das Sonnengeflecht handelt und die alte Anschauung enthält, wonach dasselbe ein zweites in der Bauchhöhle verlegtes Gehirn sei, das die unbewussten Funktionen des Organismus dominirt, ähnlich wie vom Gehirne alle Impulse ausgehen und der animalische Leib beherrscht wird. Die moderne Medizin misst dem plex. coeliacus nicht mehr jene mystische Bedeutung bei, wie die Alten, doch wissen wir ganz wohl, dass dieser plexus für den vegetativen Leib eine grosse Bedeutung hat. — Welcher Art dieser Einfluss ist, entzieht sich vorläufig unserer Erkenntniss, da wir über die Funktionen des sympathischen Systems, als dessen wesentlicher Bestandtheil das Sonnengeflecht allerdings angesehen werden muss, heute sehr wenig

wissen. Es sind wohl Beobachtungen von verschiedenen Autoren, so von LORENZ u. A. über dieses Kapitel angestellt worden, doch haben die Untersuchungen wenig greifbare Resultate ergeben. Man hat bei tuberkuloser Entartung dieses plexus und bei gleichzeitiger Erkrankung der Nebenniere Morbus Addisonii auftreten gesehen, man hat bei Reizung des Nervengebietes Diarrhoe erzeugen können, doch lässt sich ein strikter Zusammenhang dieser Erscheinung mit den Affektionen des plexus nicht mit Bestimmtheit nachweisen.

Es gibt nun meine Herren, Schmerzen, die ihren Sitz haben in der Gegend des Ganglion coeliacum, Schmerzen, welche unter dem Symptomenkomplex einhergehen, den man als Erregungszustand im Gebiete des Sympathicus ansicht. Es sind das Schmerzen, welche mit einem Gefühle von Vernichtung einhergehen, ähnlich wie bei Agina pectoris nervosa, wo die Patienten neben den Schmerzen über das qualvolle Gefühl von Vergehen klagen.

So schildert auch ROMBERG, der sich mit dieser Frage viel beschäftigt hat, die Neuralgia coelica als aus zwei Momenten bestehend; aus den Schmerzen und der Uebelkeit. Wenn man die Schilderung von ROMBERG durchgelesen hat, so kommt man zur Erkenntniss, dass es in diesem Falle schwer zu entscheiden ist, ob die Schmerzen aufzufassen sind als — abnorme Form — einer Neuralgie, ausgehend von den Magenendigungen des Vagus, oder ob sie vom Plexus coeliacus herrühren. Immerhin ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass es sich hier um einen neuralgischen Zustand handelt, dessen klinisches Bild noch nicht genügend bekannt ist. Andererseits müssten wir zu geben, dass der Prozess ein äusserst seltener ist und wir werden nach sicheren Quellen dieser Schmerzen suchen. Da wir eine Arteriosklerose hier mit Bestimmtheit konstatirt haben, so werden wir diese in direkte oder indirekte Verbindung mit den Schmerzen bringen — indirekt insoferne, als das Aneurysma, das als Fol ge der arteriosklerotischen Veränderung der Gefässwand angesehen werden muss, auf das Ganglion coeliacum drückt und so die Schmerzen erzeugt. Ich führe Ihnen diesen Fall an, erstens, weil er seiner Seltenheit halber klinisch sehr interessant ist und weil er zweitens diagnostische Schwierigkeiten bietet.

Es fragt sich nun, was wir mit dem Kranken zu thun haben. Auf die Arteriosklerose können wir mit medikamentösen Mitteln selbstverständlich nicht einwirken aber eine Linderung der Schmerzen können wir dem Patienten verschaffen. Und da ist das Morphin in erster Linie als schmerzstillendes Mittel zu nennen, sodann die neuen Sedativa als Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin; allein dies wäre blos eine symptomatische Behandlung, die auf das Grundleiden als solches gar keinen Einfluss übt. Wenn Sie mit diesen Mitteln nicht vorwärts kommen, so können Sie Nitroglycerin versuchen. Auch unser Patient hat Nitroglycerin einige Zeit hindurch genommen, aber wie Sie sehen, ohne Erfolg. Wir werden letzteres Mittel hier noch einmal versuchen und wenn es uns abermals im Stiche lässt, zum Arsen greifen, das wir in der Anfangsdose von einigen Tropfen täglich bis auf 15—20 steigend und dann wieder zur Anfangsdosis hinuntersteigend und diese Tour mehrmals wiederholen werden. Ferner werden wir versuchen den Patienten elektrisch zu behandeln und zwar mit konstantem Strome und sehen, ob damit ein Erfolg zu erzielen ist. Es gibt Fälle dieser Art, bei welchen durch kombinirte Behandlung mit Solutio Fowleri und durch den elektrischen Strom öfters recht schöne Erfolge erzielt wurden. Ich erinnere mich an einen Fall, einen Patienten betreffend, der mit heftigen Schmerzen im Epigastrium zu mir kam und bei dem ich ausser einer vergrösserten Malariamilz nichts Abnormes konstatiren konnte. Ich musste nach der Anamnese und den subjektiven Angaben des Patienten die Diagnose auf Neuralgie im plexus coeliacus stellen und verordnete Solutio Fowleri und galvanische Behandlung. Nach 4 Wochen verliess Patient vollkommen gesund das Krankenhaus, d. h. von den heftigen Schmerzen, an denen er Jahre lang gelitten hat, befreit, die Rigidität der Arterien ist freilich nach wie vor geblieben. Man muss hier also rein empirisch vorgehen. Mit Morphin rathe ich Ihnen zu sparen, es bringt nur symptomatisch den Schmerz weg und da die Krankheit weiter besteht, so kann leicht eine Angewöhnung erfolgen, gegen die Sie vergeblich werden kämpfen müssen. In unserem Falle haben wir eine besondere Veranlassung Nitroglycerin zu geben, weil der Schmerz sehr wahrscheinlich von der Arterienwand ausgeht.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

Sitzung vom 3 März 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

***Prof. Puschmann**: Die Influenza im Alterthume.*

Schon die Hippokratischen Sammelschriften enthalten Krankheitsschilderungen, welche als Influenza gedeutet werden können. So wird von einer Epidemie erzählt, nach welcher sehr viele Lungenentzündungen und Rückfälle aufgetreten sein sollen, mit denen zahlreiche Rachen- und Halsentzündungen, sowie Lähmungen und Augenaffektionen verbunden waren. Halsentzündungen traten zumeist bei Leuten auf, welche ihre Stimme sehr anstrengten. Die Augenaffektionen befielen vorzugsweise Kinder. Die Frauen wurden von der Krankheit weniger befallen als Männer, besonders litten die Sklaven unter derselben. Die Epidemie dauerte den ganzen Sommer hindurch und Leute, welche im Winter an Husten litten, wurden im Frühjahre von Schwindsucht befallen. Die Schrift enthält auch den frühesten Fall einer alternirenden Lähmung. Auch Ohrenleiden waren im Gefolge der Epidemie. Zugleich wird einer zweiten Epidemie erwähnt, welche mit Schlafsucht und Delirien einherging, bei der die Milz nicht geschwollen war, die Krisis meist am 14. Tage eintrat. Die bei dieser Krankheit auftretenden Diarrhöen wurden mit Kälte behandelt. Die angedeuteten Symptome lassen auf eine Typhusepidemie schliessen, allerdings erfährt man sehr wenig über Körpertemperatur, da diese nur mit der aufgelegten Hand geprüft wurde. Die Grösse der Milz wurde mittelst der Palpation erschlossen. Ob diese beiden Epidemien unmittelbar nach einander folgten, ist aus den Schriften nicht ersichtlich. Die erwähnte Influenzaepidemie dürfte mit der im Jahre 412 v. Chr. in Rom und dessen Umgebung herrschenden und von LIVIUS beschriebenen Influenzaepidemie identisch sein. Nach LIVIUS brachte dieselbe nur Wenigen den Tod, befiel aber so viele Leute, dass es an Feldarbeitern fehlte.

* * *

***Prof. Fuchs**: Ein Fall von traumatischem Enophthalmus und Lähmung des Musculus obliquus inferior.*

Ein Förster wurde von einem Hirsch ins linke Auge gestossen, welches zwar äusserlich unverletzt blieb, aber doppelt sah. Linke Wange, Nasenhälfte und Oberlippe waren anästhetisch, das Gefühl kehrte aber nach und nach wieder zurück; linke Lidspalte kleiner, das Auge in die Orbita um einige Millimeter zurückgesunken und tiefer stehend. Die Doppelbilder entsprachen einer Lähmung des Musculus obliquus inferior, die eben sehr selten isolirt vorkommt. Der Enophthalmus dürfte darauf zurückzuführen sein, dass durch Infraktion der Orbitalraum vergrössert ist. Es finden sich dafür zwar keine bestimmten Anhaltspunkte, aber die Lähmung des Nervus infraorbitalis, die isolirte Lähmung des Musculus obliquus inferior, sowie das Tieferstehen des linken Bulbus sprechen für eine Fraktur des Infraorbitalbodens mit Depression gegen die Highmorshöhle hin. Die Doppelbilder wurden in der Weise beseitigt, dass die Beweglichkeit des anderen Auges durch Durchschneidung des Rectus superior beschränkt wurde. In den ersten Tagen bestand eine leichte Ueberkorrection, welche in den nächsten Tagen aber wieder verschwand. Heute sieht Patient wieder einfach.

Prof. MAUTHNER bemerkt, dass dies der erste Fall sei, in dem durch Durchschneidung des kontralateralen Muskels Heilung herbeigeführt wurde. Derselbe bedeute aber nicht nur einen glänzenden Erfolg der Theorie, sondern auch der Operationstechnik, da das

Hauptgewicht in der Dosirung liegt. Der k. k. Gesellschaft sei schon einmal ein Fall von Lähmung des obliquus inferior von WEINLECHNER vor 25 Jahren vorgestellt worden. Es wurde damals ein kleiner Tumor aus der Orbita entfernt und zugleich der Musculus obliquus inferior durchschnitten, worauf Doppeltsehen eintrat.

* * *

Dr. Wickhoff: *Ueber die Anwendung der Symphyseotomie bei Blasenoperationen.*

Da bei der Epicystotomie die Zugänglichkeit sowie der Lichteinfall beschränkt ist, so dass eine grosse Anzahl von Operationen entweder unausführbar ist, oder nur von sehr geübter Hand vorgenommen werden kann, so kam Vortragender auf den Einfall, ob nicht durch die Symphyseotomie hier Abhilfe geschaffen werden könnte. WICKHOFF machte daher an einer erwachsenen männlichen Leiche den Versuch, führte 2½ *cm* über der Symphyse einen bis zur Peniswurzel reichenden Schnitt, durchtrennte die Bauchwand in der Linea alba, brachte die Symphyse auf 4 *cm* zum Klaffen und eröffnete die Blase, von der sich nun jeder Theil bequem einstellen und überblicken liess. Vortragender versuchte nun die Uretheren zu sondiren, von dem untersten Theile der Blase ein Stück Schleimhaut zu excidiren, sowie aus dem mittleren Theile der Prostata einen Keil auszuschneiden, was leicht gelang. WICKHOFF empfiehlt diese Operationsmethode bei Neoplasmen der vorderen Blasenwand (allerdings eine Seltenheit), sowie bei an der hinteren Blasenwand sitzenden Neoplasmen, wenn dieselben tief sitzen und wo die einfache Epicystotomie nicht ausreicht, und endlich bei Vesico-Vaginalfisteln als Modifikation des TRENDELENBURG'schen Verfahrens.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 8. März 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Dr. Stein: *Zur Lehre von der Diarrhoe und deren Behandlung. — Diskussion.*

Bei den Diarrhöen ist auf die Frequenz des Stuhlganges, auf die Beimischung von pathologischen Produkten (Eiter, Blut, Schleim) Schmerzen u. s. w. zu achten. Doch sind bei weitem nicht alle Diarrhoen als auf anatomische Veränderungen beruhend anzusehen, sondern viele von denselben nur als funktionelle Störungen aufzufassen, gerade so wie viele Magenkrankheiten. Bei Letzteren ist die Diagnostik viel leichter als bei den Darmkrankheiten, da die diagnostischen Hilfsmittel viel exakter sind. Die Atonie des Darmes ist ja auch nichts Anderes als eine Funktionsstörung und das gerade Gegentheil der Diarrhöe, deren Wesen eine vermehrte Peristaltik ist. Es ist ferner auch bekannt, dass schwere Psychosen und Neurosen die Darmthätigkeit beeinträchtigen können. Die Galle regt die Peristaltik an, bei Verschluss der Gallenwege (Ikterus) wird Stuhlträgheit beobachtet. Dann ist ferner auch bekannt, dass die Bauchpresse die Darmperistaltik beeinflusst und dass es Fälle von angeborener Darmschwäche gibt. Bei Leuten mit Darmatonie pflegt die Salzsäureproduktion herabgesetzt zu sein. Ueberhaupt pflegen oft Veränderungen der motorischen Sphäre des Magens mit Darmerkrankungen parallel zu laufen. Koliken bei verschiedenen Rückenmarkserkrankungen lassen den Schluss zu, dass auch Störungen anderer Organe den Darmapparat beeinflussen können.

Oft sind entzündliche Erkrankungen die Ursachen der Diarrhoe obwohl es viele ulceröse Prozesse gibt, welche keine weiteren Folgen zeigen; so berichtet OSER über einen Fall, bei welchem der Darm ganz ulcerös erkrankt war, der aber im Leben nie Diarrhoen dargeboten hatte. Erkrankungen des Dickdarmes führen leichter zu Diarrhoen als Erkrankungen des Dünndarmes. Neben Fremdkörpern wurden auch übermässige Gallenproduktion, Gemüthsbewegungen und Erkältungen als Ursachen der Diarrhöe angesehen. Ja es gibt sogar Individuen, welche auf bestimmte Reize (kalter Trunk auf nüchternen Magen, Rauchen u. s. w.) mit Diarrhöen reagiren. In allen diesen Fällen handelt es sich meist nur um funktionelle Störungen.

Die Menge des täglich secernirten Darmsaftes dürfte mehr als 1 Liter betragen und daher auch die Darmentleerungen sehr beeinflussen. Der erhöhte Tonus der Darmmuskulatur begünstigt ebenfalls die Ausscheidung. Die Enterokolitis der Kinder stützt auch die Ansicht, dass viele Darmerkrankungen funktioneller Natur sind. Der Darm vieler Choleraleichen bietet oft nur das Bild des Darmes eines während der Verdauung gestorbenen Menschen und die Abstossung der Epithelien wird von COHNHEIM nur als ein cadaveröser Macerationsprozess angesehen. Bekannt sind die nervösen Diarrhöen, doch sind viele reflektorischer Natur in Folge primärer Erkrankungen anderer Organe.

Der Beimengung von Schleim zu den Fäces wird eine grosse Bedeutung zugesprochen, doch ist zu bedenken, dass die normalen Fäces schon physiologisch eine geringe Schleimmenge besitzen. Beimengung von Blut und Eiter machen eine entzündliche Erkrankung zur Gewissheit. Die röhrenförmigen Massen, welche bei der Enteritis membranacea abgeschieden werden, sind nicht Entzündungsprodukte, sondern beruhen auf erhöhter Desquamation unter dem Einflusse erhöhter Nervenerregungen.

Die mangelnden Befunde einer Veränderung der anatomischen Verhältnisse der Darmschleimhaut bei vielen Darmerkrankungen lassen den Schluss zu, dass zahlreiche Erkrankungen, welche mit Diarrhöen einhergehen, nicht in entzündlichen Veränderungen ihren Grund haben, sondern oft nur funktioneller Natur sind.

Was die Therapie anlangt, so ist das Opium, welches die Hemmungsnerven reizt, das souveränste Mittel, um die erhöhte Peristaltik herabzusetzen. Doch versagt dasselbe sehr oft, besonders bei nervösen Diarrhöen. In solchen Fällen leistet hie und da noch etwas die elektrische Behandlung oder hydrotherapeutische Prozeduren, meist aber der A l k o h o l. Ebenso setzt Atropin die Darmperistaltik herab, indem es die in der Darmwand gelegenen Ganglienzellen schwer erregbar macht. Die Anwendung von 0·015—0·02 Extr. Belladonna ist ganz gefahrlos. Werden Diarrhöen durch abnorme Gährungsprozesse oder durch Bildung von Toxinen hervorgerufen, so ist durch Verabreichung von Antisepticis (besonders Kreosot) ein günstiger Erfolg zu erzielen.

D i s k u s s i o n.

Dr. HOCHSINGER erklärt sich im Prinzipe mit den Auseinandersetzungen STEIN's einverstanden und bemerkt, dass sich bei Kindern sowohl nervöse als katarrhalische Veränderungen finden, welche leicht diagnosticirt werden können. Doch hat Vortragender jene Erkrankungen zu wenig hervorgehoben, welche durch den Genuss schlechter Substanzen verursacht werden. Katarrhalische Zustände knüpfen sich meist an eine materielle Schädigung des Darmes, doch können auch funktionelle Störungen durch ihre Dauer den Darm schädigen. Die Enterokolitis der Kinder sei kein Beispiel für eine funktionelle Erkrankung. Die Darmerkrankungen des Kindesalters knüpfen sich meist an die Einführung schlechter Nahrung und gerade die Dickdarmdiarrhöen der Kinder basiren auf einem veritablen Katarrh, besonders wenn sie chronisch sind, dagegen sind die Affektionen des Dünndarmes eher nervöser Natur. Was die Therapie anlangt, so hat HOCHSINGER die Erfahrung gemacht, dass man mit bestem Erfolge die Therapie des Kindesalters auf den Erwachsenen übertragen könne. STEIN hat aber der rein diätetischen Therapie zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Zur Behebung von Diarrhöen hat sich Vortragendem die absolute Milchdiät sehr vortheilhaft erwiesen, doch muss die Milch in sehr kleinen Portionen gereicht und in den ersten Tagen absolute Bettruhe beobachtet werden. Man kann der Milch auch Amylacea zusetzen. HOCHSINGER hat auf diese Weise auch chronische Diarrhöen zum Schwinden gebracht. Von der Applikation der Belladonnapräparate ist Vortragender abgekommen, da dieselben in den Dosen, wie sie gereicht werden dürfen, auf den Darm unwirksam sind. Wird die Milch nicht vertragen, so ist ein Zusatz von Cacao zu empfehlen, aber ja nicht Cognac, da derselbe Pyrosis erzeugt.

(Die Fortsetzung der Diskussion wurde auf die nächste Sitzung vertagt.)

Dr. Em. Mandl.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 20. Februar 1893.

Dr. E. Grawitz: Ueber klinisch-experimentelle Blutuntersuchungen.

Dr. E. GRAWITZ hat das spezifische Gewicht des Blutes in kleinen Quantitäten an einem und demselben Individuum in kurzen aufeinander folgenden Pausen bestimmt und aus den gewonnenen Differenzen Schlüsse über das Auftreten von Flüssigkeit aus dem Blute, bezw. deren Eintreten gezogen. Beeinflussungen des vasomotorischen Nervensystems verändern die Blutmischung derart, dass z. B. beim Menschen Reizungen der Vasomotoren, bedingt durch Einbringen in ein kaltes Bad oder durch psychische Erregungen, gleichzeitig mit der Kontraktion der Gefässe eine Eindickung des Blutes herbeiführen, während bei Lähmung des vasomotorischen Nervensystems, z. B. durch ein warmes Bad oder Einathmen von Amilnitrit deutlich mit der Erweiterung der Gefässe eine Verdünnung des Blutes nachzuweisen ist.

Die Versuche hat GRAWITZ seit Jahresfrist begonnen. HEIDENHAIN ermitelte zwei grosse Gruppen von lymphtreibenden Mitteln, von denen die eine den Austritt der Lymphe aus den Lymphbahnen bedingt, so dass eine Verdickung des Blutes erfolgt. Solche Mittel sind die Extrakte von Krebsmuskeln, der Leiber von Blutegeln, von Pepton. Die Stoffe der zweiten Gruppe in das Blut gebracht, bewirken entgegengesetzt eine Anziehung von Flüssigkeit in den Lymphstrom, zugleich aber auch eine Verdünnung des Bluts. Zu diesen Stoffen gehören Salze und Zucker.

Diese prinzipiell bedeutsamen Untersuchungen legten es nahe auch auf klinischem Gebiet in ähnlicher Weise zu forschen. HEIDENHAIN ging in der Weise vor, dass er einem Hunde den Ductus thoracicus freilegte und die in der Zeiteinheit entströmende Lymphe bestimmte. GRAWITZ hat zur Vereinfachung der Methode versucht, durch isolirte Blutuntersuchungen bei Thieren und Menschen analoge Versuche anzustellen. Diese Versuche sind erheblich einfacher. Sie haben den Vorzug, das ganze Lymphgebiet intakt zu lassen, und bieten auch die Möglichkeit der Ausführung bei Menschen.

GRAWITZ bediente sich zu seinen Untersuchungen kleiner Glaskapillarröhrchen, welche man erst leer, dann mit destillirtem Wasser gefüllt wiegt und demnächst reinigt, um sie mit aufgefangenem Blute wieder zu wiegen. Man braucht dann nur das absolute Blutgewicht durch das Wassergewicht zu dividiren, um das spezifische Gewicht des Blutes zu erhalten. Hierzu bedarf man einer auf 0·1 *mgr* adjustirten Waage. GRAWITZ benutzte zunächst Kaninchen, die nicht zu klein, ruhig und kräftig waren und injizirte vorher kleine Dosen Morphium; darauf legte er die Vena jugularis in Höhe des Kehlkopfes frei, welche sich dort in zwei starke Aeste theilt. Zwei Faktoren sind dabei zu berücksichtigen; man muss sich hüten, einen Blutverlust und eine Blutstauung zu veranlassen. Die Blutstauung bewirkt Bluteindickung, der Blutverlust Verdünnung. GRAWITZ legt dicht über der Bifurkation eine Klemme an und eine zweite 1·5 *cm* oberhalb und schneidet in der Mitte ein Loch ein. Er lüftet dann die untere Klemme und führt das Kapillarröhrchen durch das Loch nach unten in die freie Cirkulation des Blutes. Die Kapillarröhre saugt sich sofort voll Blut. Alsdann schliesst er das Loch und kann dieses Verfahren beliebig, oft ohne Nachtheil für das Thier, wiederholen. Man kann das Blut 2 Stunden lang in $^1/_4$ stündigen Pausen entnehmen, ohne die geringsten Schwankungen des Gewichts. In ähnlicher Weise ist GRAWITZ bei Hunden verfahren; doch ist es nothwendig, denselben neben Morphium noch etwas Chloroform zu geben. Man sucht in der Inguinalfalte die Stelle auf, wo die V. femoralis sich theilt. Endlich hat er auch an einer grösseren Thierspezies, dem Pferde, Untersuchungen angestellt. Bei diesen verläuft die V. jug. als ein Gefäss von sehr erheblicher Mächtigkeit am Halse längs der Trachea nach abwärts. Man bringt die Vene durch Andrücken des Daumens zum Anschwellen stösst ein scharf geschliffenes Messer ein, führt dann das Kapillarröhrchen schräg ein und lässt es sich füllen. Die Pferde reagiren auf diesen Eingriff fast gar nicht. Schliesslich hat GRAWITZ beim Menschen am Ohrzipfel mit einem scharfen Skalpel eingeschnitten und das Blut im Kapillarröhrchen aufgefangen. Es war zunächst nothwendig, gewisse Stoffe auszuproben, um über die Zuverlässigkeit der Methode einen Anhalt zu gewinnen; zunächst hat GRAWITZ das Kochsalz angewendet. Wenn man einen Kaninchen 0·5 *gr* Kochsalz pro Kilo Körpergewicht in eine Vene injizirt, so beobachtet man kurze Zeit nach der Injektion ein Absinken des spezifischen Gewichts, welches immer weiter sinkt und nach $^1/_2$ Stunde das Minimum erreicht. Es tritt also eine erhebliche Verdünnung des Blutes ein. Alsdann steigt die Blutdichtigkeit wieder und zwar gewöhnlich etwas über die Norm hinaus. Bindet man nun das Thier ab, so beobachtet man, dass dasselbe eine grössere Menge Urin lässt und mit grosser Begierde reichliche Quantitäten Wasser säuft. Diese Versuche bestätigen die Resultate HEIDENHAIN's, dass die in das Blut gebrachten Salzmengen einen erheblichen Flüssigkeitszufluss nach dem Blut bedingen, in kurzer Zeit ein Durstgefühl hervorrufen. Auch beim Pferde hat GRAWITZ das Kochsalz erprobt. Einem 6 Centner schweren Pferde wurden 30 *gr* Chlornatrium, in 100 *gr* Wasser gelöst, in das Blut gebracht. Das ursprüngliche spezifische Gewicht des Blutes sank von 1049 auf 1038. Das ist eine ganz enorme Verdünnung des Blutes, denn es gehören zu einem solchen Resultat etwa 5 *kgr* reines Wasser. Auch Glaubersalz und Bittersalz bewirken eine erhebliche Verdünnung des Blutes, aber nicht so stark wie das Kochsalz. Auch HEIDENHAIN hat gefunden, dass die Chloride unter den Salzen in ihrer hydragogen Wirkung obenan stehen. Wie verhalten sich nun diese Salze bei Einbringung in den Magen? Wenn man einem Kaninchen Kochsalz in den Magen bringt, so beobachtet man im Blute eine nicht unbeträchtliche Konzentration desselben. GRAWITZ hat diesen Versuch an sich selbst angestellt. Nach Einnahme von 15 *gr* Kochsalz in etwas Wasser hatte er als subjektive Empfindung das Gefühl von Uebelsein, dann ein Kollern im Leibe. Diese Erscheinungen hören nach kurzer Zeit auf; eine Stuhlentleerung erfolgt nicht, dagegen eine erhebliche Zunahme der Konzentration des Blutes. Auch bei verschiedenen Patienten hat er dieses Verfahren erprobt. Bei einm 20jährigen Menschen mit mässig starker Hämoptoe und beginnender Phthise, welcher ein spezifisches Gewicht des Blutes von 1050 aufwies, bewirkten 15 *gr* Kochsalz keine Spur von Nausea; das spezifische Blutgewicht stieg auf 1060 an, d. h. es trat eine sehr erhebliche Eindickung des Blutes ein; gleichzeitig schwand die Hämoptoe, allmählich kehrte das Blutgewicht wieder zur Norm zurück zugleich am nächsten Morgen auch die Hämoptoe.

Bekanntlich wird das Kochsalz schon lange als styptisches Mittel für Lungenblutungen angewendet und als Erklärung dafür findet sich in den Lehrbüchern die Angabe, dass es eine nauseose Wirkung habe und den Blutdruck herabsetze. Nach GRAWITZ's Versuchen spielt auch die Konzentration und Eindickung des Blutes eine erhebliche Rolle. Auch nach Einführung von Glauber- und Bittersalz hat Redner eine Konzentrirung des Blutdrucks konstatiren können. Er hat ferner das Blutserum untersucht. Durch Versuche von LANDOIS ist bekannt, dass das Blutserum einer Thierspezies einem Thier derselben Spezies einverleibt, das Blutserum verdünnt während die Einverleibung bei einer fremden Spezies eine Auflösung der rothen Blutkörperchen bewirkt und zu Harnstoff zerfällt. Danach hätte man schliessen müssen, dass die Blutdichte verringert würde. In der That fand GRAWITZ, wenn er Kaninchen frisches menschliches Blutserum injizirte — und zwar $^1/_2$—1 *ccm* pro *kgr* Kaninchen, eine recht erhebliche Verdünnung des Blutes. GRAWITZ hat ferner einem Pferde 500 *ccm* Blut entnommem und von dem klar abgesetzten Blutserum anderen Pferden am nächsten Tage 120 *gr* in die Jugular-Vene eingebracht, Das spezifische Gewicht fiel von 1051 in 12 Minuten auf 1048·5. Auch bei diesem Pferde fand sich die eigenthümliche Thatsache, dass das Blutserum derselben Thierspezies eine Verdünnung des Blutes ausübt. Welcher Faktor diese Wirkung veranlasst, kann GRAWITZ nicht sagen; vielleicht sind es die Salze und der Zucker, vielleicht der Harnstoff. GARWITZ hat Harnstoff verschiedenen Thieren injizirt, aber gar keine Aenderung der Blutdichte darnach konstatiren können. Andere Versuche des Vortragenden beziehen sich auf die Galle. Bekanntlich wirkt die Galle beim Eintritt in das auf die Blutkörperchen derart,

dass sie dieselben durch die Gallensäuren zerstört. Daher sollte man annehmen, dass das Blut, in welches die Galle eintritt, verdünnt wird; indess hat SIEGL in Wien vor einem Jahre mitgetheilt, dass er bei schwerstem Ikterus recht beträchtliche Erhöhung des spezifischen Gewichts des Blutes konstatiren konnte, nach ihm durch die Anwesenheit von Galle im Blut bedingt.

GRAWITZ hat diese Thatsache an einem Beispiel bestätigen können: Ein junges 20jähriges Mädchen zeigte einen erheblichen Ikterus katarrhalis. Das spezifische Gewicht des Blutes war 1050. Im Verlauf des nächsten Tages wurde der Ikterus erheblich stärker. — Wenn man in solchen Fällen von schweren Ikterus ein frisches Bluttröpfchen unter das Deckglas bringt, so findet sich eine allgemeine Bildung von Stechapfelform bei den Blutkörperchen, während die Geldrollen-Anordnung gestört wird. Diese Erscheinung wird von GERHARD durch die Anwesenheit von Gallensäure im Blut erklärt. GRAWITZ fand nun dieses Phänomen hier vor; ausserdem war das spezifische Gewicht auf 1061 gestiegen, also eine ganz erhebliche Konzentrirung des Blutes eingetreten. Diese Beobachtung legte eine Prüfung durch das Thierexperiment nahe. Redner hat von der frisch entnommenen Galle eines getödteten Kaninchens einem anderen 0·1 *ccm* in die Vene eingespritzt und ausser langsamen Ansteigen des spezifischen Gewichts eine erhebliche Konzentration des Blutes beobachtet, welche anscheinend lange Zeit anhielt. Dieselbe Erscheinung beobachtete er, wenn er eingedickte Ochsengalle in verschiedenen Formen einspritzte: mit der Zunahme der Konzentrirung nahm auch die Eindickung des Blutes zu. Es folgt daraus, dass die Galle, in das Blut eingeführt, eine Eindickung veranlasst. GRAWITZ lässt dahingestellt, ob die Gallensäure diese Wirkung ausübt. Endlich hat er verschiedene Bakterien erprobt. Es ist bekannt, dass dass Extrakt der Tuberkelbacillen des Pneumoniekokkus und des Mikrokokkus pyocyaneus lymphagoge Wirkung ausüben, d. h. Uebertritt von Flüssigkeit aus dem Blut in die Lymphbahn. GRAWITZ hat nun zunächst das Tuberkulin erprobt und konstatirt, dass schon nach wenigen Minuten Eintritt von Flüssigkeit aus dem Blute stattfindet. Im Uebrigen hat er sich reiner frischer Bakterienkulturen bedient und zwar zunächst der Cholerakulturen. Er hat diese theils ganz unverändert, theils nachdem die Bacillen vorher durch mehrtägige Erwärmung in Brutöfen abgegetödtet waren, eingespritzt und auf ihre lymphagoge Wirkung untersucht. Er fand dabei, dass die Nährbouillon unter Zusatz von Pepton, Kochsalz und Alkali gar keinen Einfluss auf die Blutdicke ausübt. Diese Thatsache spricht dafür, dass die in der Bouillon enthaltenen Stoffe, Peptone und Salze, sich anscheinend das Gegengewicht halten. Die Cholerakultur wurde bei 37° im Brutschrank gezüchtet. Nahm man Kulturen von 24 Stunden, so übten sie keinen Effekt auf die Blutverdünnung aus; waren die Kulturen aber älter und hatte eine reichliche Abscheidung von Stoffwechselprodukten stattgefunden, so war eine starke lymphagoge Wirkung bemerkbar und das Blut wurde konzentrirt. Es ist anzunehmen, dass die Stoffwechselprodukte der Cholera diese Verdickung hervorrufen. Das ist von besonderer Bedeutung, denn nach den Erfahrungen bei der Menschencholera ist eine der auffallendsten Erscheinungen die Bluteindickung und diese wird allgemein zurückgeführt auf die reichlichen wässerigen Abscheidungen in den Darm. GRAWITZ möchte es dahingestellt sein lassen, ob nicht, wenn diese Stoffwechselprodukte der Cholera zur Resorption gelangt sind, sie einen erheblichen Antheil an der Eindickung haben. Ein ganz ähnliches Verhalten fand er bei Kulturen von Diphtheriebacillen: auch diese bewirken nach 24 Stunden keine Veränderung in der Blutdicke: dagegen bewirken ältere Kulturen eine nicht unbeträchtliche Eindickung des Blutes. Auch hierbei machte es keinen Unterschied, ob die Kulturen frisch oder abgetödtet waren. Auch bei der menschlichen Diphtherie hat er nach diesen Erfahrungen beobachten können, dass eine Bluteindickung stattfand, bei einem Patienten mit schwerer Rachendiphtherie ohne Fieber sank das Blutgewicht von 1068, 5 nach Abstossung der diphtheritischen Membranen um ein geringes. GRAWITZ hat ferner auf der Abtheilung von HENOCH 6 Kinder untersucht, bei denen die Blutdicke nicht durch Fieber gestört war; bei diesen betrug die Blutdicke 1056, 1055 und 1047·5 zur Zeit des Bestehens diptheritischer Erkrankungen. Alle diese Zahlen sind übernormal für diese Kinder. Bei einem Kinde mit 1047 Blutgewicht sank dasselbe nach Abstossung der Schorfe auf 1038. Auch bei 2 Erwachsenen mit Diphtherie hatte er dasselbe Phänomen beobachten können. Demnach haben die Versuche bei Diphtherie auf die menschliche Pathologie sich übertragen lassen. In entgegengesetzter Weise verhalten sich die Bakterien des Eiters der Streptokoccus und Staphylococcus, aus pleuritischem Eiter gezüchtet. GRAWITZ konnte konstatiren, dass wenn er diese injizirte, eine Verdünnung des Blutes danach eintrat. Diese Verdünnung war ziemlich unabhängig davon ob die Kokken abgetödtet waren oder nicht. Ebenso liess sich bei Milzbrandkulturen eine leichte Verdünnung des Blutes konstatiren. Bei den zahlreichen Versuchen hat er die einzuspritzenden Stoffe in verschiedenster Weise variirt und fand, wenn man die Stoffe der einen lymphagogen Gruppe wie Cholerabacillen, Tuberkulin u. s. w. injizirte und eine Eindickung des Blutes erzielte, dass alsdann durch Kochsalzinjektion das Blutgewicht in kürzester Frist sich auf die Norm zurückführen liess. Dieselbe Erfahrung hat er mit dem Blutserum der heterogenen und derselben Thierspezies gemacht. HEIDENHAIN hat bereits auseinandergesetzt, dass man diese Flüssigkeitsbewegungen von und zum Blute nicht als rein chemisch-physikalische Vorgänge auffassen darf, nicht als Diffussion oder Filtration, sondern dass unzweifelhaft aktive Eigenschaften der Zellen dabei mitspielen müssen, da nicht nur chemische Stoffe diese Schwankungen hervorrufen, sondern auch nervöse Einflüsse, wie Reizung und Lähmung der Vasomotoren. Redner konstatirt ferner, dass die isolirten Blutuntersuchungen beim Thiere wie beim Menschen eine Uebersicht über diese Strömung der Flüssigkeiten vom Blute und zu demselcen ergeben und er glaubt, dass diese Resultate sich auch auf die menschliche Pathologie in gewissem Sinne anwenden lassen und vielleicht geeignet sind, ein Licht auf die Saftströmungen des Körpers zu werfen. (Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 17, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Carl v. Langer's Lehrbuch der systematischen und topographischen Anatomie.

Fünfte verbesserte Auflage.

Bearbeitet von **Dr. C. Toldt.**

o. ö. Professor der Anatomie an der k. k. Universität in Wien

Mit 3 lithographirten Tafeln und 6 Holzschnitten.

Verlag von Wilhelm Braumüller, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler Wien und Leipzig. 1892.

Die descriptive und topographische Anatomie des Menschen.

Von **Dr. C. Heitzmann.**

In 650 Abbildungen.

Siebente, vermehrte und verbesserte Auflage.

Verlag von Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien und Leipzig 1893.

Zwei Werke, die keiner weiteren Empfehlung bedürfen. Das eine erscheint jetzt in fünfter, das andere gar in siebenter Auflage, und ist ausserdem noch in mehreren Sprachen übersetzt. Beide Werke sind den Fortschritten der Anatomie entsprechend umgearbeitet, in manchen Kapiteln ganz neu bearbeitet; sie tragen daher auch nicht das Gepräge altehrwürdiger Bücher, die man nur noch aus Pietät berücksichtigt, sondern sie entsprechen in jeder Beziehung allen Erfordernissen der Neuzeit und wir sind überzeugt, dass beide Werke sich immer neue Leserkreise unter Aerzten und Studirenden erobern werden.

Die Ausstattung ist eine mustergiltige, der Druck ist sehr schön, die Holzschnitte sind tadellos.

Spezielle Chirurgie für Aerzte und Studirende.

Von **Professor Dr. H. Fischer,**
geh. Medizinalrath.
Mit 190 Abbildungen in Holzschnitt.
Verlag von Friedrich Wreden. Berlin 1892.

Vorliegendes Werk bildet den 9. Band in WREDEN's Sammlung medizinischer Lehrbücher. Es ist nach dem Prinzipe aller in dieser Sammlung erschienenen Werke abgefasst: nach dem möglichster Kürze; es reiht sich aber den allerbesten dieser Sammlung an in Bezug auf Reichhaltigkeit des Inhaltes und Art der Darstellung. Es kann FISCHEL's Werk natürlich mit den grossen Lehrbüchern ALBERT's oder KÖNIG's nicht verglichen werden; es soll auch diese nach des Verfassers Absicht gar nicht ersetzen. Aber neben diesen Werken wird es seinen Platz vortrefflich ausfüllen. Ein kurzer einleitender Abschnitt behandelt Antisepsis, Transplantation, Nekrose und Blutsparung. Hierauf werden der Reihe nach die chirurgischen Erkrankungen des Kopfes, Gesichtes, Halses, Rumpfes und zuletzt der Extremitäten besprochen. Ueberall tritt die reiche Erfahrung des Verfassers vortheilhaft hervor, nicht weniger jedoch seine grosse Literaturkenntniss und selbst die neuesten Arbeiten über chirurgische Themen sind vollauf berücksichtigt. Durch ausgedehnteste Verwendung kleinen Druckes ist die Form des Werkes eine umso handlichere geworden. Recht gute Holzschnitte sind in reicher Zahl eingefügt.

Das Lehrbuch FISCHER's wird sicherlich in kurzer Zeit weite Verbreitung finden.

Zeitungsschau.

Aurum-Kalium bromatum. — (MERCK's Bericht über das Jahr 1892. Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 5 6, 8, 9 und 10.)

$AuBr^3.KBr+_2H^2O$.

Im Jahre 1889 hat GOUBERT das Aurum tribromatum als Antiepilepticum empfohlen. Da sich jedoch dieses Präparat leicht zersetzt, so schlug ich vor (Jahresb. 1890, pag. 19) an dessen Stelle das beständige Kaliumauribromid anzuwenden. IWAN JANKURA und Prof. LAUFENAUER (Pest. Med. chirurg. Presse 1892, p. 574) haben nunmehr das Mittel bei sehr schweren Fällen von Epilepsie und Hystero-Epilepsie mit gutem Erfolge gebracht, der sich durch Abnahme der Intensität, Dauer und Häufigkeit der Anfälle kund gab. Das Mittel wurde anfangs per os angewendet. Da jedoch die Wirkung eine unzulängliche war, so injicirte man es später subkutan nach folgender Formel:

Rp.: Auri-Kalii bromati 0·4
solve in:
Aq. destill. 20·0
DS. Zur Injektion.

Hievon injicirte man anfänglich 0·5 *kcm* = (0·01) und stieg bis 2 *kcm* (= 0·04 *gr*) Die mittlere Dosis betrug 0·02 *gr*. Als unangenehme Nebenerscheinungen beobachteten JANKURA und LAUFENAUER nebst Infiltration, $^1/_2$ Stunde nach der Injektion Frösteln, Schauer und Stechen in der Herzgegend; diese Erscheinungen wichen jedoch bald. Die Dosis von 0·04 *gr* vertrug die Haut noch ohne Reaktion.

G. See: Strontiumsalze gegen Albuminurie. (Bulletin de l'Academie de Médecine Nr. 32, 1892.)

In der Academie de Médecine (August 1892) berichtete SÉE über einen vorzüglichen Erfolg, den er mit Strontium bei hochgradiger Albuminurie erzielte. Patient, 20 Jahre alt, wurde wegen Phthisis pulmonum behandelt, drei Wochen nach seiner Aufnahme bekam er in Folge parenchymatöser Nephritis Anasarca. Die 24stündige Harnmenge betrug 2 Liter und enthielt 23 *gr* Eiweiss. Patient erhielt alternirend Strontium und Calcium zu je 4·50—5 *gr* per diem. Bereits 24 Stunden nach Beginn der Kur sank der Eiweissgehalt auf 6 *gr* und nach einigen Tagen auf 1 *gr* pro Liter. Bald wurde der Harn eiweissfrei, die Anasarca schwand und waren auch die sonstigen Symptome der Nephritis im Rückgang. Die Diät bestand in Ausschluss von Fleisch, Eiern und allen viel Albumin enthaltenden Speisen, dagegen aber Maccaroni mit etwas Käse. Butter und anderes Fett so viel als möglich. Die sonstige exklusiv vegetabilische Nahrung bestand aus Chocolat, Kartoffeln und Reis, zeitweise Lammshirn, und nur weissem phosphorreichem Brode. Abstinenz von Wein, Bier und anderen alkoholischen Getränken. Eine kleine Menge Bier erzeugte bei dem Patienten eine starke Diurese. Als Getränk bekam er Thee und Mineralwasser.

Lg.

Andrews J. B.: Traumatische Hysterie nach einem Eisenbahnunfall. — American Journal of Insanity. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin Nr. 4, 1893.)

Ein 33 Jahre alter Mann erhielt im Eisenbahndienst eine Verletzung der rechten Kopfseite und der Wirbelsäule, war darnach einige Stunden bewusstlos. Wieder zum Bewusstsein zurückgekehrt, war er laut und heftig. Einige Tage nachher stellte sich eine Lähmung des rechten Beines ein, welche drei Wochen lang fortbestand. Einen Monat später kam Patient ins Spital mit einer heftigen akuten Manie. Er befürchtete, man sei ihm feindlich gesinnt, er bedroht seine Umgebung, hatte Gesichts-Hallucinationen. Es bestand Druckempfindlichkeit der unteren Dorsal- und oberen Lumbar-Wirbel, zeitweise Schwindelgefühl, allgemeine Schwäche, der Gang war gestört. Nach kurzem Spitalaufenthalt gebessert entlassen.

Nach $^3/_4$ Jahren jedoch Rückkehr ins Spital, da Patient schwere Anfälle von Bewusstlosigkeit und Zittern hatte und zur Arbeit unfähig war. Zeitweise bestanden tobsüchtige Erregungszustände. Bei der Aufnahme fand sich normale Reflexerregbarkeit, Einengung der Gesichtsfelder, Zittern der nach rechts abweichenden Zunge, schwankender Gang, Abnahme der Sensibilität am rechten Arm und rechten Bein, Kompressionsschmerz der Wirbelsäure in der Dorsalgegend. Nach drei Wochen stellte sich im Spitale ein Anfall von Bewusstlosigkeit ein, ferner zitternde Bewegungen, besonders der rechtsseitigen Extremitäten und Convulsionen des Kopfes. Durch Druck auf den Supraorbitalnerven wurde der Anfall koupirt.

In der Hypnose konnte durch Suggestion, dann durch einen Magneten ein Transfert der Sensibilitätsstörungen und des Muskelzitterns von der rechten auf die linke Seite erzielt werden. Allmählig wurden durch Suggestion Schmerzen, Anästhesie, Gehstörungen und Schwindel beseitigt.

Dem Verfasser erscheint die Bezeichnung «traumatische Neurose» eine zu umfassende zu sein. Er hat daher für den vorliegenden Fall im Hinblick auf die besondere Form der Geistesstörung sowie die sensibeln und motorischen Störungen die Bezeichnung «traumatische Hysterie» gewählt.

Prof. Caspary: Ueber Vererbung der Syphilis. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 3, 1893).

Prof. CASPARY spricht in einer Sitzung des Vereines für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. im Anschlusse an das neueste Buch FOURNIER's und dessen mit Anmerkungen versehene Uebersetzung durch FINGER.

Es thue vor allem die Mitarbeit der Familienärzte noth, die auf Grund langjähriger Beobachtung in denselben Familien gültige Einzelerfahrungen machen konnten. Wie vor Decennien, würden sehr wichtige Fragen noch heute verschieden beantwortet; so zähle in Königsberg die irrige Hauptlehre des sonst so hervorragenden Werkes von KASSOWITZ (1875): die Placenta sei nach beiden Seiten hin undurchgängig für das syphilitische Virus, noch Anhänger. Nicht zum wenigsten sei CASPARY's Vortrag durch die interessante Theorie FINGER's über die spezifische Infektion veranlasst, die, schon 1890 in dem Archiv für Dermatologie mitgetheilt, hier für Erblues allein durchgeführt werde. — Die Ueberzeugung FOURNIER's von der Existenz einer Syphilis hereditaria tarda im engeren Sinne — von ersten Eruptionen erst Jahre lang nach der Geburt — wird von CASPARY nicht getheilt. Noch gewagter scheine ihm die Annahme von der Uebertragbarkeit der

Syphilis in zweiter Generation, dass ein hereditär-syphilitisches Individuum nur kraft dieser Erblues wiederum ein hereditärsyphilitisches Kind zeugen könne; eine Ansicht, für die FOURNIER, BESNIER, LANNELONGUE eintreten. Ganz unglaublich sei ihm, dass die Lues von den Grosseltern direkt auf die Enkel übergehen könne, während die Eltern gesund geblieben seien. — Ueber die Modalitäten der heute allseitig anerkannten Lehre, dass Vater wie Mutter die Syphilis vererben, dass bei beiden Zeit und Behandlung rettend dazwischen treten könne, dass manchmal frische, ja frische nicht behandelte Syphilis sich nicht vererbe, fänden sich in dem Buche FOURNIER's die sorgsamsten Mittheilungen. Aber über das sogenannte Gesetz von PROFETA, nach dem Kinder von syphilitischen Eltern, die der Infektion von Sperma oder Ovulum oder mütterlichem Blute entgangen seien, immun blieben gegen syphilitisches Virus, sowie über Gesundbleiben oder angeborene Erkrankung gesund gezeugter Früchte, deren Mütter in der Schwangerschaft inficirt wurden, seien weitere Beobachtungen zumal der Familienärzte dringend zu wünschen. — Am wichtigsten sei deren Mitwirkung bei der Frage der konceptionellen Infektion, wenn gesunde Frauen vom Vater her kranke Früchte trügen. Es seien ganz verschiedene Einwirkungen des syphilitischen Fötus auf die Mutter beobachtet. In extrem seltenen Fällen, die auch noch angezweifelt würden, habe die Placenta sich als undurchdringliche Scheidewand erprobt; die Mutter sei bald nach der Geburt des Kindes von diesem in typischer Weise inficirt worden, also sicher vorher gesund gewesen. In einer kleinen Reihe anderer Fälle sei die Inficirung der Mutter sicher um die Zeit der Konzeption erfolgt, wie der Ausbruch der Sekundärsymptome, ohne nachweisbaren Primäraffekt oder Drüsenschwellungen um die wahrscheinlichen Eingangsstellen des Giftes, 10—12 Wochen später erwies. Ob hier das Sperma inficirte, oder ein Choc en retour vorlag, oder eine nicht auffindbare äussere Läsion gewöhnlicher Art, sei unerörtert. Für die weit überwiegende Mehrzahl gesunder Frauen, die eine syphilitische Frucht trugen, sei die merkwürdige Immunität festgestellt, die man das COLLES'sche oder COLLES-BEAUMÈS'sche Gesetz nenne. Sie könnten ihr Kind trotz Papeln an dessen Munde u. s. f. ungestraft nähren und küssen, was gesunde Ammen und andere Gesunde inficire, und nichts an ihrem Körper zeuge von Syphilis. CASPARY habe als erster eine solche Frau mit frisch entnommenem Eiter unbehandelter breiter Condylome zu impfen gewagt und nach vielen, bangen Wochen den negativen Erfolg konstatirt; ebenso später NEUMANN und FINGER. Woher stamme die Immunität dieser Frauen? CASPARY habe sie damals wie alle Autoren für latent syphilitisch erklärt, wogegen KASSOWITZ meinte, es sei denkbar, dass nicht das syphilitische Gift, sondern das immun machende Agens von dem Fötus auf die Mutter übergegangen sei. In dem vorliegendem Buche nun sage FOURNIER mit voller Bestimmtheit, diese Immunität sei identisch mit latenter Syphilis, und gleich hinterdrein FINGER, diese Frauen seien sicher nur immun. FINGER trete für die Immunität auf Grund seiner eigenen Theorie ein. Er unterscheide die Wirkungen des syphilitischen Virus, wie sie sich in dem Primäraffekt, den Roseolis, den Papeln und all' den Herdsymptomen der sekundären Periode kundgeben, von den Folgen der Stoffwechselprodukte der Bakterien. Diese letzteren seien vor dem Auftreten der Syphilide in der Eruptionsperiode zu konstatiren: Fieber, Abgeschlagenheit, Glieder- und Gelenksschmerzen mit nächtlicher Exacerbation, rasch vorübergehende Albuminurieen, kurz dauernder Ikterus, Schwankungen der Reflexerregbarkeit, wandernde Neuralgieen, Hyperämieen der Netzhaut. Dies seien viel zu ephemere, wechselnde Erscheinungen, als dass man sie durch örtliche Heerde des Virus bedingt glauben könne. Hier trete auch zum ersten Male eine später oft sich wiederholende chemische Differenz entgegen. Gegen die örtlichen Syphilisheerde, Sklerose und Drüsenschwellung, erweise sich Quecksilber äusserst wirksam, Jodkali absolut unwirksam. Den Erscheinungen der Eruptionsperiode gegenüber sei die Wirkung des Jods höchst auffällig, wirke sicherer und rascher als die wenn auch nicht ganz abzuleugnende Quecksilberwirkung. Chloranämische Erscheinungen der Sekundärperiode seien auch durch Toxine, nicht durch Syphilisherde zu erklären; so auch die Alopecie, die Seborrhoe. Vor Allem aber die schon früh, bald nach dem Auftreten des Primäraffekts zu konstatirende, andauernde Immunität, die unmöglich durch allerwärts verbreitete Bakterien, aber ganz leicht durch eine chemische Umstimmung vermittels der Ptomaine erklärlich sei. So sei auch die Immunität jener gesunden Mütter syphilitischer Früchte nicht durch Hinüberschwimmen syphilitischer Keime durch die Placenta herbeigeführt, die Frauen seien nicht latent syphilitisch, sondern die Ptomaine jener Bakterien seien durchgetreten, uud daher stamme die Immunität. — CASPARY findet es wohl gewagt, eine solche Theorie bei einer Krankheit durchzuführen, von der wir noch nicht einmal die Bakterien, geschweige deren chemische Produkte kennen. Zumal heute inmitten so reger Arbeit, wo die Ptomaine vor den Toxalbuminen zurücktreten, wo die Proteine der Bakterien neu gesucht werden. Aber die Theorie sei an sich sinnreich und sei konsequent durchgeführt. FINGER erkläre ja selbst, er baue nur auf Analogieschlüssen. So habe er selbst nach Injektion sterilisirter Rotzkulturen eine freilich vorübergehende Immunität gegen Rotz erzeugt, wie andere gegen Cholera, Milzbrand, Rauschbrand u. A. Durch Injektion der Toxalbumine von Diphtheriebacillen seien Lähmungen hergestellt gleich den postdiphtheritischen. STRÜMPELL habe die Tabes und progressive Paralyse Syphilitischer aus Ptomainevergiftung erklärt, TOMMASOLI ebenso die Nephritiden der Sekundärperiode. — Aber nun seien von jenen Frauen, die nach Geburt syphilitischer Kinder frei von Syphilissymptomen und immun befunden wurden, doch noch klinische Erfahrungen mitzutheilen. Nach HUTCHINSON, ZEISSL, CASPARY und Anderen blieben diese Frauen nicht alle frei von spezifischen Krankheitszeichen. Während jeder Schwangerschaft würden manche elend, von Schwäche und Alopecie befallen; diese Symptome verstärkten sich bei jeder neuen Gravidität, und schliesslich jahrelang nach der ersten Geburt einer kranken Frucht träten tertiäre Symptome auf an Haut oder Knochen oder inneren Organen; an Frauen also, bei denen nie ein Primäraffekt, nie die typischen Drüsenschwellungen, nie Sekundärsymptome beobachtet seien. Ein vollkommenes Analogon der tardiven, hereditären Syphilis, eine tardive, konceptionelle Syphilis. Natürlich liege hier wie dort der Einwand nahe, es seien die früheren Symptome übersehen worden. Nehme man als richtig an — wie das FINGER thut — es seien einzelne solcher immunen Frauen schliesslich an tertiären Symptomen ohne neue Ansteckung erkrankt, so sollte man für bewiesen glauben, sie seien, und mit ihnen wohl alle jene immunen Frauen, latent syphilitisch. Das leugnet FINGER. Die tertiären Symptome sind ihm, wie ja auch manchem vor ihm keine syphilitischen mehr. Sie seien unter anderen nicht kontagiös, nicht vererbbar, mit Reininfektionen verträglich, vom Jod als Spezifikum, vom Quecksilber schwer zu beeinflussen. Sie seien nicht direkte Folgen des Virus, sondern durch die Stoffwechselprodukte der Bakterien hervorgebracht. Dieser Ansicht FINGER's opponirt CASPARY entschieden. Gewiss zeigten die tertiären Formen und das ganze tertiäre Stadium eine eigenartige Modifikation gegenüber den früheren kontagiösen, erblich übertragbaren, immunisirenden Symptomen; aber sie ganz von ihnen zu isoliren, oder nur für die inmitten des condylomatösen Stadiums auftretenden die Mitwirkung des syphilitischen Virus zuzulassen, halte er für irrig, besonders aus zwei Gründen: Einmal wegen des gleichen anatomischen Baues von Sklerose, Papeln, Gummata, wie er von VIRCHOW, BAUMGARTEN, und anderen angenommen wird. Ferner: Oft genug widerständen tertiäre Formen dem Jodkali und wichen erst energischer Merkurialisirung. CASPARY habe in seinen Vorlesungen immer betont: wo und wie auch tertiäre Formen sich einstellten, und wie schnell auch Jodkali wirken möge, man dürfe sich nicht auf seine Hülfe allein verlassen. Immer müsse energische, protrahirte Wirkung des Merkurs zusammen mit der des Jods erzielt werden. So scheine ihm die letzte Konsequenz der Theorie FINGER's von vornherein unannehmbar. — Wenn eben von anderer Seite, auch aus theoretischem Calcul heraus, daran gedacht sei, Heilversuche bei Syphilis durch Injektion von Serum eines Immunen zu machen, so müsse man doch fragen, was dieses Serum einem fremden Organismus helfen solle, da es doch den eigenen nicht schütze. Gegenüber der Immunität nach akuten Krankheiten bestehe doch bei der Syphilis der seltsame Widerspruch, dass der Inficirte nicht mehr von aussen, sei es auf dem

gewöhnlichen Wege oder durch Injektion, ansteckbar sei, aber darum nicht immun vor dem eigenen Virus, wie die Recidive echt syphilitischer Natur zeigten. Und wenn man, besonders dank den Antimerkurialisten, wisse, dass die einzelnen Schübe spontan abzulaufen pflegten, und das den Toxinen zuschreibe, so sei deren Wirkung jedenfalls, keine nachhaltige, keine immunisirende.

Tuffier: Ueber Nierentuberkulose. (Arch. génér. de méd. 1892. — Centralbl. f. Chirurgie Nr. 7, 1893).

Die Nierentuberkulose zeigt sich in pathologisch-anatomischer Beziehung unter 2 Formen: 1. der miliaren Eruption; 2. der tuberkulösen Infiltration. Die erstere ist nur ein Zeichen einer allgemeinen tuberkulösen Infektion und hat keine chirurgische Bedeutung. Diese kommt nur der zweiten Form zu. Sie zeigt sich unter sehr verschiedenen Bildern, unter denen das häufigste die tuberkulöse Pyelonephritis ist; daneben wird auch eine zweite Form beobachtet: die knotenförmige Infiltration des Nierengewebes mit beträchtlicher Volumsvermehrung der Niere und Bildung von Kavernen, welche ausnahmsweise durch Verkalkung heilen können.

Ausserdem finden sich aber noch zwei andere Formen der Nierentuberkulose, welche in Folge einer obliterirenden Entzündung des Harnleiters zu Stande kommen, nämlich die tuberkulöse Hydronephrose und die massive Tuberkulose der Niere.

Die erste Form ist sehr selten. Verfasser schildert ausführlich einen solchen Fall. Die linke Niere war hier in einen hydronephrotischen Sack verwandelt, der eine klare Flüssigkeit enthielt, in der nur Tuberkelbacillen nachgewiesen werden konnten. Der zugehörige Harnleiter war vollständig obliterirt. Die rechte Niere enthielt tuberkulöse, erweichte Knoten, sämmtliche übrigen Organe waren dagegen vollständig frei von irgend einer Erkrankung.

Bei der «Tuberkulose massive du rein» ist das ganze Organ in eine gleichmässige feste Masse umgewandelt, die von einer feinen Kapsel umgeben ist. Auch hier ist der Harnleiter undurchgängig, das Organ nicht vergrössert, der Urin nicht eitrig, und so bleibt die Erkrankung ganz latent.

Die Veränderungen des Harnleiters spielen überhaupt bei der Nierentuberkulose eine wichtige Rolle, sind aber noch zu wenig bekannt. Entweder ist derselbe der Sitz von tuberkulösen Geschwüren mit Dilatation seiner Wandungen, wie in den meisten Fällen, und dann ist Pyurie das bemerkenswertheste Symptom; oder die tuberkulöse Entzündung führt zur Obliteration des Harnleiters, was eigentlich stets eine Volumsvermehrung der entsprechenden Niere zur Folge haben müsste. Das ist aber nicht immer der Fall. Die Hydronephrose kann wenig umfangreich sein, oder es kommt bei einem sehr langsamen Fortschreiten des Krankheitsprozesses zu der oben erwähnten festen Degeneration der Niere oder zu einem grossen Nierenabscess.

Was die klinischen Erscheinungen betrifft, so gibt es Fälle primärer Nierentuberkulose, welche zu einer vollständigen Zerstörung des Organs führt, ohne die Erkrankung jemals durch irgend welche Funktionsstörungen zu verrathen. Um so schwieriger ist dann die Diagnose.

Was die chirurgische Behandlung betrifft, so seien zwar, bemerkt Tuffier, die Resultate bei der Tuberkulose überhaupt nicht sehr glänzende, und die Nierenchirurgie mache hierin keine Ausnahme; indessen könne man doch wahre Heilungen während mehrerer Jahre erhalten, wenn man zwei Vorbedingungen erfülle, nur zu operiren: a) wenn die Erkrankung einseitig und b) wenn sie lokalisirt ist. Nur mitunter dürften schwere Begleitsymptome, z. B. Retention des Eiters in der Niere mit heftigen Koliken, bei verbreiteter Tuberkulose durch das Messer des Chirurgen beseitigt werden.

Tuffier verfügt über 82 operirte Fälle. In 25 davon führte er die Nephrotomie aus und hatte eine Mortalität von 47·8%, nur 2, d. h. 8%, wurden definitiv geheilt, bei den übrigen trat Recidiv mit Fistelbildung ein.

Viel ermuthigender seien die Resultate der Nephrektomie, besonders wenn man sie ausführen kann, ehe die Niere ganz zerstört ist. Unter 57 Nephrektomien führte Tuffier 11 Mal die Operation mit dem Bauchschnitt aus und hatte 36·3% Mortalität; 46 Mal mit dem Lendenschnitt und 28·2% Todesfälle. Unter 25 Operirten leben 8 1 Jahr ohne Recidiv, 10 3, 4 selbst 5 Jahre. 5 sind einige Monate nach der Operation an allgemeiner Tuberkulose zu Grunde gegangen. Leider sei die Tuberkulose der Nieren so sehr häufig doppelseitig. Unter 19 Todesfällen fand Tuffier 12 Mal auch die andere Niere ergriffen. Die Nephrektomie ist die Operation der Wahl, wenn die Einseitigkeit des Leidens feststeht; die Nephrotomie dient zur Entleerung des Eiters und ist ein Mittel zur Diagnose. Selbst eine sekundäre Nierenexstirpation kann angezeigt erscheinen, wenn die Gesundheit der anderen Niere nachträglich festgestellt ist.

Allen Starr und Charles Mc. Burney: Traumatische Hämorrhagie des Gehirns, Lähmung der rechten Körperhälfte, Trepanation, Heilung. (Deutsche mediz. Wochenschr. Nr. 8, 1893)

Ein 40jähriger Arzt wurde am 17. August 1889 mit dem Wagen umgeworfen; er war etwas betäubt, ohne äussere Verletzungen davon zu tragen, und konnte am Nachmittage noch einem Kranken eine subkutane Injektion appliciren. Am Abend trat Delirium ein, er wurde benommen und lag dann drei Tage in einem halb komatösen Zustande. Am Morgen nach dem Unfall war die ganze rechte Seite hemiplegisch, ausserdem bestand Aphasie. Nach einer Woche war das Bewusstsein ganz zurückgekehrt, aber es bestand rein motorische Aphasie; der Kranke verstand, was man ihm sagte und konnte lesen. In den gelähmten Extremitäten bestand ein Gefühl von Taubheit, dieselben waren für Druck und Schmerz sehr, für Kälte und Hitze weniger empfindlich. Im Dezember wurde er in das Roosevelt-Hospital aufgenommen, noch unfähig, irgend ein Wort hervorzubringen, nur die Vokale vermochte er hervorzustossen. Die rechte Hemiplegie war partiell, die Augen konnte er nach allen Richtungen bewegen, den Kopf nicht nach rechts. Die linke Pupille war um ein Drittel grösser als die rechte, beide reagirten normal. Gesicht nicht gelähmt, Zunge wurde gerade vorgestossen; Arm fast ganz gelähmt, nur noch eine leichte Abduktion der Schulter möglich, das Bein konnte in der Hüfte und im Knie etwas bewegt werden, die Hand war gebeugt und pronirt, das Bein gestreckt, beide waren rigide. Die tiefen Reflexe waren gesteigert. Sphincteren funktionirten normal. Es wurde eine Ruptur eines kleinen Gefässes in Folge des Falles angenommen, und zwar eine Vene wegen der langsamen Entwickelung der Erscheinungen. Als Lokalisation wurde die Oberfläche des Hirns über dem hinteren Theile der dritten Stirnwindung und dem mittleren Drittel der ersten Centralwindung angesehen. Die von Mc Burney ausgeführte Trepanation ergab ein unter der Pia über dem hinteren Theil der dritten Stirnwindung und der vorderen Centralwindung gelegenes Blutgerinnsel, ferner war die Fissura Rolandi mit einem solchen bis zum oberen Viertel ausgefüllt. Die Gerinnsel wurden entfernt. Nach drei Wochen war die Wunde vollständig geheilt. Schon am Abend des Operationstages konnte der Kranke «ja» und «nein» sagen. 15 Monate später konnte er ohne Stock gehen und jeden Gegenstand benennen, den man ihm zeigte, aber er vermochte noch nicht flüssig zu sprechen. Ueberhaupt schien es, als ob der Kranke nach der Operation eine neue Sprache zu lernen hätte. Die linke Hand blieb andauernd paretisch, flektirt und rigide.

Dr. Oppenheimer (Berlin): **Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhöe.** (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 40, 1892.

Nach Mackenzie verschlimmern sich bei vielen Frauen Nasenleiden zur Zeit der Menses, bei manchen treten dieselben regelmässig zu dieser Zeit auf, auch nimmt das Nasensekret in manchen Fällen während der Menstruation einen unangenehmen Geruch an, bei Ozaena wird der üble Geruch häufig hervortretender. Uebermässiger Geschlechtsgenuss, Masturbation rufen häufig Katarrhe der Nasenschleimhaut hervor oder verschlimmern bestehende Katarrhe.

Manche Nasenkatarrhe widerstehen der lokalen Behandlung und heilen erst mit der Beseitigung des Uterinal- oder Ovarialleidens.

OPPENHEIMER bringt 5 Fälle von Amenorrhöe bei an Schwellung des hinteren Endes der unteren Muschel leidenden Personen, welche nach operativer Entfernung desselben ihre Amenorrhöe, ohne weitere gynäkologische oder Allgemeinbehandlung, verloren. Bei der relativ geringen Anzahl beobachteter Fälle kann man hieraus keine bestimmten Schlüsse ziehen, doch lässt sich die Hypothese der Bedingung mancher Amenorrhöen als nasaler Reflexneurosen vasomotorischer Natur nicht ganz abweisen.

Dr. Reuter (Ems): **Beiträge zur Untersuchung des Geruchsinnes.** (Sonder-Abdruck aus der Zeitschrift f. klin. Medizin. Bd. XXII. H. 1 u. 2.)

Verfasser gelangt auf Grund eingehender experimenteller Studien zu folgender Schlussbemerkung:

Die Ursachen der nasalen Anosmie sind, wie wir sehen, sehr einfache. Dieselbe beruht meist auf mechanischen, durch die Rhinoskopie leicht nachzuweisenden Störungen. Uneingeschränkt gilt dies freilich nur von der respiratorischen Anosmie. Schwieriger zu diagnosticiren ist die essentielle Anomie. Da indessen die Regio olfactoria, kaum je primär erkrankt, so werden Fälle von essentieller Anosmie, bei denen ein pathologischer Prozess auf die Riechschleimhaut beschränkt bleibt, äusserst selten vorkommen und in solchen Fällen wird die Anamnese sowie der Charakter der Anosmie in der Regel eine sichere Diagnose ermöglichen.

Nicht zu verwundern ist es bei der Häufigkeit von Nasenerkrankungen, dass Anosmie, zumal in den äusseren Schädlichkeiten so vielfach ausgesetzten unteren Volksklassen ein überaus häufiges Vorkommniss ist. Von den 40 von mir untersuchten Individuen hatten nur 5 vollkommen normalen Geruch, während bei 2 sich normaler Geruch auf einer Seite fand.

Ein so oft vorkommendes Leiden genauer zu diagnosticiren, als wir es bislang zu thun gewohnt sind, ist schon an und für sich angezeigt. Wenn R. aber bemüht gewesen ist, die Technik der Olfactometrie und die Kenntniss der peripheren Anosmie ein wenig fördern zu helfen, so hat ihn doch auch noch eine andere Absicht geleitet.

Mit je grösserer Sicherheit wir nämlich im Stande sind, die Diagnose auf eine periphere Anosmie zu stellen bezw. diese auszuschliessen, desto zuverlässiger werden wir auch centrale Anosmien diagnosticiren können und hierin liegt der praktische Werth der Riechmessung. Denn nur die klinische Untersuchung am Lebenden gestattet die rechte Deutung für pathologische Befunde an der Leiche. Nun ist aber der Riechnerv ein Hirnnerv von hervorragender Bedeutung, der sowohl entwickelungsgeschichtlich als auch histologisch mit dem Opticus bezw. der Netzhaut in eine Linie zu stellen ist. Eine Untersuchungsmethode, die uns gestattet, funktionelle Störungen dieses Nerven während des Lebens genau zu bestimmen, deren Ergebniss nach dem Tode, worauf man bei Gehirnaffektionen in der Mehrzahl der Fälle mit einiger Wahrscheinlichkeit rechnen kann, durch die Sektion ergänzt wird, verspricht daher wichtige Aufklärungen bezüglich der Lokalisation in cerebro.

ZWAARDEMAKER hat bereits auf der III. holländischen Naturforscherversammlung in Utrecht einen bemerkenswerthen Vortrag über centrale Anosmie gehalten, während MEYNERT noch im Jahre 1869 sagen konnte: «Ich beschränke die Beschreibung auf einen Durchschnitt des Bulbus olf. Solche Unvollständigkeit ist aber für die Benützung gerade dieser geweblichen Kenntniss von weniger Bedeutung, weil nicht leicht dieses normal atrophische Gebiet zum Gegenstand pathologischer Untersuchung gewählt werden wird.» Seitdem haben sich zwar die Verhältnisse wesentlich geändert. Sowohl sind in der Histologie des Nerv. olfact. grosse Fortschritte gemacht worden, als auch hat sich das Interesse der Kliniker mehr den nervösen Anosmien zugewendet. Immer aber ist unsere anatomische Kenntniss des Riechcentrums noch eine so mangelhafte, dass man sich vor jeder zu weit gehenden Deutung hüten muss. REUTER unterlässt es daher auch, die beobachteten 5 Fälle von centraler Anosmie an dieser Stelle zu veröffentlichen. Wie die Verhältnisse liegen, muss man sich vorläufig darauf beschränken, gerade die bei Nerven- und Gehirnleiden sich findenden Geruchsstörungen genauer zu untersuchen, als es bis jetzt geschehen ist. Auf diese Weise wird ein werthvolles Beobachtungsmaterial gesammelt, für das die fortschreitende Forschung die rechte Deutung bringen wird.

Selbstmorde beim Militär. — (W. ROTH's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens 1891.)

LONGUET gibt eine vergleichende Statistik des Selbstmordes in den europäischen Heeren: Die grösste Zahl Selbstmorde hat das österreichische Heer 1875 bis 1887, durchschnittlich 122 auf 100.000 Mann. Zu diesen 12 geglückten kommen 40 missglückte Selbstmorde. Die Ziffer ist stetig gestiegen. Die Selbstmorde bilden 1/6 aller Todesfälle. Den zweiten Platz nimmt die deutsche Armee ein; 1878 bis 1888 sollen durchschnittlich 67, 1873 bis 1878 aber 61 und 1867 bis 1873 57 Selbstmorde neben 10 Selbstmordversuchen auf 100.000 Mann gekommen sein, Italien hatte 1874 bis 1879 je 40. Frankreich 1872 bis 1889 je 29 Selbstmorde auf 100.000 Mann (in Algier aber 63, also doppelt so viel), Belgien 1875 bis 1888 je 24, England im Innern 1882 bis 1888 je 23 (in Bengalen aber 48), Russland 1873 bis1889 je 20 und Spanien 1886 14 Selbstmorde auf 100.000 Mann. Die Mehrzahl der Selbstmorde kommen bei Rekruten vor, bei Unteroffizieren aber 3 Mal und bei Offizieren doppelt so viele als bei Soldaten. In 1/2 bis 3/4 aller Fälle wird die Schusswaffe gewählt, dann folgen Strick und Messer. In England kommt oft Halsabschneiden vor. In 1/6 bis 1/3 aller Fälle wird Geistesstörung angenommen. Der Selbstmord wirkt zuweilen ansteckend, nicht nur bezüglich des Vorkommens, sondern auch nach Todesart; in Paris bei den Invaliden wurde oft derselbe Nagel eines bestimmten Ganges zum Aufhängen und im Lager von Boulogne dasselbe Schilderhaus zum Erschiessen gewählt. Alkoholismus spielt beim Selbstmord eine geringe Rolle. Verfasser bespricht eingehend den Einfluss der Rasse, der Nationalität, des Klimas, der Jahreszeit u. s. w. Im militärischen Leben findet er an sich kein den Selbstmord begünstigendes Moment, im Gegentheil wirke die straffe Disciplin und die stete Betonung der Ehre bei manchem von Haus aus zum Selbstmord neigenden Rekruten bewahrend. Prophylaktisch empfiehlt Verfasser Erhöhung der Moral des Soldaten durch wohlwollende Einwirkung der Vorgesetzten, Beispiel, steten Hinweis auf die Pflicht und auf den Patriotismus, strenge Kontrolle der scharfen Munition, Begünstigung der Verheirathung der Unteroffizire, strenge Beaufsichtigung derselben in Bezug auf Kassenwesen und Verwaltungsangelegenheiten. Die Ablieferung der Selbsmörderleichen auf die Anatomie billigt Verfasser nicht, dagegen die Verweigerung der militärischen Ehren.

Dr. F. Reich: Giftwirkung des Lysolum purum. — (Oels. Therapeutische Monatshefte Dezember 1892).

Dr. H. Potjan (Wermelskirchen): **Ist Lysol giftig?**

REICH beschreibt eine schwere Vergiftung mit Lysol, die an einem 23 Jahre alten etwas schwächlich gebauten Knecht beobachtet wurde, dem wegen Krätze etwa 20 *gr* reinen Lysols aufgepinselt wurden. Während der Einpinselung klagte Patient über heftige Schmerzen, unmittelbar darauf fiel er um, wurde bewusstlos und bekam allgemeine Krämpfe, die erst nach etwa drei Viertel Stunden aufhörten. Nach Entfernung des Lysols hing die Oberhaut an den gepinselten Stellen in Fetzen herunter. Der Urin enthielt kein Blut und keine Cylinder, dagegen Eiweiss in mässigen Mengen, welches nach zwei Tagen wieder verschwand. Ein Kausal-Zusammenhang zwischen den Krämpfen und der Lysolwirkung ist unzweifelhaft, da Patient weder vorher noch nachher an Krämpfen litt.

Im Gegensatz dazu berichtet POTJAN, dass eine Frau einen Theelöffel also etwa 2—3 *gr* Lysol eingenommen und abgesehen von einem leichten Brennen im Halse keine unangenehme Erscheinungen erlebt habe.

Standesfragen und Korrespondenz.

Militärisches Aufgebot im Kampfe gegen Epidemieen.

Ein Vorschlag.

Non ille pro caris amicis aut patria timidus perire (Horatius.)

Jede Uebergangsepoche kennzeichnet sich durch die Fluktuation divergirender Anschauungen, das Auftauchen neuer «Fragen» und den heftigen Widerstand festgewurzelter Meinungen und Gewohnheiten gegen ein um Geltung ringendes Prinzip.

Denn obschon die Tendenz zum Fortschritte der Menschennatur immanent ist, so macht sich auch der konservative Zug zur Genüge geltend. Man klammert sich an das Althergebrachte, das «ewig gestrige», wenn der Umschwung in der öffentlichen Ueberzeugung sich bereits vollzogen hat. Man ehrt das Prinzip und verwahrt sich gegen die Schlussfolgerungen, die logisch aus demselben sich ergeben.

Was nun den letzten Dezennien unseres zur Neige gehenden Jahrhunderts die Signatur gibt, wodurch diese Zeit vom Hintergrunde des historischen Verlaufes als bedeutende Epoche sich abhebt, das ist nicht eine neue fundamentale Wahrheit, die erst jetzt in dem Gesichtskreise des Denkens sich zeigt, sondern die Geltendmachung einer schon anerkannten: die entschiedene Betonung des Werthes der Individualität, wie dies mit gleichem Ernste und gleicher Nachdrücklichkeit nie zuvor geschah. Es genügt heutzutage nicht mehr, es akademisch auszusprechen, dass die Prosperität oder das Scheitern des Individuums Gewinn oder Verlust der Gesammtheit sei, noch weniger kann man den Einzelnen — nach der Art Hegel's — damit vertrösten, dass er zumindest das Glück habe, ein Steinchen im herrlichen Baue des Staates zu sein: sondern als unabweisbares Postulat der Zeit wird es hingestellt, der erkannnten Wechselwirkung zwischen sämmtlichen Gliedern der Gesellschaft bei allen Institutionen und Massnahmen Rechnung zu tragen und an die Gegenseitigkeit der Pflichten zu denken. In erster Linie gilt dies von den hygienischen Einrichtungen. Im Interesse der öffentlichen Sanität könnte und sollte der Staat den weitestgehenden Anforderungen entsprechen, und derjenige Staat verfährt wahrlich sehr ökonomisch der zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit die grössten materiellen Opfer bringt. «Das werthvollste Kapital des Staates ist der Mensch», lautet das schöne Fürstenwort.

Indem die meisten Länder Europas während eines verhältnissmässig kurzen Zeitraumes zwei Mal von der Influenza und im Vorjahre von der Cholera heimgesucht wurden, ist die Frage, wie der Kampf gegen die Epidemien mit grösserer Aussicht auf Erfolg wie bisher geführt werden könnte, auf der Tagesordnung geblieben. Die in diesen Tagen in Dresden stattfindende Konferenz — zu der alle Staaten ärztliche Vertreter entsenden und an welcher Hofrath Dr. Kusy als Delegirter Oesterreichs theilnimmt — ist berufen dieser ernsten Frage ihre Aufmerksamkeit zuwenden.

Unseres Erachtens kann bei der Methode, wie die Hilfsaktion zur Zeit des Ausbruches einer Epidemie organisirt ist und mit den Kräften, die gewöhnlich zur Bekämpfung der verheerenden Krankheit aufgeboten werden, der angestrebte Zweck kaum zum Theile erreicht werden. Ausserordentliche Fälle erheischen aussergewöhnliche Mittel zur Abwehr.

Es soll ja nicht in Abrede gestellt werden, dass die öffentliche Verwaltung ihre Aufgabe, die Einschleppung, beziehungsweise Ausbreitung einer Seuche zu verhüten, strenge auffasst; auch zeigt das Publkum für die durch den Ernst der Situation gebotenen Massnahmen volles Verständniss. Mit grosser Befriedigung muss es ferner konstatirt werden, dass gegenwärtig der betroffene Staat nicht mehr isolirt in seiner Vertheidigung gegen die Volksseuche vorgeht, sondern durch internationale Verfügungen Kontrole und Abwehr erleichtert wirden. Diesem Umstande ist es gewiss zum Theile zu verdanken, dass Wien im Vorjahre von der Epidemie verschont blieb und die — trotz aller Umsicht eingeschleppte Krankheit in 2—3 Fällen sich erschöpfte. Hoffen wir, dass die jetzigen ganz befriedigenden Sanitätsverhältnisse auch in der herannahenden wärmeren Jahreszeit fortdauern werden. Immerhin wäre es eine verhängnissvolle Selbsttäuschung nicht ebenso gut mit der Möglichkeit des Wiedererscheinens des finsteren asiatischen Gastes zu rechnen, zumal wir erfahren, dass an den Orten, wo die Cholera während ihres letzten Auftretens die meisten Opfer forderte — oder in der Nähe dieser heimgesuchten Punkte — vor Kurzem neue Erkrankungen mit den Merkmalen der Cholera asiatica vorkamen. Es glimmt der Funke unter der Asche fort und braucht vielleicht nur eine Gelegenheitsursache, um wieder zur zerstörenden Flamme angefacht zu werden.

Wie sind wir nun für den Fall des Auftretens einer Epidemie gerüstet?

Der Status der Civilärzte Wiens kann — in Ansehung der Bevölkerungszahl — mit dem anderer Weltstädte wohl sich messen. Die Grosskommune, als solche, verfügt nebst ihren ständigen ärztlichen Funktionären über ein Hilfspersonal, das direkt für die Dauer einer Epidemie engagirt wird. Ueberdies stellt die «freiwillige Rettungsgesellschaft» ein ansehnliches Contingent von Aerzten and anderen Kräften bei. Dieses treffliche Hilfskorps wird nun die ihm zufallende Aufgabe gewiss bewältigen — solange die Morbiditätsverhältnisse nicht dem Extreme sich nähern. Wir müssen jedoch den Thatsachen ins Gesicht sehen und auch mit jenen Ziffern rechnen, welche die Morbidität und Mortalität aufweist, wenn die Seuche ihren Culminationspunkt erreicht. Denken wir nur an Hamburg, wo die Epidemie wochenlang mit elementarer Gewalt wüthete — wozu vielleicht die lokalen Verhältnisse ein begünstigendes Moment boten. Es ist nun mehr als fraglich, ob in einem solchen äussersten Falle die Aerzte und das sonstige Sanitätspersonal den exorbitanten Ansprüchen, die an ihre Kraft gestellt werden, genügen können. Ebenso werden die Hospitäler und die für die Krankenaufnahme provisorisch eingerichteten Ubicationen, inbegriffen die Pavillons der «Rettungsgesellschaft» im äussersten Bedarfsfalle schwerlich ausreichen.

Indem wir nun zu unserem Ausgangspunkte zurückkehrend, nochmals darauf hinweisen, dass der Staat bei der Rettung jeder Einzelexistenz sich selbst vertheidigt, dass einerseits alle Staatsangehörigen das Recht haben, die ausgiebigste Hilfeleistung zur Zeit der Epidemie zu beanspruchen und es andererseits Pflicht und Ehrensache des Staates ist, die nothwendige Hilfe mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln zu gewähren, möchten wir uns erlauben, die Aufmerksamkeit der internationalen Sanitäts-Konferenz auf Folgendes zu lenken:

In seinen erfahrenen Militärärzten, in der ausgezeichnet geschulten Sanitätstruppe besitzt der Staat ein Kapital an Hilfskräften, das während einer Epidemie dem Interesse der Humanität dienstbar gemacht werden sollte. Wie man die Armee in der Stunde der Gefahr gegen den äusseren Feind mobilisirt, so müsste man gegen die Epidemieen, diese verhängnissvollen Feinde des Menschengeschlechtes, die Heilsarmee — im edelsten Sinne des Wortes — in Bewegung setzen. Indem **bereits disponible** Kräfte, reichlich vorhandenes Material und die gerade für Ausnahmsverhältnisse berechneten Transportmittel herangezogen werden würden, um den Kampf gegen die Epidemien zu führen, könnte man der grössten Kalamität vorbeugen und eine ausgebrochene Krankheit im Keime unterdrücken. Die mit aller Sorgfalt und nach modernen wissenschaftlichen Grundsätzen eingerichteten Militärspitäler und Lazarethe könnten Tausenden von Kranken

Aufnahme gewähren, die sonst in den mit aller Eile errichteten Baraken oder in unzweckmässig gewählten und situirten Räumlichkeiten zusammengepfropft liegen. Und dies Alles wäre ohne nennenswerthe Mehrauslagen erreichbar, während die Gemeinden, trotz der enormen Belastung ihres Budgets, zu welcher sie die unabweisbare Pflicht nöthigt, mit den immerhin bescheidenen Mitteln nicht im entferntesten ähnliche Resultate zu erzielen vermögen. Der Staat wäre aber auch in der Lage, die Kosten einer solchen Aktion genau zu berechnen und für diesen humanen Zweck ein ziffermässig leicht festzustellendes Extraordinarium in sein Präliminare aufzunehmen, welches gewiss jede Vertretung gerne bewilligen würde.

In den europäischen Staaten bildet die bewaffnete Macht sozusagen das Rückgrat der Gesellschaft. Man mag es beklagen, dass die von den Friedensaposteln herbeigesehnte Zeit, in der die Schwerter in Sensen umgewandelt werden sollen, noch in weiter Ferne steht; man mag es im Interesse der Menschenwürde bedauern, dass gegen die die Gesellschaft bedrohenden subversiven Tendenzen als ultima ratio noch immer bleierne Argumente in Bereitschaft gehalten werden müssen; Thatsache bleibt es, dass der Militarismus ein unentbehrliches Element für den Bestand der Staaten ist und dass die Angehörigen des Militärstandes öfter als die irgend eines anderen berufen sind, Heldensinn, Selbstverleugnung und Aufopferungsfähigkeit zu bekunden. Das Militär würde sich aber einen frischen Lorbeer in seinen Ruhmeskranz an dem Tage winden, wo es die bedrängten Bürger vor den Schrecken decimirender Seuchen schützen würde. *Dr. Eduard Schiff.*

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

(Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Das Schisma im Vereinsleben Berlins. — Aerztevereinsbund und Verband der Standesvereine. Krankenkassen-Novelle. Reichsseuchengesetz und die Stellung der Aerzte. — Preussische Medizinalreform. — Zulassung der Frauen zum Studium der Medizin.

Berlin, Ende Februar 1893.

Die Prognose, welche wir in unserem letzten Briefe betreffs der vereinsärztlichen Verhältnisse in Berlin gestellt haben, hat sich bestätigt. Die wiederholten Verhandlungen der im Central-Ausschuss vertretenen Bezirksvereins-Vorstände mit den ausserhalb stehenden Vereinen haben, wie zu erwarten, zu einer Einigung nicht geführt. Vielmehr ist eine weitere Spaltung eingetreten, indem zwei Bezirks-Vereine aus dem Central-Ausschuss ausgetreten sind, um sich der dissentirenden Gruppe anzuschliessen, unter der Firma eines Berliner Aerzte-Vereinsbundes. Der Central-Ausschuss der ärztlichen Bezirks-Vereine, der immerhin eine autoritative Stellung in sozialärztlichen Dingen eingenommen hat, ist ein Torso geworden. Diese Thatsache, scheinbar beklagenswerth, ist weder überraschend noch wundersam. Fest und geschickt vorbereitet wie sie war, waren alle Ausgleichsversuche von der anderen Seite von vorneherein aussichtslos, ein Schisma war unvermeidlich. Und die causa movens dieses Schisma? Die Ballottementfrage!

Den Hintergrund dieser Frage haben wir früher bereits beleuchtet. Er zeigt unter Anderem, verschleiert zwar, aber erkennbar genug, eine unheimliche Gestalt, welche an die Pforten der Aerzteschaft, der geborenen Stätte wahren Menschenthums, sich hervorwagt, hoffentlich ohne weiteren Einlass zu finden. Denn wir bilden uns ein, dass, wenn irgend eine ethische Gesellschaft sich zur Hüterin wahrer Humanität aufwerfen wollte, keine es zuvorthun dürfte der Gesellschaft der Aerzte. Oder sind wir nicht durch Erziehung und Beruf, durch die Poesie und Prosa des Lebens mit all' seinen Irr- und Wirrsalen, mehr als alle anderen Menschenkinder zur Bethätigung wahrer Humanität, zu unbefangener Beurtheilung der Dinge und Menschen berufen? —

Gegenüber dem Aerzte-Vereinsbund hat der Torso-Central-Ausschuss nunmehr sich reorganisirt und seinen Gliedern folgende gemeinsame Bestimmungen zu Grunde gelegt: Die Vereine führen den Namen «Aerztliche Standes-Vereine» mit Hinzusetzung einer örtlichen Bezeichnung; die Vereinigung der Standes-Vereine nennt sich: «Verband der Berliner ärztlichen Standes-Vereine», der Geschäftsausschuss, «Geschäftsausschuss der Berliner ärztlichen Standesvereine (G.-A.)». Als Zwecke der Standes-Vereine gelten die sittliche und wirthschaftliche Hebung des Standes, die Förderung der Kollegialität, die Abwehr von Uebergriffen gegen die Interessen des Standes, endlich die Förderung der Sanitätsverhältnisse des Bezirkes. Als Mitglieder sind in die Standes-Vereine aufzunehmen alle unbescholtenen Aerzte, die das Wahlrecht der Aerztekammer besitzen, die Heilkunde nach den Grundsätzen der wissenschaftlichen Medizin ausüben und sich einem Ehrenrath unterwerfen, der Verstösse gegen die ethischen und wirthschaftlichen Interessen des Standes vor sein Forum zieht; die Vereine senden drei Mitglieder, von denen eines der Vorsitzende ist, als Delegirte in den G.-A.; die Vereine senden je ein Mitglied ihres Ehrenrathes, bezw. einen Stellvertreter, als Delegirten zum gemeinsamen Ehrenrath.

Bei der hohen Wichtigkeit dieser Umbildung ist vielleicht die Mittheilung des uns vorliegenden Aufrufes auch für ihre Leser von Interesse. Dieselbe lautet:

Kollegen!

Der Mangel eines innigen Zusammenschlusses der Aerzte zur Hochhaltung der Ziele, die in unserem Berufe die Pflicht gegen die Allgemeinheit wie gegen uns selbst gebieterisch erheischt, und das Fehlen einer festen Solidarität zur Verhinderung eines wirthschaftlichen Niederganges, der uns täglich mehr und mehr bedroht und der namentlich in Berlin sich fühlbar macht, haben das Bedürfniss wachgerufen, eine Vereinigung aller Kollegen herbeizuführen, welchen die ethischen und wirthschaftlichen Interessen unseres Berufes am Herzen liegen.

Jeder von uns ist berufen, mitzuarbeiten an der Hebung des Ansehens unseres Standes; gegenseitige Selbstachtung und Anerkennung sind die Grundbedingungen, um zu verhüten, dass unsere Würde von Anderen herabgesetzt werde. Jeder ist aber auch verpflichtet das Seinige zu thun, damit nicht durch unwürdige Ausnutzung unsere materielle Wohlfahrt in Frage gestellt werde. Erst die Verbesserung und Regelung der sozialen Stellung der Aerzte kann die volle Gewähr geben für die wirksame Durchführung der idealen Bestrebungen, die untrennbar mit unserem Berufe verknüpft sind.

Zur Erkenntniss gekommen, dass die bisherige Form des Zusammenschlusses der Berliner Aerzte in kollegialen Vereinen und ihre Vertretung durch den Centralausschuss derselben nicht ausreicht, um ein thatkräftiges und wirkungsvolles Vorgehen zu ermöglichen, durchdrungen aber von der Ueberzeugung, dass wir die Macht, unsere auf Besserung der wirthschaftlichen Verhältnisse gerichteten Bemühungen geltend zu machen, mit dem Augenblick besitzen werden, wo es gelingt, die grosse Mehrheit der Aerzte Berlins und der Vororte zu einen, fordern wir alle Kollegen auf, der von uns geplanten Organisation beizutreten. Die Theilnahme an derselben soll keinem unbescholtenen Kollegen verwehrt sein, wie sie andererseits die Zugehörigkeit zu kollegialen und geselligen Verbindungen nicht berührt.

Auf dem Boden der oben betonten Grundsätze haben die kollegialen Vereine der Königstadt, der Friedrichstadt, der Luisenstadt, der Rosenthaler und Schönhauser Vorstadt, sowie die Aerztevereine West und Südwest ihre Umwandlung in Standes-Vereine beschlossen und werden jeden unbescholtenen Arzt aufnehmen, der

1. das Wahlrecht zur Aerztekammer besitzt,
2. die Heilkunde nach den Grundsätzen der wissenschaftlichen Medizin ausübt,
3. einen auch über die wirthschaftlichen Interessen wachenden Ehrenrath anerkennt.

Die mit uns übereinstimmenden Kollegen bitten wir, diesen Vereinen beizutreten oder in den Stadttheilen, wo gleichartige Vereinigungen nicht vorhanden sind, solche zu gründen. Die Unterzeichneten sind gern bereit Beitrittserklärungen entgegen zu nehmen und zur Gründung neuer Vereine mit Rath und That zur Seite zu stehen.

Je grösser unsere Anzahl sein wird, um so thatkräftiger werden wir in allen die Aerzte bewegenden Fragen vorgehen können, um so bedeutungsvoller wird die Anerkennung sein, die wir in den massgebenden Kreisen zu erwarten haben. Man macht uns so oft den Vorwurf, dass gegenseitige Nichtachtung und Unterschätzung, dass kleinliche Zerwürfnisse und Sonderbestrebungen die Förderung unserer Angelegenheiten stören. Zeigen wir, dass dem nicht so ist, dass wir im Stande und bereit sind **uns zusammen zu schaaren zu gemeinsamer ernster Arbeit, die nicht nur uns, sondern auch der Allgemeinheit zum Vortheil gereichen wird!**

Hiermit wäre die Vereinsbewegung respektive Reformbewegung einstweilen zum Abschluss gekommen. Sicherlich, wenn auch nicht zur Befriedigung beider Parteien, so doch dem Ruhebedürfniss beider vorläufig entsprechend. Denn Ruhe und Sammlung thut jetzt Allen noth, Angesichts der bevorstehenden wichtigen essentiellen Standesfragen.

Auf rein wirthschaftlichem Gebiete steht im Vordergrunde die Erweiterung des Krankenkassengesetzes (Krankenkassen-Novelle), welche mit ihrem erweiterten Segen auf Kosten der Aerzte seit dem 1. Jänner in Kraft getreten ist. Es werden dadurch für die Kassenorganisationen Aenderungen geschaffen. Bei der einen Kassenart, bei den freien Hilfskassen, tritt diese Umgestaltung deshalb stärker in die Erscheinung als bei den andern, weil sie die behördliche Bestätigung erhalten müssen, dass sie ihre Einrichtungen den gesetzlichen Bestimmungen gemäss getroffen haben und demnach als freie Hilfskassen im Sinne des Gesetzes anzusehen sind. Sodann bringt das neue Gesetz eine Fülle von Verbesserungen für die Versicherten, darunter vornehmlich eine ganze Anzahl von Erhöhungen der Leistungen der Krankenkassen. Diese Erhöhungen sind theils obligatorischer, theils fakultativer Natur. Unter den ersteren erwähnen wir nur die Bestimmung, dass vom 1. Jänner n. J. ab die Krankenunterstützung im Falle der Erwerbsunfähigkeit erst mit dem Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges endet, soweit die Erhöhung des Sterbegeldes und die Erweiterung der Wöchnerinnenunterstützung, unter den letzteren die Vorschrift über Beseitigung der Karrenzzeit, Gewährung des Krankengeldes an Sonn- und Festtagen und Rekonvaleszentenfürsorge. Schliesslich aber hat das neue Gesetz auch den Kreis der Versicherten erweitert und diesem Punkte wird vom Standpunkte der Allgemeinheit aus die grösste Aufmerksamkeit zugewendet werden müssen. Vom 1. Jänner 1893 ab ist der Versicherungszwang ausgedehnt auch auf die Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn in **Binnenschifffahrs- und Baggereibetrieben**, im **Handelsgewerbe** oder in dem **Geschäftsbetriebe der Anwälte, Notare** und **Gerichtsvollzieher**, der **Krankenkassen, Berufsgenossenschaften** und **Versicherungsanstalten** beschäftigt sind, sofern nicht die Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes, oder im Voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist. Allerdings unterliegen die Handlungsgehilfen und Lehrlinge der Versicherungspflicht nur, sofern sie nicht auf 6wöchige Kündigung angestellt sind. Auch die noch nicht versicherten Personen im Post und Telegraphenbetriebe sowie in den Betrieben der Marine- und Heeresverwaltungen werden vom Anfang nächsten Jahres versicherungspflichtig. Ausserdem sind die Gemeinden ermächtigt worden, die Versicherungspflicht auch auf in Kommunalbetrieben wie im Kommunaldienst beschäftigte Personen, auf Familienangehörige eines Betriebsunternehmers, deren Beschäftigung in dem Betriebe nicht auf Grund eines Arbeitsvertrages stattfindet, auf die nach den vorherigen Bestimmungen nicht versicherungspflichtigen Handlungsgehilfen und Lehrlinge sowie auf die Betriebsbeamten zu erstrecken. Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehilfen und Lehrlinge sowie die bei den Anwälten, Notaren u. s. w. beschäftigten Personen unterliegen der Versicherungspflicht jedoch nur, wenn sie ein 2000 Mark nicht übersteigendes Jahresgehalt beziehen.

Ferner hat der soeben veröffentlichte Entwurf des Reichsseuchengesetzes die Aerzte von Neuem zu beschäftigen, zumal bei demselben die Aerzte wiederum an den bekannten Segen von Oben erinnert werden. Auf unsere billigen Forderungen, wie wir sie früher aus den Verhandlungen des deutschen Aerztetages vom Jahre 1883 wiedergegeben haben, ist wenig Rücksicht genommen: Stellung der Aerzte zu den Physikern, Anzeigepflicht und Kurpfuscherthum, Sorge für die Relikten der im Dienste der Epidemie erwerbsunfähig oder gestorbenen Kollegen. Wir werden über diese Punkte des Weiteren berichten. — Die Choleraphobie wird die ganze Angelegenheit in ein schnelleres Tempo bringen, da unsere Medizinal-Verwaltung an Unzulänglichkeiten leidet, welche einer schnellen Abhilfe bedürfen.

Von Alters her galt für die vornehmste Aufgabe der Medizinal-Verwaltung die Ausübung der Medizinalpolizei; ihre Leitung und Ueberwachung war an erster Stelle das Arbeitsgebiet der beamteten Aerzte, insbesondere der Kreisphysiker. Jetzt hingegen lässt man den Kreisphysiker ganz hintenan stehen. Man meint besser seinen Zweck erreichen zu können, wenn man einerseits die Hilfe der Lehrer, Geistlichen und Gensdarmen, andererseits diejenige des Militär-Sanitätskorps in Anspruch nimmt. Erstere sollen bei der Ausmittelung der vereinzelt vorkommenden choleraverdächtigen Fälle auf dem flachen Lande mitwirken, und die Militärärzte sollen neben den Aerzten an den hygienischen Universitäts-Anstalten dazu berufen sein, im einzelnen Falle die wichtige bakteriologische Untersuchung von Cholera-Materialien durchzuführen. Schon der Umstand an sich, dass nur die hygienischen Universitäts-Anstalten und die militärischen Sanitätsämter ausschliesslich mit der bakteriologischen Prüfung von Choleradejektionen betraut werden sollen, zeigt deutlich, dass die preussische Medizinal-Verwaltung nach Ansicht ihrer Leiter den Anforderungen, welche man an sie stellen muss, nicht gewachsen ist. Die bakteriologische Technik, auf welche es dabei ankommt, ist nicht so schwer, dass sie von unseren Medizinalbeamten nicht in kurzer Frist zu erlernen wäre. Hat sie doch das ärztliche Personal der Krankenhäuser in den grösseren Städten, z. B. in Berlin bei Beginn der Verschleppung der Cholera von Hamburg unbeschadet des täglichen Dienstes sich in einer kurzen Spanne Zeit zu eigen gemacht. Aelteren Physikern, denen vielleicht die Einübung zu schwer fiele, könnten gut jüngere *Hilfskräfte* (an jüngeren, nicht hinreichend beschäftigten Aerzten ist in Preussen kein Mangel) zur Seite gestellt werden. Ueberhaupt muss bei der gegenwärtigen Lage der Dinge noch eindringlicher als es bisher schon mehrfach geschehen ist, die Forderung gestellt werden, dass man **Cholera-Kurse für praktische Civil-Aerzte** an den Hygiene-Anstalten der Universität einrichte.

Solche Kurse würden Theilnehmer genug haben, so dass unserer Medizinal-Verwaltung ausreichend geschulte bakteriologische Aerzte in genügender Zahl für den Nothfall zur Verfügung ständen. Erst an einem anderen Orte, in Berlin, in einer anderen Universitätsstadt oder am Sitze eines General-Kommandos, wie es jetzt verlangt wird, die Entscheidung einzuholen, ob Cholera vorliegt oder nicht, ist misslich. Es verstreicht darüber kostbare Zeit. Dazu kommt noch, dass auch die Energie des Handelns erfahrungsgemäss dadurch bei dem Arzte abgeschwächt wird, dass er von anderer Stelle erst die Direktive erhält. Am thatkräftigsten tritt man, wie bekannt, wie sonst auch in ärztlichen Dingen immer dann ein, wenn einem allein die Prüfung des Falles in ihrer ganzen Ausdehnung und auch die gesammte Verantwortung dafür obliegt. Zu erwägen ist auch, dass es für das Ansehen des beamteten Arztes bei den Laien sicherlich nicht zuträglich ist, wenn er in so wichtigen Dingen wie einer Cholera-Diagnose eingestandener Massen erst die Hilfe anderer Fachgenossen unbedingt nöthig hat. Noch mehr aber schädigt das Ansehen des ärztlichen Standes in Deutschland die jetzige Gepflogenheit, in dringlichen Fällen alsbald die Hilfe des Militär-Sanitätskorps zu Hilfe zu nehmen. Wer die Entwickelung der wissenschaftlichen Medizin während des letzten Jahrzehnts genauer kennt, dem ist das nicht verwunderlich. Es sind lediglich äussere Umstände, aus denen die in Rede stehenden Verhältnisse sich entwickelt haben.

Wie bekannt, steht jetzt im Vordergrunde des Interesses bei den Medizinern die Bakterienkunde, welche Robert KOCH durch die Verbesserung der Methoden auf einen neuen Boden gestellt hat. Als KOCH bei seiner Berufung von Wollstein in das Reichs-Gesundheitsamt hier seine bakteriologischen Studien unter den günstigeren Verhältnissen, die das Laboratorium des Gesundheits-

amtes darbot, aufnahm, erhielt er als Hilfskräfte Militärärzte zugewiesen, durch welche man die Hilfsarbeiterstellen beim Gesundheitsamte zu einem Theile zu besetzen pflegt.

Militärärzte waren daher mit die ersten, die mit den KOCH'schen Methoden vertraut wurden. Seither ist die Militär-Medizinal-Verwaltung beständig darauf bedacht gewesen, den Studirenden ihrer Bildungsanstalten und den Militärärzten jeden Ranges die Gelegenheit zur Ausbildung in der Bakterienkunde durch Sonderkurse zu geben, so dass bei den Militärärzten bakteriologische Kenntnisse ziemlich allgemein verbreitet sind. Durchaus falsch wäre es, wollte man diese zufälligen Umstände dazu benutzen, eine Neuordnung der Medizinal-Verwaltung in Preussen noch hintanzuhalten. Dass eine Reform überaus dringlich ist, wird von jedem, der die Dinge kennt, gefordert, am lautesten neuerdings von den Medizinalbeamten selbst, die am meisten interessirt sind, in ihrem Organe, der «Zeitschr. f. Medizinalbeamte», in denen einzelne von ihnen über die Missstände berichten, welche aus ihrer jetzigen Stellung als blosse Berather der Landräthe sich herschreiben und schildern, wie sie lediglich nur aus eigener Initiative und zum Theile ganz auf eigene Verantwortung die nothwendigsten Vorkehrungen bei der drohenden Choleragefahr treffen konnten.

In den letzten Tagen endlich sind im Parlamente bei Gelegenheit des Kultusetats zwei wichtige Fragen berührt worden; die Medizinalreform in Preussen und die Frage der Zulassung der Frauen zum Studium der Medizin. Die Durchführung der Medizinalreform scheiterte bisher an dem leidigen Geldpunkte; sie wird, wie der Kultusminister BOSSE in Uebereinstimmung mit seinen zahlreichen Vorgängern zu erklären genöthigt war, auch ferner daran scheitern, es sei denn, dass die Finanzlage des Staates eine ganz besonders durchgreifende Besserung erführe. Im Uebrigen hob der Minister für die Medizinalangelegenheiten hervor, dass trotz der ungenügenden Besoldungsverhältnisse der Zudrang der Aerzte zu jeder erledigten Physikatsstelle ein ganz enormer sei. —

Die Frauenfrage, eine Reichsangelegenheit, ist zwar vertagt, wird aber eben deshalb von den Aerztekreisen sehr bald behandelt werden müssen, damit wir noch rechtzeitig zu Worte kommen. Hiermit schliessen wir unsere heutige Blumenlese. *K.*

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) In der am 10. d. M. unter dem Vorsitze Dr. Hofmann's abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte demonstrirte Dozent Dr. v. Eiselsberg einen 15jährigen Knaben mit Hyperplasie der rechten Mamma, worauf Dr. Gleich über ein neues Sterilisationsverfahren berichtete. Dr. Frank stellt hierauf einen Patienten vor, welchem wegen häufig recidivirenden Chondrom der rechte Arm sammt der Scapula mit gutem Erfolge exstirpirt wurde. Prof. Lorenz demonstrirt hierauf einen geheilten Fall von congenitaler Hüftgelenksluxation, welchen er nach seiner eigenen Methode operirt hatte und die in Reduktion des nach oben luxirten Kopfes an den Pfannenort und Reposition desselben in die vorher künstlich vertiefte Pfanne besteht. Bei dem vorgestellten Falle wurde das Luxationsfieber fast gänzlich beseitigt. Vortragender behält es sich für später vor, über die Pathologie und Therapie der congenitalen Hüftgelenksluxation noch ausführlicher zu berichten. — Dozent Dr. Zuckerkandl demonstrirt mehrere von Dr. Nitze konstruirte Cystoskope, welche viel praktischer sind als die bis jetzt nach Leiter angefertigten Instrumente. Vortragender zeigt ferner ein sehr praktisches Irrigationscystoskop, einen Apparat zur Aufnahme von Photographien der Blase, sowie einige durch denselben gewonnene Bilder. Dr. Wintersteiner stellt zwei seltene Fälle von Katarakten aus der Klinik Hofr. Stellwags vor. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung erscheint in der nächsten Nummer.

(Vom Obersten Sanitätsrathe.) In den Sitzungen des k. k. Obersten Sanitätsrathes vom 18. Februar und 4. März d. J. gelangten nachstehende Angelegenheiten zur Berathung und Begutachtung. — 1. Rekurse in Angelegenheit einer Betriebsanlage für eine Schafwollfärberei. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer.) 2. Ein Ansuchen um die Bewilligung zur Errichtung einer Familiengruft auf einem Privatbesitze. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. A. Weichselbaum.) 3. Anträge, betreffend die zu Leichenüberführungen bestimmten Doppelsärge. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. A. Weichselbaum.) 4. Die Verwendung von Lysollösungen und der Kalkmilch zu Desinfektionszwecken im Eisenbahnverkehr. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. M. Gruber.) 5. Anträge über das bei der Desinfektion von Eisenbahnwaggons III. Klasse einzuhaltende Verfahren. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. M. Gruber.) 6. Aeusserung über die zum Zwecke einer wirksamen Desinfektion von Dejekten nothwendige Konstruktion der Closets in Eisenbahnwägen. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. A. Weichselbaum.) 7. Gutachten über den Vertrieb mehrerer aus dem Auslande eingeführter Arzneizubereitungen. (Referent: O. S. R. Hofrath Prof. Dr. A. Vogl.)

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Dr. Bernhard Wölfler, kais. Rath und Verwalter des Rothschild-Spitals in Wien, feierte am 28. v. M. sein 50jähriges Doktor-Jubiläum. Das Wiener medizinische Doktoren-Kollegium überreichte dem Jubilar aus diesem Anlasse eine künstlerisch ausgestattete Adresse. — Der Afrikaforscher Dr. Holub erhielt vom Herzoge von Sachsen-Meiningen das Verdienstkreuz für Kunst und Wissenschaft; von dem Fürsten Waldek-Pyrmont das Ritterkreuz des Verdienstordens und vom Schah von Persien den Sonnen- und Löwenorden III. Klasse.

(Samariter-Kongress.) Am 1. März fand im Saale des Hotel Bristol die konstituirende Versammlung des Organisations-Ausschusses des I. internationalen Samariter-Kongresses, welcher in Wien im Juli 1893 tagen wird, statt. Hiebei wurden gewählt: zum Präsidenten: Hofrath Dr. Theodor Billroth; zum Vicepräsidenten: der Bürgermeister von Wien, Dr. J. N. Prix und der Vicepräsident des österreichischen patriotischen Hilfsvereines: Dr. Anton Loew. Als Referenten des Exekutiv-Komité wurden bestellt: für Rechtsangelegenheiten: Dr. J. Brichta; für Unterrichtswesen und Krankenpflege: Hofrath Ludwig, Rektor der Wiener Universität, Hofrath Hans Kundrat, Professor an der Universität in Wien und Dr. Robert Gersuny, Primararzt des Rudolfinerhauses; — für Feuerwehrwesen: Herr Reginald Czermak, Obmann des österreichischen Feuerwehr-Ausschusses: für offizielles Rettungswesen: Dr. Anton Loew; für freiwilliges Rettungswesen Dr. Géza v. Kresz, Direktor der Budapester Freiwilligen Rettungsgesellschaft; für ärztliche Angelegenheiten; Professor Reder Ritter v. Schellmann, Präsident des Wiener Medizinischen Doktoren-Kollegiums; für das finanzielle Referat; Vincenz Edler von Morawitz; als Schriftführer wurden gewählt: J. Gridl, Ingenieur in Wien und Dr. Emerich Ullmann, Dozent an der Universität in Wien.

(Jubiläum.) In Hainfeld feierte am 27. Februar l. J. Dr. Johann Alexander Lerch, sein 80. Geburtsfest. Dr. Lerch, der am 27. Februar 1813 in Triebendorf geboren wurde, etablirte sich im Jahre 1838 in der Leopoldstadt als praktischer Arzt. Durch volle 50 Jahre übte Dr. Lerch seinen Beruf aus. Wiederholt bekleidete er die Würde eines Decans der medizinischen Fakultät, im Jahre 1866 verlieh ihm der Kaiser das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens, das Vertrauen seiner Mitbürger berief ihn in den Wiener Gemeinderath, dem er lange Jahre angehörte und als Dr. Lerch endlich im Jahre 1888 sich zur Ruhe setzte, wurde ihm in gerechter Würdigung seiner vielfachen Verdienste die grosse goldene Salvatormedaille verliehen. Trotz seines hohen Alters ist Dr. Lerch noch immer rüstig. Der Jubeltag hat dem verdienten Greise eine Reihe herzlicher Ovationen gebracht.

(Zahnärzte und Zahntechniker.) Der Verein der Budapester Zahnärzte und Zahntechniker hat gegen 24 dortige Zahntechniker die Anzeige wegen Uebertretung gegen die öffentliche Gesundheit erstattet und beim Budapester Strafbezirksgericht die Einleitung des Verfahrens verlangt. Die Anzeige ist der Staatsanwaltschaft übermittelt worden, welche dieser Tage den Antrag stellte, die Anzeige ad acta zu legen, da keine positiven Daten namhaft gemacht wurden, welche die Klage als gerechtfertigt erscheinen liessen.

(Preiszuerkennung.) Die kaiserlich russische Akademie der Wissenschaften hat auf ihrem Jahresactus am 29. Dezember a. pr. von der Rhlizki-Prämie für anatomisch-mikroskopische Untersuchungen des Centralnervensystems diesmal drei Preise vertheilt, da die Prämie wegen des sehr speziellen Gegenstandes mehrere Jahre nicht zur Vertheilung gelangt war. Sie wurden zuerkannt: dem Professor A. Kölliker (Würzburg) für seine Schrift «Zur feinen Anatomie des centralen Nervensystems des Rückenmarks»; Professor Gustav v. Retzius für seine Schriften zur Kenntniss des Nervensystems der Crustaceen etc. und dem Privatdozenten der militär-medizinischen Akademie in Petersburg M. D. Lawdowski für seine im Max Schulze'schen Archiv veröffentlichte Arbeit «Zum Aufbau des Rückenmarks.»

Rom. Der König und die Königin von Italien haben den Betrag von 10 000 Franks für den besten Apparat zum Zwecke des Verwundeten-Transportes ausgeworfen. Die mindestens ein Viertel der wirklichen Grösse entsprechenden Modelle sind an L. Delli Sonaglia, Gesellschaft vom Rothen Kreuze in Rom, vor dem 30. Juni d. J. zu senden.

(XI. Internationaler Medizinischer Kongress in Rom 1893.) Dem Organisationskomité liegen bereits über 500 Beitrittserklärungen aus dem Auslande vor. Von Japan und Australien sind Anmeldungen eingelangt; die grösseren Staaten Amerikas und alle Europas haben belangreichen Zuspruch zugesagt. Viele Eisenbahn- und Schiffahrtsgesellschaften haben den Kongressbesuchern Vorzugsbedingungen zugesichert. Das Centralkomité hat von den römischen Gasthöfen bindende Tarife für die Unterkunft der Kongressisten eingeholt. Die Drucklegung des «Führer für die Kongressisten» steht bevor.

Dresden. Am 20. Februar a. c. hat in Dresden die Generalversammlung der «Vereinigung der Curorte- und Mineralquellen-Interessenten Deutschlands, Oesterreich-Ungarns und der Schweiz» unter Vorsitz des Oberbürgermeisters Gönner aus Baden-Baden stattgefunden. Aus Oesterreich betheiligten sich die Vertreter von Bilin, Direktor Winter, der Berliner Vertreter der Firma Andreas Saxlehner in Budapest, Förk, Gieshübl-Puchstein Leo Edler v. Mattoni, Karlsbad Ehrlich von der Firma Löbel-Schottlaender, Krondorf Gölsdorf, Püllna Höfer und Wien Emil Wille von der Firma Heinrich Mattoni in Wien; von Deutschland waren die deutschen Bäder und Brunnenversendungen durch nahezu 40 Mitglieder vertreten; die Versammlung war sehr interessant und brachte viel neue Anregungen für alle Betheiligten. In den Vorstand wurden gewählt als Vertreter für Oesterreich-Ungarn in die Gruppe der Bäder und Heilanstalten Bürgermeister Karl Zörkendörfer aus Karlsbad, für jene der Brunnenversendungen Leo Edler v. Mattoni aus Giesshübel-Puchstein und endlich für die Mineralwasserhändler Emil Wille, Prokurist der Firma Heinrich Mattoni in Wien.

Aerztliche Stellen.

Arztesstelle in Rastenfeld, Bezirk Krems (Niederösterreich). 7 Gemeinden, mit dem Wohnsitze im Markte Rastenfeld, Jahresgehalt 600 fl., Hausapotheke; Bewerber wollen die mit dem Nachweise der Praxisberechtigung, sowie der bisherigen Verwendung instruirten Gesuche bis 15. März l. J. an das Gemeindeamt Rastenfeld einsenden.

Primararztesstelle in der Landes-Irrenanstalt in Salzburg (verbunden mit der Stelle eines Ordinarius im Leprosenhause) provisorisch zu besetzen. Jahresgehalt 1200 fl., 3 Quinquennalzulagen à 200 fl. Mit Taufschein, inländischem Diplome eines Doktors der gesammten Heilkunde, Nachweisung der bisherigen Verwendung, insbesondere in gleicher oder ähnlicher Eigenschaft, sind bis 31. März d. J. beim Landesausschusse des Herzogthums Salzburg einzubringen.

K. k. Sanitäts-Assistentenstelle in Salzburg mit dem Adjutum jährlicher 500 fl. Vorschriftsmässig instruirte Gesuche sind bis 15. März d. J. beim k. k. Landespräsidium in Salzburg einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Buchers (Böhmen) (circa 1400 Einwohner) mit einem Jahresgehalte von 400 fl. Verpflichtung zur unentgeltlichen Behandlung der Ortsarmen und Besorgung der Todtenbeschau, sowie zur Haltung einer Hausapotheke. Ausserdem ist von Seite des Grafen von Buquoy für die Behandlung der Forstbediensteten und Holzhauerfamilien in der Umgebung von Buchers ein Pauschale von 400 fl. bewilligt. Medikamente werden vierteljährig separat vergütet. Bewerber müssen Doktoren der gesammten Heilkunde, christlicher Konfession und der deutschen Sprache vollkommen mächtig sein und wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis 15. März l. J. an das Gemeindeamt Buchers einsenden, wo auch jede diesbezügliche Auskunft bereitwilligst ertheilt wird.

(Internationaler Kongress für Demographie und Hygiene.) Die Kommission zur Vorbereitung des 1894 in Budapest stattfindenden Internationalen Kongresses für Demographie und Hygiene stellte die Organisation des Kongresses wie folgt fest: Sr. Majestät dem König soll durch eine vom hauptstädtischen Municipal-Ausschusse zu entsendende Deputation die Bitte um Uebernahme des Protektorats des Kongresses unterbreitet werden. Seine Majestät soll auch gebeten werden, als Protektor-Stellvertreter ein Mitglied des allerhöchsten Herrscherhauses designiren zu wollen. Das Präsidium des Kongresses sei dem Grafen Stefan Károlyi anzubieten. Zum zweiten Präsidenten wurde Professor Dr. Josef Fodor, zum Generalsekretär Professor Dr. Koloman Müller gewählt. Die ständige Organisirungs-Kommission zerfällt in folgende Zusammensetzung: Präsident: Bürgermeister Kammermayer; Vicepräsidenten; Vicebürgermeister Gerlóczy und Magistratsrath Haberhauer. Mitglieder: die Vertreter der einzelnen Ministerien, des gemeinsamen Kriegsministeriums, der wissenschaftlichen Anstalten, Körperschaften und Vereine, der ärztlichen und naturwissenschaftlichen Vereine, der Universitäten, der Apothekervereine und zwar auch aus der Provinz. Die Organisirungs-Kommission zerfällt in folgende vier, event. fünf Sektionen: a) für Hygiene, b) für Demographie, c) für Empfang und Feierlichkeiten, d) für Ausstellung (wenn solche veranstaltet werden sollte) und e) für finanzielle Angelegenheiten. Die Vorbereitungs-Kommission wird beauftragt, das Verzeichnis jener in- und ausländischen Persönlichkeiten, welche zu Ehrenpräsidenten gewählt werden sollen, vorzulegen. Die Sekretäre werden sein: Dr. Sigmund Gerlóczy, Dr. Otto Pertik, Dr. Gustav Dirner, Dr. Samuel Löw, Zoltán Ráth, Gustav Thierring, Michael Kaillinger und Eduard Tock. — Das Exekutiv-Komité wird aus den Präsidenten und Vicepräsidenten und Schriftführern der einzelnen Sektionen bestehen. Der Kongress wird in der ersten Hälfte des Monats September 1894 stattfinden.

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

Nachdem im vorigen Jahre in Folge des Auftretens der Cholera in Deutschland die Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, wie alle anderen Wanderversammlungen, hatte ausfallen müssen, hat der Ausschuss beschlossen, die diesjährige Versammlung des Vereines früher im Jahre abzuhalten, da dann eine etwaige Störung durch die Cholera weniger zu befürchten sein dürfte. Es soll deshalb die 18. Versammlung des Deutschen Vereines für öffentliche Gesundheitspflege in Würzburg am 25., 26., 27. und 28. Mai 1893, also in der zweiten Hälfte der Pfingstwoche, stattfinden.

Die Tagesordnung findet sich untenstehend; Themata und Referenten sind dieselben geblieben, wie im vorigen Jahre. Der Ausschuss hat bei Feststellung der Tagesordnung die Frage erwogen, ob es nicht angezeigt sei, die «Vorbeugungsmassregeln gegen Cholera» auf Grund der vorjährigen Erfahrungen zur Besprechung in der Versammlung zu bringen. Nach eingehender Berathung und Benehmen mit einer Anzahl von Hygienikern ist der Ausschuss zu dem Entschluss gelangt, für dieses Jahr von einer Erörterung der Cholerafrage abzusehen, wesentlich auch im Hinblick darauf, dass das neue Reichsseuchengesetz in allernächster Zeit im Reichstag zur Berathung kommen und dass eine Cholerakonferenz in Dresden zusammentreten wird, sich also jetzt gar nicht vorhersehen lässt, in welchem Stadium die Frage zur Zeit des Kongresses sich befinden wird, und ob und in welcher Weise eine Besprechung alsdann angezeigt wäre. Alles Nähere, die diesjährige Versammlung in Würzburg Betreffende, wird den verehrlichen Mitgliedern spätestens in der zweiten Hälfte des Aprils mitgetheilt werden. Anmeldungen neuer Mitglieder (Jahresbeitrag 6 M.) nimmt der ständige Sekretär Dr. Alexander Spiess in Frankfurt a. M. entgegen.

Tagesordnung:

Donnerstag den 25. Mai: 1. Die unterschiedliche Behandlung der Bauordnungen für das Innere, die Aussenbezirke und die Umgebung von Städten. Referenten: Oberbürgermeister Adickes (Frankfurt a. M.) Oberbaurath Professor Dr. Baumeister (Karlsruhe). — 2. Reformen auf dem Gebiete der Brodbereitung Referent: Professor Dr. K. B. Lehmann (Würzburg).

Freitag den 26. Mai: 3. Die Grundsätze richtiger Ernährung und die Mittel, ihnen bei der ärmeren Bevölkerung Geltung zu verschaffen. Referenten: Privatdozent Dr. Ludwig Pfeiffer (München) Stadtrath Fritz Kalle (Wiesbaden). — 4. Vorbeugungsmassregeln gegen Wasservergeudung. Referent: Wasserwerkdirektor Kümmel (Altona).

Samstag den 27. Mai: 5. Die Verwendung des wegen seines Aussehens oder in gesundheitlicher Hinsicht zu beanständenden Fleisches, der Cadaver kranker, getödteter oder gefallener Thiere. Referent: Oberregierungsrath Dr. Lydtin (Karlsruhe).

Sonntag den 28. Mai: Ausflug nach Rothenburg ob der Tauber. — Daselbst Aufführung des historischen Festspieles: «Der Meistertrunk.»

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 19. März 1893** **Nr. 12.**

„**Internationale Klinische Rundschau**" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber Pyelitis im Kindesalter.

Von

Professor Dr. Monti,

Abtheilungsvorstand an der allgem. Poliklinik in Wien.*)

Meine Herren! Anlässlich des soeben Ihnen auf unserer stationären Abtheilung vorgestellten Falles von Pyelitis calculosa erscheint es mir zweckmässig einige Bemerkungen über Vorkommen, Erscheinungen und Verlauf der Pyelitis im Kindesalter an denselben zu knüpfen.

Die Pyelitis ist im Kindesalter eine seltenere Krankheit und wird vorwiegend bei älteren Kindern beobachtet, wiewohl an der Leiche von an Darmkatarrh verstorbenen Säuglingen öfters der Befund der Pyelitis angetroffen wird. Soweit man heutzutage die Ursachen der Pyelitis feststellen kann, können wir als solche folgende anführen:

Vor allen begegnen wir am häufigsten den mechanischen Ursachen; und zwar besonders der Konkrementbildung in Form von Gries oder Steinen, die sich in den Nierenkelchen entwickeln. In unserem Falle ist es nach dem Harnbefunde und den vorliegenden Symptomen wohl sicher, dass eine derartige mechanische Ursache zu Grunde liegt. Seltener sind Parasiten wie: Echinococcus, Strongylus gigas, welche im Nierenbecken eine Pyelitis erzeugen — ich habe derartige Fälle an Lebenden nicht gesehen — ebenso soll auch Tuberkulose der Urogenitalorgane zu den Erscheinungen der Pyelitis Anlass geben — obwohl ich auch Derartiges bislang noch nicht zu beobachten Gelegenheit hatte.

Als eine weitere mechanische Ursache muss wohl die Zersetzung des sich stauenden Harnes angeführt werden. — Insbesonders kann bei Kindern Phimose und Hypospadie — obwohl dies nur selten vorkommen mag — zu einer solchen Stauung des Urins führen und durch dessen ammoniakalische Zersetzung die Entwicklung einer Pyelitis veranlassen. Eine geringgradige Pyelitis kann auch in Folge der Einwirkung verschiedener medikamentöser Stoffe entstehen. — Bei Kindern kommen diesbezüglich vorwiegend die Balsamica in Betracht, wie: das Oleum therebint, der Perubalsam; eine gleiche Wirkung haben auch dem Alter des Kindes nicht entsprechende Dosen von Karbol- und Salicylsäure. Es ist übrigens wahrscheinlich, dass auch andere Medikamente bei Kindern als Ursache von Pyelitis angesehen werden können, leider sind bis jetzt unsere Erfahrungen in dieser Richtung noch ungenügend. Auch die Vulvo-vaginitis blennorrhoica kann bei Kindern durch Einwanderung der Gonokokken in die Blase, Uretheren und das Nierenbecken zur Entwicklung einer Pyelitis Anlass geben, und bin ich der sicheren Ueberzeugung, dass bei Mädchen, durch genaue Untersuchung, diese Ursache als Grundlage der Erkrankung sich zuweilen feststellen lassen dürfte. — Uebrigens sehen wir auch im Gefolge von Infektionskrankheiten, wenn auch selten, Pyelitis auftreten, wie dies mitunter bei Scharlach, Masern, Variola, Typhus, Diphtheritis, Cholera, ja selbst bei Rothlauf, Morb. maculosus Werlhoffii der Fall ist. Dagegen vermag ich nicht mit Bestimmtheit zu behaupten, ob auch der bei Kindern wohl seltener zur Ausführung gelangende Catheterismus mit nicht aseptischen Instrumenten als ursächliches Moment für die Einschleppung und Einwanderung der krankheitserregenden Mikroorganismen wirken und zur Pyelitis führen könne.

Wenn auch sehr selten, kommen doch auch vereinzelte Fälle zur Beobachtung, bei denen man totz eifrigen Bemühens nicht in der Lage ist, eine der hier angeführten Ursachen nachzuweisen. Es ist nicht möglich zu entscheiden, ob man sodann berechtigt ist, die Pyelitis als eine selbstständige Erkrankung aufzufassen, und die von den älteren Autoren angenommenen Ursachen der Pyelitis, wie: Erkältung, Durchnässung, feuchtes Klima etc., als solche Geltung haben. In allen diesen Fällen bezeichnet man die Pyelitis als eine primäre und selbstständige Erkrankung, welche aber häufig einer Komplikation mit parenchymatöser suppurativer Nephritis und Cystitis unterliegt. Solche sekundäre Folgezustände werden

*) Aus den im Wintersemester 1892/93 gehaltenen poliklinischen Vorträgen des Prof. Monti. — Vom Vortragenden revidirtes Original-Stenogramm der «Internat. Klinischen Rundschau.»

wir bei dieser Besprechung nicht berücksichtigen, unsere Schilderung soll sich lediglich auf die Pyelitis beschränken.

Nach dem pathologisch-anatomischen Befunde unterscheidet man eine katarrhalische, kroupöse und diphtheritische Pyelitis, am Krankenbette ist man jedoch nur in der Lage für die katarrhalische Form einen Symptomenkomplex wahrzunehmen, den wir hier schildern wollen, je nachdem er sich uns darbietet, sei es nun, dass diese Krankheitsform als selbstständiges Leiden oder als Folgekrankheit der bereits oben aufgezählten mechanischen, medikamentösen oder infektiösen Veranlassungen sich manifestirt.

Diese Symptome sind:

a) Fieber. Es gibt Fälle von Pyelitis, welche fieberlos verlaufen, dagegen ist öfters der Beginn der Pyelitis durch Fieberfröste markirt, auf welche eine Temperatursteigerung, doch selten über 38 Grad Réaumur folgt. Bei der Pyelitis in Folge von Harnstauung kann jedoch das Fieber höher ansteigen oder zeigt die Temperatursteigerung in solchen Fällen einen remittirenden Charakter. Das an einem Tage wiederholte Auftreten von Schüttelfrosten wird bei Pyelitis öfters wahrgenommen.

b) Gehirnerscheinungen werden nur bei akut verlaufenden Pyelitiden in Folge von Harnstauung beobachtet. In derartigen Fällen sieht man in dieser Richtung ungefähr dieselben Symptome wie bei Urämie und zwar: Sopor, Delirien, heftigen Kopfschmerz etc. In anderen Fällen von Pyelitis fehlen derartige Erscheinungen.

c) Schmerzen. Es gibt Fälle von Pyelitis, welche schmerzlos verlaufen. Bei Pyelitis calculosa, aber auch in anderen Fällen können Schmerzen vorkommen, welche folgende Eigenthümlichkeiten darbieten. Sie treten anfallsweise auf nnd werden von den Kindern am Rücken lokalisirt, steigern sich bei Drücken der Lumbalgegend, und strahlen nach der Blase aus, so dass die Kinder während des Anfalles stetigen Drang zum Uriniren bekommen, sie strahlen ferner auch nach dem Perineum aus, wodurch bei den Kindern einen Drang zum Stuhlgange erzeugt wird, schliesslich strahlen die Schmerzen auch in den Oberschenkel aus, so dass die Kinder unter Schreien die Füsse an den Bauch ziehen und ungestüm eine Lageveränderung verlangen.

d) Erbrechen. Im Entwicklungsstadium der Pyelitis tritt häufig Erbrechen ein, und wiederholt sich, so oft im Verlaufe dieser Krankheit eine Störung der Harnsekretion sich einstellt. Das Erbrechen steht in keinem Zusammenhange mit irgend einem begangenen Diätfehler, dabei ist die Zunge trocken, belegt und heftiges Durstgefühl vorhanden. Bei Pyelitis in Folge von Harnstauung zeigt uns das Erbrechen dieselben Eigenthümlichkeiten, wie wir es bei der Urämie zu beobachten pflegen, es ist sehr heftig, wiederholt sich häufig mehrere Tage hindurch und ist meistens von starken Durchfällen begleitet.

e) Der Harn. Dieser bietet die am meisten charakteristischen Erscheinungen, so dass die Diagnose der Pyelitis nur auf Grundlage der Ergebnisse der Harnuntersuchung mit Sicherheit gestellt werden kann. Dazu eignet sich nur der frisch gelassene Harn. Die Harnmenge war in unserem Falle etwas vermehrt, dies ereignet sich in vielen Fällen — meist ist aber die 24stündige Harnmenge normal. Die seiner Zeit von Oppolzer ausgesprochene Ansicht, dass bei chronischer Pyelitis die Harnmenge stets vermehrter ist und viele Fälle von Diabetes insipidus vielleicht als nicht erkannte Pyelitiden zu gelten hätten, kann ich betreffs der Kinder nicht bestätigen. Der frisch gelassene Harn reagirt sauer oder bei grossem Eitergehalt schwach sauer. Die saure Reaktion des Urins ist für die Diagnose der Pyelitis von Wichtigkeit; das spezifische Gewicht desselben zeigt übrigens ein verschiedenes Verhalten. Bei Pyelitis calculosa, besonders im Beginne der Erkrankung, kann dasselbe erhöht sein, während in der Mehrzahl der chronisch verlaufenden Pyelitiden, besonders bei merklich vermehrter Harnmenge, das spezifische Gewicht des Harnes unter das Normale sinkt, somit vermindert erscheint.

Die wichtigste Eigenschaft des Harnes bei Pyelitis ist dessen Eitergehalt, was auch zur Folge hat, dass er schon meist milchig getrübt gelassen wird und beim Stehen je nach der vorhandenen Eitermenge am Boden des Gefässes eine mehr weniger grosse Sedimentschichte aus Eiter und Schleim absetzt. Die Eitermenge des Sedimentes ist manchmal eine beträchtliche, wie sie es auch in unserem Falle zu sehen Gelegenheit haben.

f) Das Harnsediment enthält Eiter, manchmal bis zu 1/4 des Harnvolumens, reichliche Eiterkörperchen und Epithelialzellen des Nierenbeckens, welche Fortsätze und die bekannte dachziegelartige Anordnung zeigen, doch ist deren diagnostischer Werth nicht unangefochten, theils weil sie im Sedimente nicht immer zahlreich vorkommen und gerade bei schweren Fällen manchmal vermisst werden; theils weil sie wegen der grossen Aehnlichkeit mit den aus tieferen Schichten der Blase stammenden Epithelien sehr leicht verwechselt werden, und man aus deren Gegenwart im Sedimente nie mit voller Sicherheit auf den Ort schliessen kann, wo der Zutritt des Eiters in den Harn erfolgt ist. Man muss daher auch auf die anderen im Sedimente vorkommenden Bestandtheile achten, wie auf die Gegenwart rother Blutkörperchen und auf die schon im frischen Harne vorkommenden zahlreichen Bakterien. Besonders charakteristisch ist wohl der Nachweiss von Abgüssen der Abflussröhrchen in Cylinderform, was jedoch schon auf ein Fortschreiten der Erkrankung auf die Nierensubstanz selbst — auf Pyelonephritis — hindeutet, wobei auch ein vermehrter Eiweissgehalt des Harnes gefunden werden wird.

Eine hervorragende Erscheinung bei der in Rede stehenden Erkrankung ist das manchmal plötzliche Aufhören der Pyurie — als Ausdruck einer plötzlich eingetretenen Abflusshemmung für den Harn aus dem einseitig erkrankten Organe, in Folge von Verschluss des Urethers entweder durch Konkremente (wie bei der Pyelitis calculosa) oder durch Fibringerinnsel, Gewebspartikelchen, stark verdickten Schleime etc. Die kranke Niere schwellt an, während die gesund gebliebene klaren Harn liefert. Auf einmal wird der Abfluss wieder frei, die schweren Erscheinungen, welche diese Episode begleitet haben, lassen wieder nach, der Harn trübt sich wieder durch die neuerliche Vermischung mit Eiter — so dass von bereits erfahrenen Patienten, bei Wiederholung dieser Vorgänge, das Auftreten eines klaren Harnes als Vorbote eines wieder drohenden schmerzhaften Anfalles sehr gefürchtet, dagegen das Auftreten von Sediment im Harne als Zeichen eintretender Besserung sehnlichst erwartet und freudig begrüsst wird. Ist die Pyelitis nicht mit Erkrankung des Nierengewebes komplizirt, so entspricht die Eiweissmenge der vorhandenen Eitermenge, wo aber eine parenchymatöse Nephritis vorliegt, werden entsprechend beträchtliche Eitermengen, und die für diese Erkrankungsform charakteristischen Gebilde: Cylinder etc. nachzuweisen sein. Bei Pyelitis calculosa treten oft Blutungen ein, so lange diese anhalten wird natürlich Blut im Harn nachgewiesen werden können — überdies finden wir bei Pyelitis calculosa im Sedimente Krystalle von Harnsäure, harnsauren Salzen, Oxalat und Phosphatkrystalle. In unserem Falle fanden wir Krystalle von oxalsaurem Kalk und Harnsäurekrystalle. Bei der Pyelitis in Folge von Harnstauung finden wir im Sedimente häufig Tripelphosphatkrystalle und zahlreiche Bakterien.

g) Oedem im Gesichte. Bei akuter Pyelitis kann in einzelnen Fällen ödematöse Anschwellung des Gesichtes auftreten, welche nach Art eines Pseudoerysipels verlauft. Das Auftreten von Hydrops wird manchmal bei Pyelitis wie bei den parenchymatösen Nierenerkrankungen beobachtet.

h) Abmagerung. Chronische nnd hochgradige Pyelitiden führen zu einer beträchtlichen Abmagerung und zuweilen auch zu periartikulären und diffusen intramuskulären Entzündungsprozessen.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die Injektionen des Brown-Séquard'schen Testikelsaftes und der Constantin Paul'schen Nervensubstanz

Ein neues Kapitel Suggestions-Therapie.

Von **Dr. Roberto Massalongo,**
Universitätsdozent und Direktor des «Ospedale Maggiore» in Verona*)

I.

Die Brown-Séquard'schen Injektionen.

Die Physiopathologie der Testikel hat folgende Punkte festgestellt: 1. Die Beziehung zwischen der Thätigkeit und der normalen Funktion dieser Organe einerseits und der Thätigkeit und der Energie des Central-Nervensystems andererseits. 2. Die Verminderung dieser physischen und moralischen Thätigkeit bei Personen, die an Affektionen der Hoden leiden oder den Coïtus oder die Masturbation missbrauchten. 3. Diese Verminderung der Kraft und der Nerventhätigkeit rührt von allzuhäufigen Samenentleerungen her, weshalb das Blut nicht mehr die genügende Quantität von in den Hoden selber gebildeten Prinzipien enthält, die eben im Stande sind, dem Organismus jene Kraft, jene Thätigkeit, jene Mannbarkeit zu verleihen.

In der That kann man leicht Erscheinungen von Erschöpfung, Apathie, Hirnermüdung etc. bei Eunuchen und bei Individuen beoachten, die häufigen spontanen oder freiwilligen Samenverlusten unterworfen sind (wahre spermatische Anämie); hingegen beobachtet man eine von bedeutender psychischer und physischer Thätigkeit begleitete Erregung bei Personen, die durch einige Zeit keine Samenverluste erleiden und keinen geschlechtlichen Verkehr unterhalten (wahre spermatische Plethora).

Eben auf Grund dieser Thatsachen hat Brown-Séquard subkutane Einspritzungen von aus den Hoden junger, kräftiger Thiere gewonnene Flüssigkeit empfohlen, um dem Mangel im Blute an Hodenflüssigkeit, der spermatischen Anämie, die bei alten Leuten physiologisch ist und im Jünglings- und Mannesalter durch Excesse in venere und durch unfreiwillige Pollutionen bedingt wird, abzuhelfen.

Nach Brown-Séquard sollen diese Injektionen von Testikelsaft dadurch wirken, dass sie in einigen Theilen des Centralnervensystems eine reine Dynamogenie hervorrufen, in anderen Theilen die Ernährungsvorgänge, den Stoffwechsel fördern. Diese und ähnliche Betrachtungen führten den greisen Pariser Physiologen zu der Annahme, dass die Adynamie bei alten Leuten zum Theile von der graduellen Verminderung der Hodenthätigkeit abhänge.

Nachdem Brown-Séquard die Unschädlichkeit der Injektionen durch Experimente an verschiedenen Thieren konstatirt hatte, begann er die Wirkung derselben an sich selbst zu studiren. Die überraschenden Resultate dieser Versuche sind bekanntlich von ihm selbst in der Sitzung vom 1. Juni 1890 der «Société de Biologie» mitgetheilt worden.[1]) Schon nach 10 oder 12 subkutanen Injektionen von Hodenflüssigkeit — so versicherte damals Brown-Séquard — hatte er seine frühere Energie, die Lust zur Arbeit und zum Studium wiedererlangt und an Muskelkraft gewonnen; auch sämmtliche Organe funktionirten besser und regelmässig. Das will nach Brown-Séquard heissen, dass alte von der Lebenskraft der Nervencentren, insbesondere des Rückenmarkes abhängende Funktionen durch jene Injektionen eine rasche und bemerkenswerthe Besserung erfahren hatten.

Natürlich hat sowohl die Natur des Gegenstandes selbst als auch der Name des Autors das lebhafteste Interesse nicht nur bei allen Laien sondern auch bei den Aerzten der ganzen Welt erregt. Binnen Kurzem erschienen über denselben Gegenstand verschiedene Abhandlungen und Mittheilungen, von welchen einige die von dem berühmten französischen Biologen vorgebrachten Behauptungen bekräftigten, andere hingegen denselben entschieden entgegentraten.

Bevor ich über meine eigenen Versuche und Erfahrungen berichte, halte ich es für angezeigt, der Beobachtungen anderer Autoren in aller Kürze zu erwähnen:

Variot[2]) zieht aus den Ergebnissen, die er mit Spermainjektionen bei drei Patienten erzielt, folgende Schlussfolgerungen: 1. Die Injektionen mit Hodenflüssigkeit sind schmerzhaft, jedoch ungefährlich; sie verursachen keine entzündlichen Erscheinungen. 2. Der erste Effekt einer Injektion ist ein örtlicher Schmerz mit allgemeinem Uebelbefinden, jedoch ohne Temperaturerhöhung. 3. Die auf die erste folgenden Einspritzungen werden gut vertragen und veranlassen kein allgemeines Unwohlsein mehr. 4. Als positives Resultat beobachtet man einen Zustand allgemeiner Nervenerregung; Steigerung der Muskelkraft, Anregung und Regularisation gewisser visceraler Funktionen, insbesondere derjenigen des Verdauungstraktes, und eine geringe Erregung der Hirnthätigkeit. Erregung der Geschlechtsorgane hat sich in zwei Fällen gezeigt.

Loomis (aus New-York hat diese Behandlungsmethode in vielen Fällen angewendet: in manchen Fällen war das Resultat ein gutes, in anderen blieb die Behandlung ohne jeden Erfolg. Hammond behauptet eine wohlthätige Wirkung bei einigen Herzkranken gesehen zu haben.

Villeneuve erzielte sehr günstige Resultate bei zwei alten Personen, in allen anderen Fällen war der Erfolg gleich Null. Suzor behandelte auf der Insel St. Maritius zwei Leprakranke und erzielte gleich mit den ersten Einspritzungen eine erhebliche Besserung sämmtlicher Erscheinungen; derselbe Arzt erzählt ferner, dass er durch die fraglichen Injektionen einen Fall von chronischer Malaria zur Heilung brachte, mit vollständigem Verschwinden der febris quotidiana und Wiederkehr der üblichen Energie und Frische des Geistes! mehr oder minder ausgesprochene Besserungen beobachtete Brainard (aus Cleveland) nach Einspritzung von Hodensaft. In seiner Statistik figuriren 4 Fälle von Hemiplegie, 3 Ataxie, 4 Muskelrheumatismus, 4 Ischias, 7 sexuelle Impotenz, einige Fälle von Agrypnie, einige von Opiomanie. Ein Ataktiker, der nur mit grossen Schwierigkeiten gehen konnte, ging nach der 13. Injektion vollkommen grad und mit geschlossenen Augen. Mairet (Montpelier) soll eine beträchtliche Besserung bei Kranken, die an Stupor und allgemeiner Paralyse litten, konstatirt haben; unter dem Einflusse der Injektionen soll nach diesem Autor auch eine Regelung der Herzthätigkeit, der Temperatur und der Ernährung stattfinden. Szikszai bediente sich des succus testicularis bei zwei Gefangenen, die an äusserster Schwäche der unteren Extremitäten litten, Labarrière heilte einen Neurastheniker mit neun Einspritzungen. Mora sah Spermatorrhoë und Darmobstipation heilen. Goizet, Dumontpallier, Henocque, Semoine, Cassanello behaupten eine beträchtliche Besserung der Symptome bei Lungentuberkulose gesehen zu haben. Uspensky versteigt sich sogar zu der Behauptung, die Brown-Séquard'sche sei ein specifisches Mittel gegen die Phthise.

Fast in jeder Nummer der «Archives de Physiologie» berichtet Brown-Séquard über Beobachtungen in- und ausländischer Autoren, die mit grossem Erfolge seine Flüssigkeit in aller Art Krankheiten verwendet haben. Wir finden darin kürzere oder längere Referate über Besserungen und selbst Heilungen bei Paralysis agitans, bei Anämie, bei Enuresis, Schlaflosigkeit, Neurasthenie und Tabes dorsalis, etc. Bezüglich der Tabes erklärt Depoux in allem Ernste endlich in der Brown-Séquard'schen Flüssigkeit das wahre Heilmittel dieser Krankheit gefunden zu haben. 21 Fälle von Uteruscarcinom (darunter 19 inoperabel) sollen in ausgeprägtester Weise durch diese Injektionen gebessert worden sein: Aufhören der Schmerzen und der Blutungen, Verminderung der Eiterung und der Oedeme an den Beinen. Bei Uterusfibromen wurde eine Volumabnahme

*) Riforma Medica vom 4., 5. und 6. Februar d. J. Mit Erlaubniss des Verfassers übersetzt von Dell Torre.

[1]) In der «Internationalen Klinischen Rundschau» haben wir seinerzeit sehr ausführlich darüber berichtet.

[2]) Exposé des effets produits chez l'homme par des injections d'un suc retiné des testicules d'animaux vivants ou venants de mourir. Societé de Biologie 29. Juni 1890.

des Tumors festgestellt. In 20 Fällen von Tabes erzielte man nach diesem Verfahren Heilung oder ausserordentliche Besserung. Es wurden ferner zwei Fälle von Paralysis agitans geheilt, und es erfuhren erhebliche Besserung mehrere Fälle von amyotrophischer Lateralsklerose. Dann berichtet BROWN-SÉQUARD auch über einen Fall von Diabetes, bei welchem Injektionen von Pankreassaft nichts halfen, während er durch Testikelsaft geheilt wurde, und über 10 Fälle von Cholera, wovon 8 nach 8—10 Injektionen von Hodenflüssigkeit in Heilung übergingen.

Diese höchst originelle Behandlungsmethode soll über alle Erwartung genützt haben und zuweilen gelang es mit derselben zu heilen: Schwächezustände im Allgemeinen, insbesondere die Adynamie bei alten Leuten, Spermatorrhoë, Neurasthenie, sexuelle Impotenz, Tabes dorsalis, Lungentuberkulose, amyotrophische Lateralsklerose, Carcinom und Fibrome des Uterus, Diabetes und Cholera, einzelne Paraplegien und Paralysis agitans, Contracturen der Hemiplegiker und bei chronischem Rheumatismus, Melancholie, allgemeine Paralyse, Lepra, Malaria, etc.

Wie konnte nicht diese verlockende Entdeckung Staunen und das allgemeine Interesse erregen?

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

Sitzung vom 10. März 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Dozent v. Eiselsberg demonstrirt einen 15jährigen Knaben mit Hyperplasie der rechten Mamma. Dieselbe macht keine weiteren Beschwerden, zeigt dieselbe Entwicklung wie die Mamma eines 14jährigen Mädchens und fühlt sich ganz so an wie eine normale weibliche Brustdrüse. Merkwürdig ist, dass ein Bruder des vorgestellten Knaben dieselbe Affektion an der linken Mamma hatte.

Dr. Gleich berichtet über ein neues Sterilisationsverfahren von Verbandstoffen, durch welches die Verbandstoffe mehr geschont werden, als bei anderen Methoden. Als passendsten Einsatz für die Apparate fand GLEICH den Thoncylinder, durch welchen der Dampf von allen Seiten gleichmässig eindringen und eine abnorme Condensation in dem Verbandbehälter hintangehalten werden kann.

Dr. Frank stellt einen 45jährigen Patienten vor, welcher seit dem Jahre 1883 bereits zu wiederholten Malen wegen Chondrom der rechten Scapula und des rechten Schultergürtels operirt worden war. Da sich wieder sehr umfängliche Recidiven zeigten, welche mit Erhaltung des Armes nicht exstirpirt werden konnten, entschloss sich Vortragender am 1. Februar d. J. zur Enucleation der rechten Scapula sammt dem Arme, welche Operation von Heilung gefolgt war. Merkwürdig ist, dass sich in der kurzen Zeit, welche seit der Operation verflossen ist, eine bedeutende Deformität der rechten Thoraxhälfte entwickelt hat, und zwar in Form einer Scoliose und Rippenbuckel. Innere Organe sind normal.

* * *

Dozent Zuckerkandl: *Demonstration neuer Cystoskope.*

Vortragendem hat sich die Ueberzeugung aufgedrängt, dass die von NITZE in neuester Zeit construirten Cystoskope weit vortheilhafter sind, als die von LEITER construirten. Beide Instrumente haben mit einander gemeinschaftlich, dass die Leuchtquelle an der Spitze des Instrumentes angebracht ist, während die Achse desselben ein Fernrohr trägt. Da aber das NITZE'sche Instrument die Lampe an der Spitze direkt eingekittet hat (der Apparat LEITER's trägt die Lampe im Inneren des Schnabels), besitzt das Cystoskop einen kürzeren Schnabel, ist weit dünner und kann daher leichter, und selbst bei jüngeren Individuen eingeführt werden. Es lassen sich mit demselben alle Partien der Blase weit besser überblicken als mit dem LEITER'schen Instrumente. Trotz der Dünnheit ist das Blickfeld ein ziemlich grosses. Vortragender zeigt ferner ein sehr praktisches Irrigationscystoskop und einen Apparat zur Aufnahme von Photographien der Blase. Letzterer ist ein gewöhnliches Cystoskop von kräftiger Bauart, bei dem das Ocular gegen die Achse des Instrumentes nach oben verschoben ist. Oben befindet sich ferner eine lichtempfindende Platte, auf welche das Bild auffällt. Dieser Apparat gestattet die Aufnahme von cystoskopischen Bildern, welche der Wahrheit entsprechen.

* * *

Dr. Wintersteiner: *Demonstration zweier seltener Katarakten.*

Der erste Fall betrifft eine 63jährige Frau, welche seit einem Jahre an Sehstörungen leidet. Bei direkter Beleuchtung sieht man eine intensive weisse Trübung, deren Grenze gegen den vorderen Pol ziemlich scharf ist. Dabei bleibt ein 5—6 *mm* breites Areal frei. Bei seitlicher Beleuchtung bemerkt man zwei Trübungen, und zwar der vorderen und hinteren Corticalis, welche winkelig zusammentreffen. Im Centrum eine gewöhnliche Kernkatarakta, welche eben das Sehvermögen stört. Diese unter dem Namen anguläre Aequatorialkatarakta beschriebene Form ist sehr selten und bleibt gewöhnlich stationär. STELLWAG berichtet über einen ähnlichen Fall, welcher seit 20 Jahren mit einer solchen Katarakta behaftet war und trotzdem keine Sehstörungen zeigte. Die Aetiologie dieses Leidens ist unklar. SCHRÖDER fasst es als eine Entwicklungshemmung auf.

Der zweite Fall betrifft einen 24jährigen Uhrmacher, welcher während eines Bronchialkatarrhs, den er beim Militär acquirirte, schlecht zu sehen begann. Die Sehstörung machte so rapide Fortschritte, dass er superarbitrirt werden musste. In der Linse finden sich Trübungen in Form kleiner Flecken, welche in der vorderen Corticalis einen 6strahligen Stern freilassen. An der hinteren Corticalis eine schalenartige Trübung, mit der Concavität nach vorne gerichtet. Am Aequator ein dicker Kranz von weissen Flecken zu sehen. Am linken Auge wurde die Linse linear extrahirt und das Sehvermögen wieder hergestellt. Das rechte Auge zeigt dieselben Verhältnisse. Es handelt sich hier um eine Katarakta punktata coerulea, welche durch ihr rapides Wachsthum Interesse erregt.

* * *

Prof. Lorenz: *Vorstellung eines Falles von Heilung der angeborenen Hüftluxation nach eigener Methode.*

Der Vortragende schätzt sich glücklich mit seiner heutigen Demonstration, ein bisher vollständig brach gelegenes Kapitel der orthopädischen Chirurgie, welches, soweit seine Erinnerung und Kenntniss der Literatur reicht, im Schosse dieser gelehrten Gesellschaft überhaupt noch niemals zur Sprache gekommen ist, an diese Stelle gewissermassen zu inauguriren. Die angeborene Verrenkung des Hüftgelenkes hat bisher allen therapeutischen Mühen gespottet. Soweit solche bisher unternommen worden sind, haben sie sich zum allergrössten Theile auf falschen Bahnen bewegt, und konnten desshalb statt der gehofften Erfolge nur Misserfolge, d. h. Verschlimmerungen des status quo aufweisen. Mit Recht haben demnach namentlich die bisherigen, operativen Versuche, der congenitalen Hüftluxation beizukommen, die schärfste Verurtheilung von Seite der Chirurgen erfahren. Seit 9 Jahren beschäftigt sich der Vortragende mit besonderer Vorliebe mit dem Thema der angeborenen Luxation des Hüftgelenkes. An über 100 Fällen seiner Privatpraxis hat LORENZ Beobachtungen und Versuche der verschiedensten Art und Richtung angestellt, ohne indess zu einem irgendwie nennenswerthen Erfolge gelangt zu sein. Erst im vorigen Jahre erfuhr die Sachlage eine plötzliche Wendung durch die kühne und zielbewusste Initiative HOFFA's in Würzburg, welcher zuerst zeigte, dass die Heilung der congenitalen Hüft-Luxation durch die Reposition des Kopfes in die künstlich vertiefte Pfanne möglich sei. Der Vortragende hat diesen Gedanken seit jeher erwogen, ohne indess zur Ausführung desselben weder die günstige Gelegenheit, noch auch den rechten Muth finden zu können. Der Initiative HOFFA's folgend, hat sich der Vortragende an der Hand von klinischen Erfahrungen und anatomischen Studien seine eigene Methode der operativen Reposition der congenitalen

Hüftluxation ausgebildet, und wird sich die Ehre erbitten, in dem neuen Heim der gelehrten Gesellschaft, sowohl die Pathologie als auch die Therapie der in Rede stehenden Deformität in mehreren Vorträgen darlegen zu dürfen. Für heute will LORENZ seine Erörterungen nicht über den Rahmen einer gewöhnlichen Krankendemonstration ausdehnen, deren er seinen bezüglichen Vorträgen eine ganze Reihe vorangehen lassen wird und nur eine kurze Charakteristik seiner Methode geben. Die therapeutische Aufgabe der Luxationsbehandlung zerfällt in zwei Theile: 1. Die Reduktion des nach oben luxirten Kopfes an den Pfanneno t, 2. die Reposition des Kopfes in die vorher künstlich vertiefte Pfanne. Die Hindernisse der Reduktion, soweit solche bei Kindern im Alter von über 4—5 Jahren überhaupt zu überwinden sind, werden keineswegs von den pelvi-trochanteren Muskeln geboten, wie dies namentlich von BRODHURST gelehrt, in der Folge allgemein acceptirt und auch von HOFFA zur Grundlage seines Operationsverfahrens gemacht worden ist. Vielmehr ist nach LORENZ lediglich der Widerstand der langen, mit der Achse der Extremität mehr weniger parallel laufender pelvifemoralen, respektive pelvicruralen Muskeln bei der Reduktion zu überwinden. LORENZ legt daher den Hautschnitt etwas einwärts an der Spin. ant. sup. an, so dass einer der wichtigsten Muskeln, nämlich der Rectus cruris auf dem Wege zur Blosslegung der Gelenkskapsel getrennt werden kann. Sartorius und Tensor fasciae latae fallen gleichfalls in den Schnitt. Eventuelle Widerstände von Seite der Adductoren oder Tubermuskeln werden durch subcutane Myotomie beseitigt. Der Blosslegung der vorderen Kapselwand folgt die Eröffnung des Gelenkes mittelst ausgiebigen Kreuzschnittes. Die Pfanne wird nun direkt zugänglich und kann ebenso wie der Kopf der direkten Inspektion unterzogen werden. Durch Ablösung der die Pfanne in mächtiger Dicke erfüllenden, hyalinen Knorpelmassen kann dieselbe leicht zu einer entsprechenden Tiefe ausgehöhlt werden, so dass sie dem reponirten Kopfe ein verlässliches Widerlager bietet. Auf die Schwierigkeiten, welche sich in jeweiligen Fällen aus secundären Verbildungen der Gelenkskörper ergeben, und in welcher Weise denselben zu begegnen ist, kann LORENZ hier nicht eingehen und will nur erwähnen, dass er seine Methode bisher 21 Mal ausgeführt hat. Nur ein einziges Mal konnte dieselbe wegen besonderer Verhältnisse, unter denen das relativ vorgeschrittene Alter der Patientin (12 Jahre) eine wichtige Rolle spielte, nicht vollendet werden. Schon jenseits des 7. und 8 Jahres hatte LORENZ mit Schwierigkeiten zu kämpfen. Am leichtesten gelingt die operative Einrenkung innerhalb der ersten 5 Lebensjahre. Bei fortschreitender Uebung hat der Vortragende zur Ausführung seiner Methode in einzelnen Fällen nicht länger als 25 Minuten gebraucht.

Was die erreichbaren, funktionellen Resultate anbelangt, so will LORENZ diesbezüglich nur die Thatsachen sprechen lassen und seine Fälle nach und nach der Gesellschaft vorführen, sobald das funktionelle Resultat entsprechend gediehen sein wird. Einige Misserfolge, welche beim Betreten eines neuen Weges nicht vermeidbar waren, wird LORENZ später ausführlich begründen. Mit der heutigen Demonstration beginne er die Krankenvorstellungen. Die kleine Patientin Betti B. aus Sasz Regen in Siebenbürgen, 7 Jahre alt, war mit linksseitiger, congenitaler Hüftluxation behaftet und ist dem Vortragenden seit länger als 2 Jahren bekannt. Bei der ersten Untersuchung im Sommer 1890 betrug die Verkürzung des linken Beines kaum mehr als $^1/_2$ *cm*, aber das Hinken war doch verhältnissmässig auffallend. Als Ursache desselben konstatirte LORENZ die congenitale Hüftluxation. Die eingeleitete, mechanische Therapie war ohne Erfolg. Im Herbste 1892 war die Verkürzung auf $2^1/_2$ *cm* gestiegen und das Hinken hatte beträchtlich zugenommen. Die Mutter des Kindes willigte sofort in den Vorschlag der operativen Einrenkung, welche LORENZ damals 4 Mal ausgeführt hatte. Die Operation wurde in vollständig typischer Weise am 29. September 1892 in Dr. EDER's Heilanstalt ausgeführt. Der reponirte Kopf, an welchem das Lgt. teres vollständig fehlte, fand auch bei starker Adduktion völlig genügenden Halt in der vertieften Pfanne. In Anbetracht dieses günstigen Umstandes musste es, wie LORENZ nachträglich erkannte, als eine überflüssige Vorsichtsmassregel bezeichnet werden, das Bein in Abduktionsstellung bei $2^1/_2$ *cm* scheinbarer Verlängerung zu fixiren. Die Beseitigung dieser Verlängerung hat später viel Schwierigkeiten gemacht und ist selbst gegenwärtig noch nicht vollständig und für die Dauer gelungen. Der Wundverlauf war vollständig reaktionslos, die Wunde nach drei Wochen bis auf eine kleine Granulationsstelle geheilt. Am Schlusse der dritten Woche begannen die Stehübungen, in der fünften Woche Gehübungen, Massage und sonstige Beingymnastik, unter welchen Massnahmen sich die Muskulatur rasch erholte. Gegenwärtig hupft und springt das Kind trotz seiner Körperfülle. Der Gang ist so gleichmässig, dass selbst Kollegen, welchen LORENZ das Kind vorstellte, auf das falsche Bein gerathen haben. Es besteht thatsächlich nicht die Spur des ehemaligen Luxationshinkens. Das Bein zeigt eine leichte Andeutung von Beugestellung, welche wahrscheinlich durch die Narbe bedingt ist. Kräftige, aktive Gymnastik sucht die Beweglichkeit des reponirten Hüftgelenkes zu erhalten und zu erweitern. Die aktiven ausführbaren Beuge- und Streckexursionen betragen bei dem Kinde 30—40 Grad. Ab- und Adduktionsfähigkeit besteht soweit, dass der Malleolus-internus der kranken Seite in senkrechter Richtung an dem andern 2—3 *cm* auf- und abgeschoben werden kann. Die Beweglichkeit des reponirten Gelenkes ist also in diesem Falle beträchtlich eingeschränkt worden. LORENZ ist sehr geneigt diesen Befund in dem vorliegenden Falle als einen sehr günstigen zu betrachten, da ein festeres, fibröses Einwachsen des Kopfes in die Pfanne bei einer für den Gehakt vollständig genügenden Exursionsweite das Resultat für alle Zukunft als ein dauerhaftes betrachten lässt. Andere Fälle zeigen eine vollständig intakte Beweglichkeit des Gelenkes und gerade diesen gegenüber möchte sich LORENZ bezüglich der definitiven Resultate noch skeptisch verhalten, wird aber jedenfalls die Fälle seinerzeit vorstellen. Vorläufig betrachtet der Vortragende als Ziel seiner Therapie die Erreichung einer festen, fibrösen Verbindung zwischen Kopf und Pfanne bei einer für die Funktionen des Gehens und Sitzens eben ausreichenden Exursionsfähigkeit der wieder in gegenseitigen Verkehr gesetzten Gelenkskörper. Der vorliegende Fall beweise die Möglichkeit der Erreichung dieses Zieles. Es wird nach LORENZ wohl noch vieler Erfahrungen bedürfen, aber so viel stehe heute schon fest, dass die angeborene Hüftluxation aus der Reihe der durch ärztliche Kunst unheilbaren Leiden gestrichen werden muss.

Hofr. ALBERT bemerkt, dass das Luxationshinken auch in jenen Fällen eintritt, wo nach Osteomyelitis am oberen Femurende Epiphysenlösung stattgefunden hat und die Kopfkappe mit der Pfanne ankylotisch verwächst. Ferner findet sich dasselbe bei unvollständiger Luxation congenitalen Ursprunges. ALBERT stellt die Anfrage, ob LORENZ bei seinen Fällen auch solche mit unvollständiger Luxation beobachtet habe.

LORENZ erwidert, dass er einige Fälle beobachten konnte, welche äusserlich das vollkommenste Bild einer unkompleten Luxation darboten. Nie aber konnte er wirklich eine solche konstatiren. Seine Fälle betreffen Kinder von 3 Jahren aufwärts und es sei wohl möglich, dass man solche Subluxationen häufiger antreffen wird, wenn man auch jüngere Kinder der Operation unterziehen wird.

KUNDRAT betont, dass es zweifellose anatomische Befunde gibt, welche es zur Gewissheit machen, dass eine Luxation nach und nach entsteht und dass eine Subluxation in eine komplete übergeht.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 13. März 1893.

Fortsetzung der Diskussion über traumatische Neurose.

Dr. HANS ADLER macht schriftlich die Bemerkung, dass er in allen Fällen von traumatischer Neurose koncentrische Gesichtsfeldeinschränkung konstatiren konnte. Andere Augensymptome, eine Herabsetzung der centralen Sehschärfe, Farbenschwäche, Herabsetzung des Lichtsinnes, Augenmuskelschwäche seien inkonstant. Fälle mit positivem Augenspiegelbefunde am Sehnerven sind mit der grössten Reserve aufzunehmen. Aggravation konnte ADLER selbst

konstatiren. Simulation kommt oft vor, doch bietet die moderne Okulistik mit ihren hochausgebildeten Methoden der Untersuchung meist die Möglichkeit, Simulation und Aggravation aufzudecken.

Prof. MAUTHNER betont, dass der Begriff der Neurose die objektiven Veränderungen ausschliesst und dass dieselbe nur als funktionelle Störung aufzufassen sei, die stets wieder hergestellt werden kann. Die Störung liegt in der Psyche. Wenn solche Leute, nachdem sie den Prozess gewonnen haben, wieder gesund werden, so sei dies nicht zu verwundern. Dies liegt allein im Wesen der Neurose. Es sei sehr ungerecht und inhuman, Jemanden mit einer traumatischen Neurose, der nach dem Erhalt einer Entschädigung gesund geworden, zu einem Betrüger zu stempeln. Dass viele traumatische Neurosen trotz der erhaltenen Entschädigungen noch weiter bestehen, hat seinen Grund darin, weil sich bei denselben pathologische Veränderungen finden, die nur allmälig zum Vorscheine kommen.

Vortragender wendet sich nun zur Beantwortung der Frage: Was muss der Patient angeben, damit er nach seinen Angaben als Simulant erklärt werden kann? Es finden sich bei der Hysterie, sowie bei der traumatischen Neurose sehr viele Erscheinungen, welche physiologisch nirgend ihre Erklärung finden und doch nicht als Simulation gedeutet werden dürfen. Solche Leute liegen ausserhalb unserer Wissenschaft. Die Unterscheidung, ob Jemand Simulant oder Hysteriker ist, ist sehr schwer. Bei der Hysterie und bei der traumatischen Neurose ist das Gesichtsfeld nie so eingeengt, dass die Orientirung im Raume verloren gehen würde. Was die Farbenprüfung anlangt, so genügt dieselbe auch nicht ganz, um vor Simulation zu schützen. Die Farben engen sich der Reihe nach ein und zwar Weiss, Blau, Roth und Grün. Bei Hysterischen wird aber nicht immer diese Reihenfolge eingehalten. Es gibt keine Angabe eines Hysterikers oder eines mit traumatischer Neurose Behafteten, welche als Simulation erklärt werden könnte. Wenn auch alle Angaben den Gesetzen der Pathologie, Physiologie und Physik widersprechen, ja wenn neue Symptome auftreten, die früher noch nie beobachtet wurden, so dürfen die betreffenden Personen doch nicht als Simulanten bezeichnet werden.

Die zweite Frage ist die: Wenn ein Patient solche Angaben macht, welche genau mit den Erfahrungen der traumatischen Neurose stimmen, wie kann man erkennen, dass er sie simulirt? Die koncentrische Gesichtsfeldeinschränkung lässt sich leicht simuliren. Besonders interessant ist das Uebergreifen der Farbengrenzen. Vortragender hat innerhalb einzelner Farbenfelder zonuläre Defekte entdeckt, die unmöglich simulirt werden können. Die koncentrische Einschränkung für Farben kann ebenfalls leicht simulirt werden. Und wenn man wiederholt untersucht, so brauchen auch die Befunde nicht zu stimmen; (FÖRSTER hat ein Ermüdungsgesichtsfeld beschrieben) ja einer der immer dieselben Angaben macht, ist eher als Simulant zu betrachten als Jemand, der verschiedene Angaben macht. Die Gesichtsfelder sind auch verschieden, je nachdem man die Untersuchung temporalwärts oder nasalwärts beginnt. Selbst die Aufnahme des Gesichtsfeldes aus verschiedenen Entfernungen hat keinen grossen Werth, da ein Simulant, der gut eingeübt ist, als solcher schwer zu entdecken ist. Die Leute lesen die medizinischen Fachschriften und sind daher über die Symptome der traumatischen Neurose gut unterrichtet. Es wäre daher besser, wenn über dieselbe nicht so viel geschrieben würde. In den von Prof. REUSS untersuchten Fällen sei Simulation gänzlich ausgeschlossen.

Prof. BENEDIKT bemerkt, dass sich bei der Hysterie räthselhafte Momente finden und dass täglich neue Erscheinungen beobachtet werden können. Vortragender berichtet über einige solcher Fälle. Die Zeugnisse sollen ohne Rücksicht auf die persönliche Empfindung ausgestellt werden und der Arzt darf sich dabei nicht durch das Mitleid leiten lassen, er darf das Leiden nicht schwerer accentuiren, als er es verantworten kann. Ueber den vorgestellten Fall berichtet STÖHR, dass demselben eine schwere, schwingende Kette an den Kopf getroffen habe; es wäre ein grosses Wunder gewesen, wenn der betreffende Mann gesund geblieben wäre. Derselbe ist sehr schwachsinnig, und es ist ganz unmöglich, denselben abzurichten. Leute, die wir abrichten können, sind eben Simulanten. Keineswegs sei die Jagd nach Simulanten gerechtfertigt. Wenn STÖHR angibt, dass in England viel weniger Personen an Eisenbahnshok leiden als bei uns, so hat dies seinen Grund darin, weil dort der Verkehr so eingerichtet ist, dass die meisten Eisenbahnbediensteten mit dem Zuge fahren. Die Lokomotivführer sind am wenigsten in dieser Beziehung gefährdet, da diese gewöhnlich die Gefahr bemerken und abspringen können; sie erleiden daher zumeist chirurgische Traumen.

Prof. MAUTHNER kommt auf einen von STÖHR citirten Fall zurück, welchen derselbe, da bei ihm schon früher Hysterie bestand, für einen Simulanten hält. Dies sei nicht richtig, da durch ein Trauma die Hysterie gesteigert werden kann; ferner kann auch latente Hysterie in Folge eines Traumas ausbrechen.

Dr. WEISS bemerkt, dass die traumatische Neurose heute ein streng umschriebener Begriff sei, bei der sich ganz bestimmte Symptome finden. Der von ihm vorgestellte Fall sei ein eklatanter Fall von traumatischer Neurose, bei dem von Simulation keine Rede sein könne.

Prof. STÖHR hat den vorgestellten Fall durchaus nicht für gesund gehalten und nur Zweifel gehegt, ob ein Causalnexus zwischen dem Trauma und der Erkrankung besteht. Er wurde nicht als Simulant betrachtet, sondern es handelt sich nur darum, nach welchem Modus er versorgt werden soll.

Dozent Dr. KÖNIGSTEIN und Dr. TOPOLANSKY erklären sich mit den Ausführungen MAUTHNER's einverstanden und verzichten daher auf das Wort.

Versammlung des Vereines für Psychiatrie und Nervenpathologie in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau»)

Sitzung vom 14. März 1893.

Dr. Linsmayer: *Demonstration eines Falles von Akromegalie.*

Der vorgestellte Fall zeigt in prägnanter Weise eine Vergrösserung der Gipfelenden des Körpers (Nase, Lippen, Zunge, Hände und Füsse). Besonders auffallend ist die Vergrösserung der Hände, der Handgelenke und des Vorderarmes; die Finger kolbig aufgetrieben, Nägel und Haut normal. Zunge verbreitert, Unterkiefer verlängert, Zähne desselben um $^1/_2$ *cm* vor den Zähnen des Oberkiefers stehend. Bedingt ist die Verlängerung durch Verdickung des Unterkiefers, besonders der aufsteigenden Aeste. Ohren sind nicht vergrössert. Eigenthümliche gebückte Haltung mit Vorwärtsneigung des Kopfes; Kyphose. Brust- und Schlüsselbein stärker als sonst. Genitale nicht vergrössert, ebensowenig Schilddrüse und Thymus. Sinnesorgane normal. Abnorme Schweissbildung. Patient stammt aus gesunder Familie und ist 60 Jahre alt; der Beginn der Erkrankung fällt in sein 35. Lebensjahr. Vortragender macht darauf aufmerksam, dass manche Körpertheile erst in späterer Zeit ein stärkeres Wachsthum zeigen (Bart beim Manne, Entwicklung des Genitales und der Brustdrüsen in der Pubertät); vielleicht handelt es sich bei manchen Fällen von Akromegalie, bei der das Wachthum in der Dicke vorherrscht, um eine ähnliche Erscheinung.

* * *

Dr. Hirschl: *Ein seltener Fall von Facialiskrampf.*

Ein 21jähriger Mann, der bereits viele Augenerkrankungen und Periostitiden mitgemacht, bekam zuerst einen Spasmus nictitans, worauf sich Krämpfe im Facialisgebte beider Gesichtshälften in der Weise entwickelten, dass rechts bei den geringsten Reizen ein tonischer Krampf des Frontalis und links klonische Krämpfe des Orbicularis palpebrae auftraten. Die Krämpfe veringerten sich auf Darreichung von Antispasmodica und sind heute in geringer Weise durch Druck auf Nervenpunkte des Trigeminus hervorzubringen, während dieselben früher selbst durch Reize auf den Unterschenkel erzeugt werden konnten.

* * *

Stabsarzt Dr. Janchen: *Casuistische Mittheilung.*

Vortragender demonstrirt einen 21jährigen Soldaten (von Beruf Weber), welcher voriges Jahr eingerückt war und wegen Kon-

statirung von Epilepsie, ins Garnisonsspital zur Beobachtung aufgenommen wurde. Da sich durch 6 Wochen kein Anfall zeigte wurde er wieder zu seiner Kompagnie zurücktransferirt, wo er wegen heftiger Schmerzen im Sprunggelenke, die sich beim Gehen zeigten und bis zum Knie ausstrahlten, einen Selbstmordversuch ausübte. Gang hinkend; Patient apathisch, wurde nie in gehender oder stehender Stellung angetroffen, das Gelenk zeigt absolut keine Abnormität. In seinem 17. Lebensjahre machte Patient einen 10 stündigen Dauermarsch, nach welchem eine starke Anschwellung der Knöchelgegend auftrat, welche mit heftigen Schmerzen in den Malleolis verbunden war, die seit dieser Zeit noch bestehen und dem Patienten das Gehen und Stehen verleiden. Schmerzen rechts stärker als links, Plattfuss ausgeschlossen Sensibilität normal, keine Gesichtsfeldeinschränkung. Eine auffallende Erscheinung förderte die elektrische Untersuchung zu Tage, indem sowohl Muskel als Nerven auf die Anode viel rascher antworten als sonst; bei starken faradischen Strömen zeigt sich ein eigenthümliches Wogen der Muskulatur, ferner ist eine leichte Ermüdbarkeit derselben zu konstatiren. Vortragender hält den Fall für eine acquirirte Myotonie. Eltern des Patienten gesund, eine Schwester desselben leidet an Tetanie.

Hofr. v. Krafft-Ebing möchte diesen Fall in die Reihe der traumatischen Neurosen bringen, welche ebenfalls durch Ueberanstrengung entstehen können. Hier handelt es sich um eine Gelenksneurose, welche vielleicht durch feuchte Faradisation quer durch das Gelenk behoben werden könnte. Die fibrillären Zuckungen zwischen beiden Polen errinnern zwar sehr an die Myotonie, doch sei darauf, dass die Anodenreaktion der Kathodenreaktion gleichkommt, weniger Gewicht zu legen. Hier wirkt die Gelegenheitsursache weiter fort; hätte der Patient Gelegenheit gehabt, sich zu schonen, so wäre es vielleicht nicht so weit gekommen.

* * *

***Dr. Mayer**: Ueber Hirnschenkel-Erkrankungen.*

Vortragender demonstrirt zwei diagnostisch interessante Fälle. Der erste betrifft einen 28 jährigen Mann, welcher sonst stets ganz gesund war und von gesunden Eltern abstammt. Derselbe litt in letzter Zeit stark an Kopfschmerzen, besonders in der Stirngegend, worauf Doppeltsehen auftrat, das bei Schliessen eines Auges schwindet. Luës negirt. Parästhesien der rechten oberen Extremität, rechte untere Extremität im Gehen behindert, beiderseitige Ptosis, Pupillen meist eng, links weiter als rechts. Links Lähmung sämmtlicher Oculomotoriusäste, rechts Lähmung des Levator palpebrae, Musc. rect. sup. und inferior, rechtsseitige Parese des Facialis. Reflexe erhöht, rechts mehr als links. Schwere Störung der tiefen Sensibilität, leichte Störung der Hautsensibilität. Augenspiegelbefund negativ. Es handelt sich hier um eine gekreuzte Lähmung, deren Ursache in den Hirnschenkel zu verlegen ist. Die Störung der Lagevorstellung findet ihre Ursache in einer Läsion der Gelenksnervenenden. Warum letztere schwerer betroffen werden als die Hautnerven, lässt sich schwer entscheiden. Dass die Funktion des Oculomotorius auch rechts beeinträchtigt ist, würde für ein Uebergreifen des Prozesses über die Mittellinie sprechen. Patient ist seit August des vorigen Jahres krank; die Erscheinungen haben seit dieser Zeit rasch an Schwere zugenommen, es handelt sich daher hier um einen progressiven Prozess, wahrscheinlich um einen Tumor, vielleicht um ein central entstandenes Sarkom.

Der zweite Fall betrifft einen 25 jährigen Mann, welcher in seiner Jugend mehrere Infektionskrankheiten überstanden hat und neuropathisch veranlagt ist. Er diente bei der Marine, wo er Intermittens und Lues acquirirte und deshalb entlassen wurde. Er ergab sich dann dem Trunke und schoss sich eine Kugel in die rechte Schläfe. Ins Spital gebracht, riss er sich den Verband vom Kopfe und fuhr mit einer Kornzange in die Wunde, mit welcher er sich Gehirnmasse herausriss. Auf die psychiatrische Abtheilung transferirt, konstatirte man bei demselben linksseitige Hemiplegie und Hemianopsie. Nachschleppen des linken Beines, leichte linksseitige Facialisparese, totale homonyme linksseitige Hemianopsie. Unbeholfenheit. Reflexe links gesteigert, keine Pupillendifferenz. Gehör rechts besser als links. Die Störungen können nur durch eine Läsion des Tractus opticus, des Pes pedunculi und der Schleifenbahn erklärt werden, die eben nahe beisammen liegen. Um dieselben zu lädiren, musste daher Patient mit der Kornzange den überhängenden Schläfelappen durchbohrt haben, wofür auch der Umstand spricht, dass er rechts besser hört als links, da eben angenommen wird, dass die Acustici sich kreuzen. Der Zustand des Patienten hat sich während seines Spitalsaufenthaltes wesentlich gebessert, da eine Anzahl encephalitischer Prozesse zurückgegangen sind.

Dr. Em. Mandl.

Société Médicale des Hôpitaux in Paris.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 10. u. 24. Februar 1893.

***Chauffard**: Tuberkulose der Zunge.*

Redner stellt einen Patienten vor, welcher mit einer sehr seltenen Abart der Zungentuberkulose behaftet ist und deren Diagnose in der That nicht leicht zu stellen war. Die Läsion hat ganz das Aussehen eines exulcerirten syphilitischen Gummas. Patient ist 48 Jahre alt, beinahe kachektisch. Von Seiten der Zunge konstatirt man eine beträchtliche Verdickung des vorderen Drittels, welches eine höckerige Beschaffenheit hat und mit einem reichlichen gelblichen Exsudate bedekt ist; in seiner Mitte befindet sich eine tiefe, unregelmässige Fissur, die in einer Art Krater endigt. An der linken Lippenkommissur ist ein Geschwür vorhanden, an derselben Seite am Kieferwinkel eine etwas vergrösserte bewegliche Lymphdrüse wahrnehmbar. Ueber beiden Lungenspitzen Schall leicht gedämpft, einzelne Rasselgeräusche hörbar; in den Sputis deckt die bakterioskopische Untersuchung Tuberkelbacillen auf. Larynxtuberkulose wahrscheinlich; selbe kann, in Folge des Zustandes der Zunge, durch das Laryngoskop nicht verificirt werden.

Patient hatte nur im Alter von 24 Jahren drei Wochen nach einem suspekten Coitus eine Läsion am Penis bekommen, die wahrscheinlich ein harter Schanker war. Wiewohl bei ihm weder sekundäre noch tertiäre Erscheinungen aufgetreten sein sollen, so dachte man doch an die Möglichkeit der syphilitischen Natur jener Läsionen an der Zunge. Man unterwarf den Kranken einer energischen antisyphilitischen Behandlung, die Läsionen besserten sich jedoch nicht, im Gegentheil, sie breiteten sich mehr aus.

Es handelt sich also in diesem Falle um Tuberkulose der Zunge, die eine seltene Form darstellt. Auch die Jodbehandlung hat den Zustand eher verschlimmert. Jetzt wird Patient mit Kampher-Naphthol örtlich behandelt.

Rendu hat in einem analogen Fall gute Resultate mittelst Acidum lacticum (Lösung 1 : 10) erzielt.

Fernet hat vor der «Société de Thèrapeutique» über einen ähnlichen Fall berichtet, bei welchem das Acidum lact. ohne Erfolg verabreicht wurde, während das Kampher-Naphthol, nachdem es regelmässig drei Monate lang verabreicht wurde, die Heilung herbeiführte.

* * *

***Sevestre**: Ein Fall von Lepra (?) ohne Anästhesie.*

Der Vortragende stellt einen 9 jährigen Knaben vor, dessen Muskelsystem und periphere Nerven sehr bemerkenswerthe Läsionen aufweisen. Die Krankheit begann vor ungefähr drei Jahren. Im Laufe eines Jahres hat sich eine fast allgemeine hochgradige Muskelatrophie herausgebildet. Die seit 1890 von stark ausgeprägten Sehnenretraktionen sowie von trophischen Störungen (Schwellung der Knochen an den Gelenken, Pemphigus an den Fingerenden etc.) begleitet ist. Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass der kleine Patient, trotz der vorgeschrittenen generalisirten Muskelatrophie, sämmtliche Bewegungen mit grosser Leichtigkeit ausführen kann. Die Nerven der Extremitäten zeigen spindelförmige Anschwellungen. An den unteren Gliedmassen zeigt die Haut an einzelnen Stellen Depressionen. An diesen Stellen ist die Haut verfärbt. Die Empfindlichkeit ist überall vollständig erhalten. In Anbetracht der Beschaffenheit der peripheren Nerven, der trophischen Störungen und der besonderen Charaktere der Muskelatrophie

kann man in diesem Falle an das Vorhandensein von nervöser Lepra denken, die insoferne von den gewöhnlichen Fällen abweicht, als keine Anästhesie besteht.

Diskussion: Dr. BROCQ hebt hervor, dass das vollständige Fehlen von Anästhesie nebst jener so beträchtlichen Muskelatrophie hinreichend ist, um Lepra auszuschliessen. Nichtsdestoweniger möchte Redner vorschlagen, die Mikroskopie der Nerven auszuführen, um zu sehen, ob in den Nodositäten HANSEN'sche Bacillen vorhanden sind.

Die DDr. RAYMOND und MARIE denken, dass es sich bei dem vorgestellten Knaben um eine reflektorische Amyotrophie handelt, abhängend von den geschilderten Gelenks- und Knochenläsionen.

Dr. RENDU möchte sich für die Diagnose Lepra entscheiden; eine reflektorische Amyotrophie würde jene knotenförmigen Anschwellungen der Nerven nicht erklären. Indessen muss man auch an die Möglichkeit einer Tuberkulose denken, denn bei Kindern verursachen auch zuweilen gewisse Formen von chronischer Tuberkulose, ähnliche Nodositäten im Verlaufe der Nerven.

Dr. THIBIERGE: Bei der Lepra sind die Nodositäten der Nerven deutlich spindelförmig, während dieselben im vorliegenden Falle mehr abgerundet sind und dem Tastgefühle als Lymphdrüsen erscheinen.

* * *

Raymond: *Allgemeine hysterische Anästhesie beim Manne.*

Der von Prof. RAYMOND vorgestellte Kranke, 32 Jahre alt, Krystallschneider, bietet eine allgemeine Anästhesie dar, die vom physiologischen wie vom neuropathologischen Standpunkte von dem grössten Interesse ist.

Patient ist blass, herabgekommen, düster und apathisch. Eine organische Läsion ist indessen nicht nachweisbar. Wenn man mit ihm spricht, so gewahrt man bald, dass seine psychische Sphäre ziemlich alterirt erscheint; seine Gedanken entwickeln sich langsam, seine Rede ist zusammenhanglos, sein Gedächtniss unverlässlich. Er liegt fast den ganzen Tag im Bett, des Nachts hat er Hallucinationen.

Die Hautempfindlichkeit ist in allen ihren Arten aufgehoben. Die Schleimhäute sind ebenfalls vollkommen unempfindlich, desgleichen die tiefer liegenden Theile, die Muskeln und Gelenke. Er empfindet keinen Schmerz, wenn man ihn stark zwickt oder dessen Gelenke heftig zerrt; er ist sich nicht bewusst der Stellung und Bewegung seiner Gliedmassen, wenn er sie nicht sieht, er weiss nicht was er im Voraus thun soll um irgend eine Bewegung mit den Extremitäten auszuführen: mit einem Worte: sein Muskelsinn ist total unterdrückt. Von allen spezifischen Sinnen ist nur noch der Gesichtssinn (mit Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 50 Grad und mit einer Dyschromatopsie für das Grüne und das Violette) und das Hörvermögen erhalten geblieben, welch' letzteres beträchtlich geschwächt ist. Geschmack und Geruch sind völlig verschwunden. Die inneren Empfindungen sind zum mindesten beträchtlich herabgemindert; Patient hat nicht das Gefühl des Hungers, er spürt nichts, wenn die Blase oder der Darm sich entleert. Muskelreflexe, Patellar- und Cremasterreflex sind vorhanden, während die Hautreflexe fehlen. Die Funktionen des Geschlechtsapparates vollführen sich noch. Es besteht eine allgemeine Muskelschwäche. Die elektrische Contractilität ist normal, die elektrische Empfindlichkeit ist verschwunden. Keine trophischen Störungen, keine Spuren von Syphilis.

Die Mutter des Kranken war eine Hysterische. Seine Brüder und Schwestern tragen den Stempel einer morbiden Heredität. Was ihn selbst betrifft, so war er in seiner Kindheit ein Somnambule und litt stets an Hallucinationen. Mit 19 Jahren hat er die Blattern durchgemacht. Im Alter von 24 Jahren begann er, in Folge eines starken Kummers, an hysterischen Krisen zu leiden, die sich noch gegenwärtig zeigen. Seit seinem Eintritte in's Krankenhaus bekam er sechs Mal Krampfkrisen, die manchmal von unfreiwilliger Urinentleerung begleitet waren. Diese Anfälle sind jedesmal von heftiger Kephalalgie gefolgt. Der Kranke ist kein Alkoholiker, er hat sich aber bei seiner Beschäftigung als Glasarbeiter eine Bleivergiftung zugezogen: er hat wiederholt Anfälle von Bleikolik gehabt.

Die Diagnose in diesem Falle bietet keinerlei Schwierigkeit: Der Kranke ist ein Degenerirter, ein Hysteriker, und seine Neurose, die durch die erbliche Belastung und die Bleiintoxikation verbreitet wurde, entstand in Folge jener starken Gemüthsbewegung.

Mit Bezug auf diesen Fall hat der Vortragende sehr interessante Studien über den Einfluss der Sinne auf die willkürlichen Bewegungen, und die Beziehungen der hysterischen Anästhesie zur Intelligenz, zum Willen und zur Persönlichkeit angestellt. *A. D.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Mikroskopischer Atlas der Bakterienkunde.

Von **Dr. Carl Fränkel,**
Professor der Hygiene an der Universität Marburg
und
Dr. Richard Pfeiffer,
Privatdozent und Vorstand der wissenschaftl. Abtheilung am Institut für Erforschung der Infektionskrankheiten in Berlin.
Zweite Auflage. I. und II. Lieferung.
Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Ein unerwarteter aber wohlverdienter Erfolg belohnt FRÄNKEL-PFEIFFER's Unternehmen. Wie die Autoren selbst gestehen, haben sie auf einen kleinen Kreis von Abnehmern für ihr Werk gerechnet, während sich nun schon nach kürzester Zeit die Nothwendigkeit einer neuen Auflage herausstellt. Man muss aber auch zugestehen, dass auf diesem Gebiete Vollkommeneres heute nicht geleistet werden kann, als es von den beiden Autoren dieses Atlas geliefert wurde. Nach einer die mikrophotographische Technik in klarster Weise erschöpfenden Einleitung folgen die in musterhafter Weise ausgeführten Tafeln, die verschiedene Typen von Kokken und Bacillen darstellen. Ein kurzer Text gibt die nothwendigen Erläuterungen. In gewissenhafter Weise haben die Herausgeber nur absolut tadellose Präparate zu Objekten gewählt und dementsprechend sind die Photogramme durchwegs als mustergiltig zu bezeichnen. Bei dem regen Interesse, dass der Bakteriologie entgegengebracht wird und werden muss, wird es auch der zweiten Auflage des FRÄNKEL-PFEIFFER'schen Atlas an Abnehmern nicht fehlen und mit bestem Gewissen kann zum Ankaufe dieses allen Anforderungen entsprechenden Werkes gerathen werden.

Die Ausstattung bildet hier selbstverständlich einen integrirenden Theil und die HIRSCHWALD'sche Verlagsbuchhandlung hat sich der schwierigen Aufgabe in glänzender Weise gewachsen gezeigt. Hoffentlich erscheinen die weiteren Lieferungen in rascher Aufeinanderfolge.

Spezielle Chirurgie.

Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte.
Von **Dr. med. Arno Krücke,**
prakt. Arzt und Besitzer der physik. Heilanstalt in München.
Achte vermehrte und verbesserte Auflage. — Mit 50 Abbildungen.
Verlag von Ambr. Abel. Leipzig 1893.

Innerhalb von weniger als einem Decennium hat das vorliegende Werk seine achte Auflage erlebt. Man wird die Beliebtheit des circa 350 Seiten starken Buches leicht begreifen. Es wäre kaum möglich mehr Inhalt auf einen so engen Raum zusammenzudrängen, als es der Autor hier gethan. Dabei bleibt die Form jedoch stets eine gefällige, die Ausdrucksweise eine klare. Ohne auf Vollständigkeit Anspruch machen zu können, enthält KRÜCKE's Compendium doch das Wissenswertheste aus der Chirurgie soweit, dass es dem Rigorosenten als Repetitorium wohl empfohlen werden kann. Dem Arzte, der sich in der Praxis, in seltenen und komplizirten Fällen aus einem Buche Rath holen will, wird wohl ein grosses Lehrbuch der Chirurgie unentbehrlich bleiben. Immerhin hat dieses Büchlein den Beweis für seine Existenzberechtigung wie für seine Existenzfähigkeit in vollem Masse erbracht und wird auch weiterhin in dem angedeuteten Sinne seinem Zwecke entsprechen.

Die Ausstattung ist sehr gut.

Chirurgische Beiträge aus dem Erzherzogin Sophien-Spital in Wien.

Herausgegeben von **Doz. Dr. V. Ritter von Hacker,** Abtheilungsvorstand am obigen Spital und an der allgemeinen Poliklinik in Wien. Mit 16 Abbildungen. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1892.

In vorliegendem Hefte sind anlässlich des Lehrerjubiläums BILLROTH's im Oktober 1892 eine Reihe von Aufsätzen gesammelt erschienen, die aus dem Sophien-Spitale hervorgegangen und zerstreut bereits früher publizirt worden waren. Die einzelnen Arbeiten handeln von den Magenresektionen und Gastroenterostomien (Dr. v. HACKER), von Gastrostomie mit Sphincterbildung aus dem Musculus rectus (Dr. STRUNZ), über Hernia ischiadica incipiens (Dr. LANGER), über eine Pankreascyste (Dr. HERSCHE) und endlich über Pentalnarkose (Dr. BREUER und Dr. LINDNER) Jeder dieser Aufsätze enthält interessante Beiträge zu dem betreffenden Thema. HACKER berichtet über 3 Magenresektionen und 4 Gastroenterotomien und präcisirt die Indikationen. Dr. STRUNZ lobt die Vortheile der Sphincterbildung aus dem Musculus rectus bei der Gastrostomie. Dr. LANGER schildert eine noch nicht beschriebene Hernienform. Dr. HERSCHE eine ungewöhnliche Lagerung einer Pankreascyste (unterhalb des Colon). Endlich liefern Dr. BREUER und Dr. LINDNER sehr eingehende Angaben über Anwendungsweise, Vortheile und Nachtheile der Pentalnarkose.

Zeitungsschau.

Hanriot und **Charle Richet: Chloralose, ein neues Hypnoticum.** (La semaine med. Jänner 1893.)

In der Sitzung der Academie de sciences vom 9. Jänner 1893 berichteten HANRIOT und RICHET über die physiologische und therapeutische Wirkung einer neuen Substanz, die sie durch Einwirkung von Chloralanhydrid auf Glycose erhielten. Der krystallinische unter Ausscheidung von Wasser entstehende Körper ist Glyco-chloralanhydrid, den die Autoren kurzweg «Chloralose» nennen. Dieselbe schmeckt sehr bitter, ist leicht in warmen, schwer in kaltem Wasser (6 *gr* in 1 Liter) löslich. In Dosen von 0·6 *gr* per Kilogramm Körpergewicht, hat sie bei Hunden toxische Wirkung, aber in viel schwächeren Gaben etwa 0·02 *gr* zeigt sich eine ausgesprochen hypnotische Wirkung. Die Chloralose ist demgemäss viel wirksamer als das Chloral und kann ihre Wirkung keineswegs als das Resultat einer Spaltung der letzteren im Organismus betrachtet werden. Ueberdies erzeugt das Mittel einen spinalen Reiz, unbeschadet, ja sogar Steigerung der Reflexbewegung, derart, dass der physiologische Charakter desselben durch die hypnotische Aktion auf das Gehirn und excitirende Wirkung auf das Rückenmark gekennzeichnet ist.

Menschen kann, wie die Autoren an sich erprobten, die Chloralose in der Dosis von 0·5—1 *gr* verabreicht werden. Diese Gaben sind jedoch zu stark. Mit 0·2 oder 0·4 *gr* erzielt man einen ruhigen Schlaf, ohne Träume, Ermattung, Eingenommenheit des Kopfes oder Dyspepsie beim Erwachen. Viele Kranke, die weder Morphin noch Chloral vertrugen, hatten auf Chloralose guten Schlaf. *Lg.*

Wilhelm Filehne: Ueber das Hypnal-Höchst. — (Berlin. klin. Wochenschrift. Oesterreich. Aerztliche Vereinszeitung Nr. 5, 1893.)

Letzthin hat unter meiner Leitung Her HANS HERZ eine Untersuchung über die Wirkungen des Hypnals-Höchst angestellt, deren Resultate er in seiner Inaugural-Dissertation, Bresslau 1892: «Die Wirkungen des Monochloralantipyrins (Hypnals) verglichen mit denen des Chloralhydrats und Antipyrins», niedergelegt hat. Indem ich bezüglich des Chemischen und Historischen auf diese Dissertation zu verweisen mir gestatte, erwähne ich nur, dass das Hypnal durch Vereinignng je eines Moleküls Chloralhydrat und Antipyrin entsteht. Im Handel existiren Präparate unter dem Namen «Hypnal», welche chemisch und in ihrer Wirkung ganz verschieden sind. Das «Hypnal» des Handels, dessen ich mich zuerst bediente, schmolz bei 190° C. und war in siedendem Wasser fast unlöslich; es zeigte keine Antipyrin-Reaktion mehr (weder mit Eisenchlorid und Natriumnitrit).

Das Hypnal-Höchst dagegen schmilzt bei etwa 67·5° C.; es ist in heissem Wasser sehr leicht löslich und gibt (mit Eisenchlorid und Natriumnitrit) die für Antipyrin charakteristischen Reaktionen. Dieses erwies sich als physiologisch prompt wirksam und rechtfertigte den Namen «Hypnal». Dr. HERZ hat nur dieses Präparat für seine Untersuchung benutzt und ebenso beziehen sich die folgenden Mittheilungen ausschliesslich auf das Hypnal-Höchst. In Kürze sei über die Wirkungen Folgendes berichtet:

Die schlafmachende, beruhigende Wirkung des Hypnals, resp. im Thierversuche die Betäubung, hängt nicht blos von seinem Gehalte an Chloralhydrat ab (45 Perzent neben 55 Perzent Antipyrin): die am Thiere eben wirksamen Dosen des Hypnals sind nicht wesentlich höher als die des Chlorats, während sie mehr als doppelt so gross sein würden, wenn nur der Chloralhydratfaktor entscheidend wäre. Ferner ist z. B. beim Kaninchen die eben deutlich wirksame Gabe vom Chloralhydrat 0·75 *gr*, während 1·65 *gr* Hypnal (mit einem Gehalte von ebenfalls 0·75 Chloralhydrat) ein ganz anderes Bild gewährt: die Prostration ist geringfügiger u. s. w. Bei grössern Dosen beider Stoffe, z. B. 1·0 *gr* Chloralhydrat und 2·2 *gr* Hypnal (welches ebenfalls 1·0 *gr* Chloralhydrat enthält) ist das chloralisirte Thier schwer betäubt, das hypnalisirte kann durch sensible Reize erweckt werden u. s. w.

Die im Thierversuche, zumal bei Kaninchen, schon bei kleineren Gaben Chloralhydrats sich zeigende Schädigung der Vasomotion und des Herzschlages — (welche übrigens einige Theoretiker zu der keineswegs berechtigten Vorstellung geführt hat, als ob bei korrekter medizinaler Anwendung des Chloralhydrats am Menschen Gefahren für die Blutzirkulation drohten) — fehlt bei Hypnal in kleineren Dosen. Sie entwickelt sich erst bei grösseren Gaben und zwar nur entsprechend ihrem Gehalte an Chloralhydrat — also (nach dem oben ausgeführten) nicht proportional ihrer physiologischen Wirksamkeit, sondern in wesentlich geringerem Masse.

Die Anwendung am Menschen lehrte Folgendes:

Man kann das Hypnal-Höchst einfach in Wasser 1 : 10 gelöst geben; es hat so wenig Geschmack, dass es eines Geschmackskorrigens kaum bedarf; eventuell kann man Syrupus cortic. Aurant. oder eine aromatische Tinctur hinzufügen. In unseren Versuchen erfolgte nur bei erheblichen Magenerkrankungen Erbrechen. Die nöthige Dosis ist für einen Erwachsenen 1·0—1·5—2·0 *gr* (bis 3·0 *gr*). Die schlafmachende Wirkung tritt etwa nach 10 bis 30 Minuten ein.

Das Hypnal-Höchst erscheint als ein empfehlenswerthes, mildes, in vielen Fällen prompt wirkenden Schlafmittel, das aber — wie so viele andere Schlafmittel — auch oft im Stiche lässt. Unter 126 Versuchen, die wir am Menschen anstellten, blieb es 27 Mal ganz ohne Wirkung, 20 Mal war die Wirkung nur gering. Bei leichteren Aufregungszuständen Geisteskranker, bei beginnendem Delirium tremens, bei Chorea minor sahen wir gute Wirkung, während die schwereren Aufregungszustände Geisteskranker besser durch Chloralhydrat und Hyoscin bekämpft wurden. Essentielle Schlaflosigkeit scheint gut zu reagiren, auch bei Schlaflosigkeit, welche durch Schmerzen veranlasst ist; hat sich das Hypnal zum Theil gut bewährt — in manchen Fällen sich aber als machtlos erwiesen.

Alles in Allem darf erwartet werden, dass das Hypnal-Höchst sich als ein nützlicher Zuwachs des Arzneivorraths bewähren wird.

Rezeptformeln für Erwachsene.

1. Rezept.

Hypnali (Höchst) 10·0
solv. in Aq. destill. 100·0

DS. Abends ein Esslöffel voll zu nehmen.

(Der «Esslöffel», wenn 15 *kcm*, enthält 1·5 Hypnal; falls die Wirkung nicht eintritt, ist nach $^1/_2$ Stunde des weiteren ein halber Esslöffel voll zu geben.)

(Statt Aq. destill. 100·0 kann auch Syr. cort. aurant. 20·0 und Aq. destill. 80·0 geschrieben werden.)

2. Rezept.

Hypnali (Höchst) 1·0
f. pulv.
D. tal. dos. Nr. X.

Nach Vorschrift abends ein bis zwei Pulver zu nehmen.

Alexander Korányi (Budapest): **Beitrag zur Lehre der Hirnlähmungen.** — (Magyar orvosi Archivum 1893, 2. Heft. — Oest.-ungar. Centralblatt für die medizinischen Wissenschaften Nr. 6, 1893.)

Bezüglich der Lähmung nach Entfernung gewisser Gehirntheile stehen zwei entgegengesetzte Vorstellungen einander gegenüber. Die eine auf klinischer Basis und von FRITSCH, HITZIG, FERRIER experimentell bestätigt, culminirt darin, dass die Hirnrinde gewisse motorische Centren besitzt, deren Reizung Bewegung, und deren Entfernung Lähmung nach sich zieht. Die Lähmungserscheinungen sind vorübergehend,um so anhaltender aber, je höher organisirt das Thier ist.

Zur Erklärung dieser Erscheinung war man geneigt, die Ersatz-Funktion den gesund gebliebenen Hirntheilen zuzuschreiben, stand aber Schwierigkeiten gegenüber, dieselben aufzufinden. CARVILLE und DURET neigten zur Ansicht, dass die Umgebung des entfernten Hirnstückes die kompensatorische Funktion übernehme, doch löst der elektrische Reiz von da keine Bewegung aus, auch stellt GOLTZ ausser Zweifel, dass die funktionelle Restitution selbst nach Entfernung einer halben Hirnhemisphäre zurückkehrt. SOLTMANN verlegte die vicarriirende Punktion auf die der entfernten Gehirnpartie symmetrische Partie der anderen Seite, doch irrthümlich, weil die elektrische Excitation negativ bleibt. Also es kann weder die lädirte Hirnhälfte, noch die analoge Partie der gesunden Hälfte, die funktionelle Vertretung übernehmen. FERRIER und nach ihm LUCIANI waren geneigt, die Uebernahme der Funktion dem Gehirnstamme beizumessen, doch hat GOLTZ bewiesen, dass die Rückkehr der Funktion weder an den Thalamus opticus, noch an das Corpus striatum gebunden sei.

GOLTZ gelang es jüngst Hunde nach totaler Entfernung des Grosshirns Monate lang ohne bleibende motorische und sensible Störungen am Leben zu erhalten. So mussten denn die Anhänger der Rindencentren die funktionelle Vertretung mit Francois FRANCK auf das Mittelhirn verlegen.

Kein Wunder, wenn langsam die Hypothese GOLTZ und BROWN-SEQUARD's Platz griff: Die Lädirung des Grosshirns und deren pathologische Folgen wirken reizend auf die Nachbartheile des Gehirnes und dieser Reiz hemmt die Funktion der tiefer gelegenen und den Charakter wahrer Centren besitzenden Theile des Nervensystems.

Diese Hemmung verursacht die Lähmungen, die sich mit dem Schwunde der Hemmung ebenfalls zurückbilden.

Wenn der Grund der Lähmungen im Reize besteht, müssen die physiologischen Eigenschaften des Reizes in der Hemmungsweise, d. h. das quantitative Verhältniss zwischen Reiz und dessen Wirkung aufzufinden sein. Die Lähmung müsste also umso stärker sein, je grösser der Reiz ist.

KORÁNYI hat in dieser Richtung zahlreiche Experimente ausgeführt. Wenn beiden Kaninchen die vordere Partie der einen Hemisphäre entfernt, dem einen die Hautwunde einfach zugenäht, dem anederen auf die Hirnwunde Fleischextrakt gelegt wurde, sind bei diesem alle motorische und sensible Störungen in derselben Ausdehnung aber in weit grösserem Grade und weit anhaltender aufgetreten.

Deutlicher noch spricht das Experiment von MALINOVSKY. Er hat in der linken «motorischen Zone» einen Abszess hervorgerufen, es trat Hemiparese ein. Da entfernte er die ganze vordere Partie der linken Hemisphäre, darauf ging die rechtsseitige Hemiparese zurück, trotzdem der jetzige Hirndefekt bedeutender als früher war, als Beweis, dass man die Parese nicht auf die entfernten Theile zurückführen dürfe.

Dass die Lähmungen der Hirnrinde von Reizen herrühren, könnte man ganz gut beweisen, wenn man den Reiz von den tieferen motorischen Centren, etwa denen des Rückenmarkes durch Schnitte abhalten könnte. Aber die motorischen Reize im Rückenmarke gelangen, wie dies OSAWA bewies, auf den verschiedensten Wegen an den Ort ihrer Bestimmung. Wenn wir das Rückenmark in der Nähe des Halstheiles bis zur Mittellinie durchtrennen, stellen sich die eingetretenen motorischen und sensiblen Störungen bald wieder her; wenn man nun etwas tiefer am selben Thiere die rechte Rückenmarkshälfte durchtrennt, gehen auch die jetzigen Störungen ebenso vorüber, wie die früheren, wiewohl die beiden Schnitte einen totalen Querschnitt des Rückenmarkes bedeuten. Der Verlauf des Reizes scheint also nicht an die Vollkommenheit der Pyramidenstrangbahnen gebunden zu sein, was allenfalls den Gang des Reizes durch dieselben, als auf Wegen geringeren Widerstandes normaler Weise nicht ausschliesst. Ebensowenig wie der motorische und sensible Reiz, kann der Hemmungsreiz an die Kontinuität gewisser Bahnen gebunden sein; die Verbreitung desselben werden demnach gewisse Trennungen nicht hindern.

Eine wichtige Eigenschaft des von der Hirnrinde ausgehenden Reizes ist, dass die provocirte Bewegung ausser von dem Entstehungsorte des Reizes, auch noch von den Reizzuständen der motorischen Centren abhängig ist. So kommt es, dass wir manchmal auf Reizung der verschiedensten Rindenpunkte dieselbe Bewegung und ein anderes Mal auf Reizung desselben Punktes, die verschiedensten Bewegungen erhalten. BROWN-SEQUARD hat z. B. bewiesen, dass man von derselben Rindenstelle aus bald die rechte, bald die linke vordere Extremität in Bewegung bringen kann, je nachdem das Thier in sitzender Stellung, links- oder rechtsseitiger Lage fixirt ist. Die Aehnlichkeit des Geotropismus mit dem Galvanotropismus haben KORÀNYI veranlasst, diese Erscheinung auf andere Weise hervorzurufen:

In beiden Ohren eines Kaninchens wurde je ein Pol eines konstanten Stromes placirt, hierauf von der linken Hemisphäre aus mittelst Induktionsstromes nach Belieben bald eine rechtsseitige, bald eine linksseitige Zuckung ausgelöst, der Wendung des konstanten Stromes entsprechend, immer auf Seite der Katode. Doch war das Resultat so wie bei den Experimenten BROWN-SEQUARD's kein bleibendes. Sichern liess sich das Experiment, wenn man die Elektroden des konstanten Stromes an der freigelegten Grenze des verlängerten und des Rückenmarkes symmetrisch zu beiden Seiten der Mittellinie aufsetzte. Bei dieser Einrichtung stellt sich die Zuckung immer auf Seite der Katode ein, gleichviel, ob wir die rechte oder die linke Hemisphäre reizen, woraus zweifellos folgt, dass die Bewegung ausser von dem Reizungsorte, auch von dem Reizzustande der tieferen Theile des Nervensystems abhängt.

Bernhart (Berlin): **Ueber eine weniger bekannte Neurose der Zunge und der Mundhöhle.** — (Neurolog. und med.-chirurg. Centralblatt 1893.)

Es handelte sich in den vier vom Verfasser behandelten Fällen (1 Mann, 3 Frauen) um ein unangenehmes Prickeln und Brennen zunächst in der Zunge, in einzelnen Anfällen auftretend oder auch, wenn auch nicht mit gleicher Intensität, dauernd vorhanden, welches den Schlaf störte und oft das Sprechen verhinderte. Diese Empfindungen sassen meist am linken Rande der Zunge, erstreckten sich aber auch in zwei Fällen auf die Schleimhaut der Mundhöhle am Boden, an den Wangen, am Zahnfleisch und den Kiefern. Zu sehen war an den betreffenden Theilen gar nichts, nur in einem Falle bot die Zungenschleimhaut ein gefaltetes und gefurchtes Aussehen dar. Die Patienten waren alle in einem Alter über 30 Jahre und von kräftiger Konstitution. Die objektive Untersuchung konnte Abweichungen vom Normalen in keiner Beziehung nachweisen. Zwei Frauen trugen künstliche Gebisse, ein Umstand, der in der That Beachtung verdient, aber, wie der vierte Fall lehrt, welcher eine blühende und mit ganz gesunden Zähnen ausgestattete Frau betrifft, durchaus nicht in allen Fällen (vide Literatur-Angaben im Original) vorhanden zu sein braucht. — Diese abnormen Empfindungen quälten die Kranken auf's Aeusserste und namentlich war es die Furcht, an «Krebs» zu leiden, welche die Patienten immer und immer wieder zum Arzte trieb, sie zwang, die Zunge oftmals am Tage im Spiegel zu besehen und ihnen die

Freude am Dasein vergällte. Die Kranken waren wie BERNHART ausdrücklich betont, ruhige und gesetzte Menschen und machten durchaus nicht den Eindruck sogenannter Hypochonder. — In der französischen Literatur ist dieses Leiden nicht unbekannt. FOURNIER und LABBÉ heben bereits 1887 bei einem Vortrage VERNEUIL's über: Des ulcérations imaginaires de la langue (Akadémie de Paris, Sitzung vom 27. September 1887) hervor, dass ihnen derartige Kranke oft vorgekommen seien und betonten, das neuropathische Individuen mindestens so oft, wie rheumatisch oder gichtisch beanlagte, an dem in Rede stehenden Uebel leiden und dass dasselbe, was ja in der That für einzelne Fälle von ganz besonderer Wichtigkeit werden kann, als ein prämonitorisches oder Vorläufersymptom einer späteren Tabes oder Dementia paralytica aufzufassen war. BERNHART bemerkt im Gegensatze dazu, dass das Leiden für sich allein vorkommen und Jahre lang bestehen kann. Schwere objektiv nachweisbare Störungen der physiologischen Funktion der Zunge (Geschmack, Bewegung, Allgemeinempfindung) waren ebenfalls in den vier Fällen BERNHART's nicht vorhanden. Die Therapie ist im Allgemeinen machtlos: Bromkali, Cocaïnbepinselungen, Höllenstein, Thermokauter, Eisen, Arsen, Alles half nur temporär; am meisten leistete eine elektrische Behandlung der Zunge und des Gaumens mit inducirtem oder konstantem Strom Vor Allem aber war es der moralische Einfluss, die wiederholt und auf das Bestimmteste ausgesprochene Versicherung des Arztes, dass es sich um Krebs auf keinen Fall handle, was den Leidenden noch die grösste Erleichterung schaffte.

Dr. Dittrich: Ueber einen tödtlich verlaufenen Fall von Placenta praevia lateralis. (Protokoll der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Wien.)

Es handelte sich um eine 40jährige Frau, welche im letzten Monate schwanger war. Dieselbe litt durch mehrere Tage an Gebärmutterblutungen, welchen von der Hebamme nicht die nöthige Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Sie gab Acidum Halleri und bestand auf der Herbeiziehung eines Arztes erst längere Zeit, nachdem die Blutungen begonnen hatten. Bevor der Arzt anlangte, war die Frau unentbunden gestorben.

Die Leiche wurde ins gerichtlich-medizinische Institut überführt und vom Todtenbeschauer die sanitätspolizeiliche Obduktion beantragt. Da sich jedoch bei der äusseren Besichtigung der Leiche im Zusammenhang mit den anamnetischen Angaben in diesem Falle ein begründeter Verdacht auf ein Verschulden der Hebamme und vielleicht auch des Arztes ergab, indem es sich von vorneherein wahrscheinlich um eine Placenta praevia gehandelt haben dürfte, so wurde seitens des Institutes die gerichtliche Obduktion angeregt und eine solche nachträglich auch von der Staatsanwaltschaft angeordnet. Die Sektion ergab als Todesursache hochgradige universelle Anämie durch Verblutung aus einer Placenta praevia lateralis. In der Scheide fand sich ein ihre ganze Länge einnehmendes, nach oben breites, nach unten zugespitztes, 11 *cm* langes, im oberen Antheile bis 7 *cm* im Durchmesser haltendes, ziemlich festes, theils schwärzlich, theils leicht bräunlich gefärbtes Blutgerinsel, welches aus dem für drei Querfinger leicht durchgängigen Muttermunde hervorragte und in die Gebärmutterhöhle hinein sich fortsetzte. Die Placenta war im unteren Theile der Hinterwand des Uterus angeheftet und mass in querer Richtung 20, in der Längsrichtung 16 *cm*.

Die Nabelschnur inserirte etwas oberhalb der Mitte der Placenta. Die untere Partie des Mutterkuchens lag dem inneren Muttermunde in der Weise auf, dass der untere Rand etwa einen Querfinger breit auf die vordere Wand der Gebärmutter übergriff. Diese Partie des Mutterkuchens und ihre nächste Umgebung waren von der Gebärmutterwand im Umfange von mehr als einer Handfläche abgelöst, mit frischen Blutgerinseln belegt, von welchen das in der Scheide befindliche Blutgerinsel direkt abging.

Aus diesem Befunde ergibt sich sonach, dass eine Rettung der Mutter durch rechtzeitiges und fachgemässes ärztliches Eingreifen möglich gewesen wäre. Die Hebamme trifft insoferne ein Verschulden, als sie nicht rechtzeitig, wie es ihre Instruktion, fordert, mit Rücksicht auf die starken Blutungen auf der Herbeiholung eines Arztes bestand. Denn es musste ihr bekannt sein, das stärkere Gebärmutterblutungen überhaupt und bei Schwangeren insbesondere direktes Eingreifen erfordern.

Standesfragen und Korrespondenz.

Brief aus Ungarn.

(Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Die allgemeine Sanitätspflege im Landtage. — Anträge der Budapester Central-Epidemie-Kommission anlässlich der 1892er Cholera.

In Abgeordnetenkreisen des ungarischen Landtages soll ein Reformantrag vorbereitet werden, der zum Zwecke hat, dass anlässlich der nächsten Neubildungen der Landtagskommissionen, auch eine Kommission für allgemeine Sanitätspflege konstituirt werde. Mehrere Landtagsdeputirtn lassen auch unter dem Titel «Sanitäts-Reformentwurf» eine Schrift kolportiren, deren kurzer Inhalt folgender ist: 1. Bei den Komitaten ist der Vizegespann der dirigirende Leiter der Sanitätspflege; der Komitatsphysikus übt keine Praxis aus, inspizirt aber die Thätigkeit der Bezirksärzte; dem Physikus werden 1—2 Unterärzte beigegeben, die praktiziren können. 2. Die Bezirksärzte dürfen nicht praktiziren, sondern versehen, als zum Stuhlrichteramt gehörig, die hygienischen Agenden 3. Die Kommunalärzte erhalten stufenweise Gebühren und geniessen Pension; in jeder Gemeinde müssen Hebamme, Todtenbeschauer und Desinfektor vorhanden sein; beide letztere können durch eine und dieselbe Person vertreten sein. Die Gebühren der Todtenbeschauer und der Hebammen schreibt das Gesetz vor und die Gemeinden bezahlen dieselben; die Gehälter der Kreisärzte sollen derart stipulirt sein, dass die Betreffenden dabei gut existiren können.

Zu diesen Daten bemerkt der «Közeg. Kalauz»: Behufs Wahrung der moralischen und materiellen Interessen der allgemeinen Sanitätspflege und des Sanitätspersonales wäre es rathsam, wenn bei den nächsten Landtagswahlen, sowohl die Aerzte als die Apotheker eine bestimmte Summe zur Deckung der «konstitutionellen Ausgaben» zusammenbringen würden, damit ein Apotheker und ein Arzt in den Landtag gewählt werden könne. Diese Deputirten würden dann gleichsam ex offo verpflichtet sein, die Standesinteressen bei jeder Gelegenheit zu vertheidigen und zu deren Förderung das Wort zu ergreifen; dann müsste nicht befürchtet werden, dass die wichtigsten Angelegenheiten dieser beiden Korporationen ohne deren Uebereinstimmung verhandelt würden.

Von den Vorschlägen, welche die Central-Epidemie-Kommission, auf Grundlage der während der erst vor Kurzem abgelaufenen Choleraepidemie gemachten Erfahrungen ertheilte, erwähnen wir folgende: Dass dieselbe sich vor Allem auf die Beschaffung eines guten Trinkwassers und auf eine allgemeine Kanalisirung beziehen, sowie auf jene noch immer nicht berücksichtigten Momente, auf welche schon die Epidemiekommission im Jahre 1886 aufmerksam gemacht, ist in der Natur der Sache gelegen; ausserdem werden die betreffenden Kreise und Behörden aufmerksam gemacht: 1. auf die sofortige Erbauung und Einrichtung von grossen Cholerabaraken und definitiven Desinfektions-Anstalten; 2. auf ein nicht nur für die Hauptstadt, sondern für das ganze Land zu kreirendes besonderes Epidemiegesetz; 3. auf die Vermehrung der Asyle für Obdachlose in Budapest; 4. auf die Aufrechthaltung und Systemisirung der Volksküchen; 5. auf eine grössere Sorgfalt zur Erhaltung und Kontrollirung der allgemeinen Reinlichkeit; 6. auf die für die allgemeine Reinlichkeit so wichtige Frage der öffentlichen Aborte und Pissoire; 7. auf die Instandhaltung guter Strassen und zweckmässige Pflasterung der Gassen; 8. auf eine rasch zu erledigende Marktodnung. In erster Reihe sind diesbezüglich die mittelst Schiffen zugeführten und ausgeladenen Lebensmittel und sonstige die öffentliche Sanität gefährdenden Transportmittel zu berücksichtigen und die baldige Errichtung von Markthallen zu bewerkstelligen.

Tagesnachrichten und Notizen

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 13. d. M. abgehaltenen wissenschaftlichen Versammlung des Wiener mediz. Doktoren-Kollegiums wurde die Diskussion über die traumatische Neurose, an der sich die Herren Prof. Mauthner, Benedikt und die DDr. Weiss und Stöhr betheiligten, zu Ende geführt. In der Versammlung des Wiener medizinischen Clubs am 15. d. M. fand eine Diskussion über den Vortrag Dr. Stein's «Zur Aetiologie und Therapie der Diarrhöen» statt, an der sich die Herren DDr. Hochsinger und Singer betheiligten. Hierauf folgte der Vortrag Dr. Silberstern's, «Zur Aetiologie des Hautemphysems». Die k. k. Gesellschaft der Aerzte hielt am 17. d. M. unter Vorsitz Hofr. Prof. Billroth's ihre administrative Sitzung ab, an die sich ein Vortrag Hofr. Prof. Kundrat's «Ueber Lymphosarkomatosis» anschloss. Der ausführliche Bericht über die Sitzungen der beiden letztgenannten Vereine findet sich in der nächsten Nummer.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Wie bereits kurz erwähnt feierte am 13. d. M. Hofr. Prof. Späth seinen 70. Geburtstag. Aus diesem Anlasse wurden dem einst so beliebten und um die Entwicklung seiner Disziplin an der Wiener Schule verdienten Gynäkologen herzliche Ovationen von Nah und Fern zu Theil. Die Universität, der niederösterreichische Landes-Sanitätsrath, das Allgemeine Krankenhaus, die k. k. Gesellschaft der Aerzte, das Wiener medizinische Doktoren-Kollegium, die Gynäkologische Gesellschaft entsandten Vertreter in die Wohnung des Jubilars. Zwölf ehemalige Assistenten Späth's überreichten ihm eine schwungvoll geschriebene Adresse. Der Sprecher der Deputation, Dr. Bartsch, schloss seine Ansprache mit den Worten: «Wenn auch ein grausames Geschick Sie hindert, uns zu sehen, so mögen Sie unseren warmen Händedruck der Freundschaft fühlen und unsere besten Wünsche und vor Allem den Wunsch hören: Gott erhalte Sie noch viele, viele Jahre!» Der Jubilar dankte, aufs Tiefste ergriffen, seinen Schülern und Verehrern für die sein Lebensende verschönernde Kundgebung. — Als Privatdozenten haben sich an der Wiener medizinischen Fakultät habilitirt: Dr. Hammerschlag und Dr. Kovacs für innere Medizin, Dr. Heider für Hygiene, Dr. R. Frank für Chirurgie und Dr. Gomperz für Ohrenheilkunde. — Dem in den Ruhestand getretenen Ministerialrathe Dr. Ludwig Markusovszky wurde durch Se. Majestät der Titel eines Universitäts-Professors ad honores verliehen. — Die Académie des sciences in Paris hat in ihrer letzten Sitzung Sir Joseph Lister zu ihrem auswärtigen Mitglied gewählt. Lister ist dadurch der Nachfolger des jüngst verstorbenen berühmten englischen Naturforschers Richard Owen in der französischen Akademie geworden. — Der Unterrichtsminister übermittelte dem Abgeordnenhause in den letzten Tagen einen Gesetzentwurf, betreffend die Aufbringung der Mittel zum Baue eines anatomisch-physiologischen Institutes für die neu zu errichtende medizinische Fakultät in Lemberg.

(Wiener medizinisches Doktorenkollegium). Am 6. d. M. hielt die Witwen und Waisensocietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums unter dem Vorsitze des Präsidenten Dr. Hopfgartner ihre diesjährige Generalversammlung ab. Das Vermögen der Societät, welcher 329 Mitglieder angehören, beträgt 2,554.527 fl., und wurden im vergangenen Jahre 117.142 fl. an Pensionen für 172 Witwen und Waisen verausgabt. Nach Ertheilung des Absolutoriums wurden gewählt: Dr. Friedrich Gauster und Dr. v. Radda als Ausschüsse, Dr. Franz Mracek und Dr. Fischer-Colbrie als Ersatzmänner, Dr. Ferdinand Much und Dr. Franz Müller als Rechnungsrevisoren, Dr. Ludwig Klein als Aktuarstellvertreter.

(Krankenverein der Aerzte Wiens.) Die Herren Kollegen werden aufmerksam gemacht, dass nur jene Herren, welche im ersten Quartale, das ist bis Ende März a. c., dem Krankenvereine der Aerzte Wiens beitreten und auch die auf dieses Quartal entfallende Rate entrichten, mit 1. Juli ihr eventuelles Genussrecht erlangen, während bei jenen, welche nach dem obigen Termin eintreten, die Bedingungen des § 8 der Statuten in Kraft treten, welcher lautet: Die Mitgliedschaft beginnt nach erfolgter Aufnahme in der Vorstandssitzung. — Die Genussberechtigung beginnt jedoch erst nach Ablauf von 6 Monaten, vom Tage der Aufnahme in der Vorstandssitzung an gerechnet. Die Aufnahme geschieht in der Vorstandssitzung bei geheimer Abstimmung mit einfacher Majorität, und hat jeder Aufnahmswerber einen Revers auszustellen, dass er ärztlich erwerbsfähig ist, welcher Revers von zwei in demselben Bezirke wohnenden ordentlichen Mitgliedern des Krankenvereines zu bestätigen ist. Ein Jahr nach erfolgter Konstituirung des Vereines werden Aerzte, welche das 60. Lebensjahr überschritten haben, als ordentliche Mitglieder nicht aufgenommen.

(Verein der Aerzte des I. Bezirkes.) In der am 14. d. M. unter dem Vorsitze des Obmannes Prof. Dr. Alois Monti abgehaltenen, sehr zahlreich besuchten Plenarversammlung wurde über Antrag des Dr. Eduard Fischer, in Anbetracht und in voller Würdigung der eminent humanitären Mission des Krankenvereines der Aerzte Wiens, — seitens des Vereines der Aerzte des I. Bezirkes der einstimmige Beschluss gefasst, diesem Institute mit dem statutenmässigen Gründungsbeitrage per 100 Gulden ö. W. beizutreten.

(Aerztekammern). Die Durchführungs-Verordnung für die Aerztekammern ist, wie aus parlamentarischen Kreisen verlautet, an die Behörden einzelner kleinerer Länder bereits hinausgegeben worden. Betreffs der gemischtsprachigen Kronländer will man noch abwarten.

(Frequenz der ungarischen Universitäten.) Im ersten Semester des laufenden Schuljahres waren an der Budapester Universität 3580 Hörer inscribirt, darunter 883 Mediziner, an der Klausenburger Universität 575 Hörer, darunter 122 Mediziner.

(Der XV. Kongress der Deutschen Balneologischen Gesellschaft) hat vom 10. bis 14. März d. J. in Berlin getagt. Der Vorstand der Gesellschaft, bestehend aus Liebreich, Winternitz, Schliep, Thilenius und Brock wurde einstimmig für das künftige Jahr wiedergewählt. Zum Delegirten der Balneologischen Gesellschaft, für den im Herbst d. J. in Rom abzuhaltenden XII. internationalen medizinischen Kongress wurde Prof. Winternitz aus Wien ernannt. Ueber die wissenschaftlichen Arbeiten des Kongresses berichten wir für heute nur, dass von Leiden, Liebreich, Fürbringer, Jahn, Winternitz, Ewald, Gans, Keller, Putzar u. A. sehr interessante Themata behandelt und zur Diskussion gebracht wurden.

(Die internationale Sanitäts-Konferenz in Dresden) ist am 11. März 1893 eröffnet worden. Die Anregung dazu ging von der österreichisch-ungarischen Regierung aus, die zunächst mit Deutschland und dann mit anderen europäischen Staaten wegen der Beschickung der Konferenz und des Programms für dieselbe in Verhandlungen trat. Dem Wunsche der österreichisch-ungarischen Regierung, dass die Konferenz auf deutschem Boden abgehalten werden möchte, wurde deutscherseits zugestimmt, und es sind demzufolge die formellen Einladungen zu der Konferenz von der deutschen Regierung erlassen worden. Auf der Konferenz wird beabsichtigt, im Hinblick auf die schweren Schädigungen, welche das gesammte wirthschaftliche Leben nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern durch die in einzelnen Staaten anlässlich der vorjährigen Cholera-Epidemie ergangenen weitgehenden und verschiedenartigen Verkehrsbeschränkungen erlitten hat, für die Zukunft bestimmte Grenzen zu vereinbaren, über welche bei den zur Abwehr der Cholera zu ergreifenden Massnahmen allerseits nicht hinauszugehen wäre. Die österreichische Regierung hat sich durch die Verhandlungen, die sie in Berlin hat führen lassen, mit der Reichsregierung über 25 Fragen verständigt, die allen denjenigen Kabinetten zugesandt sind, welche die internationale Sanitäts-Konferenz zu Dresden beschickt haben. Die Antworten auf diese 25 Fragen bilden das Material zu den Instruktionen, mit denen die Regierungen ihre Vertreter versehen haben. Von Aerzten befinden sich unter den Delegirten: kgl. preuss. Geh. Med.-Rath, ausserord. Mitglied des kaiserl. Gesundheitsamts Prof. Dr. Koch (Deutsches Reich), der Ministerialrath im Ministerium des Innern Dr. Kusy (Oesterreich), Professor an der Universität Gent, Dr. E. van Ermengen (Belgien), Dr. San Martin

(Spanien), General-Inspektor des Sanitätswesens Dr. Proust, Präsident der Aerztekammer Dr. Brouardel (Frankreich), Chef der Medizinalabtheilung des Lokal-Gouvernement Boor Dr. Thorne-Thorne (Grossbritannien), der Delegirte beim internationalen Gesundheitsamt in Konstantinopel Dr. Vaffiades (Griechenland), Direktor des Gesundheitsamtes im Ministerium des Innern, Commod. Dr. Pagliani (Italien), der Rath im Kgl. Ministerium des Innern Dr. Ruysch (Niederlande), Chef des Sanitätsamtes in Bukarest Dr. Felix (Rumänien), Sanitätsreferent in Bern Dr. F. Schmied (Schweiz).

(Todesfälle). In Lainz bei Wien ist am 11. d. M. der Assistent an der dortigen Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke Dr. Josef Kryptakiewicz im 34. Lebensjahr verschieden. — Am 12. März l. J. ist in Meran der Direktor des Wiener Franz Josef-Spitales, kaiserlicher Rath Dr. Carl Pacher, ein sowohl auf dem Gebiete praktisch-ärztlicher, wie insbesondere administrativer Thätigkeit hervorragender Arzt, nach langem, schweren Leiden im 41. Lebensjahre verstorben. Dr. Pacher war ein hochbegabter, überaus eifriger und pflichttreuer Arzt, dessen Verlust von zahlreichen seiner Freunde und Kollegen schmerzlich betrauert werden wird. — In Brünn starb am 4. d M. der Leiter des dortigen k. und k. Garnisonsspitales, Oberstabsarzt Dr. Franz Mrha im 58. Lebensjahre.

Das allbekannte Jodsoolbad Bad Hall in Ober-Oesterreich, die stärkste Jodquelle des Continentes, hat in den letzten Jahren einen kaum geahnten Aufschwung genommen und ist der Zuzug von Badegästen aus Oesterreich-Ungarn, Deutschland, Italien, Russland, den Balkanstaaten etc. stets in Zunahme begriffen. — Das Land Ober-Oesterreich, in dessen Verwaltung sich die Badeanstalt befindet, ist stets bestrebt, den in Folge der steigenden Frequenz bedingten erhöhten Bedürfnissen des Curpublikums Rechnung zu tragen und auch seitens der Gemeinde Bad Hall wird nichts verabsäumt, den Badegästen den Aufenthalt in dem in gesunder Gegend reizend gelegenen Curorte möglichst angenehm zu gestalten. — Eine im Vorjahre vom langjährigen Badearzte kais. Rath Dr. Josef Rabl herausgegebene Brochüre über in Bad Hall erzielte Heilerfolge hat in der mediz. Welt gerechtes Aufsehen erregt.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 1 und 2, VII. Band, der „Klinischen Zeit- und Streitfragen“ enthaltend: „Rückblick auf ein Vierteljahrhundert Antiseptik.“ Von Dr. Neudörfer, k. u. k. Generalstabsarzt und Abtheilungsvorstand an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Pränumerations-Einladung.

Mit 1. **April 1893** beginnt ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom 1. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter“ gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende März erlischt, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau“

Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau“ und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen“ elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau“ um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen“ um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau“.

REINES AETHYLCHLORID

für lokale Anästhesie.

Sichere Wirkung. — Absolut ungefährlich. (1810)
Heilung der Neuralgien, Ischias etc.

Atteste v. berühmten Aerzten, Chirurgen und Zahnärzten aller Länder.

— HAUPTDEPOTS: —

WIEN: Dr. A. Rosenberg's Apotheke zum „König v. Ungarn" I., Fleischmarkt I. PRAG: Ph. Nowinny's Nachf. B. Müller, Brentegasse. BUDAPEST: Dr. Fischer Samu zur „Hunia", Elisabeth-Ring 56

Gilliard, P. Monnet & Cartier
La Plaine bei **Genf** (Schweiz).

PATENTIERT.

Application für locale Anästhesie von Prof. Dr. Redard.



1 Schachtel mit 10 Glasröhren fl. 4.50. **Glasröhre in natürlicher Grösse.**



Mikroskope für Aerzte und Apotheker
(von Herrn **Dr. Nevinny.** Assistenten des Pharmakologischen Institutes in Wien bestens empfohlen) in allen Grössen und Zusammenstellungen, sowie alle mikroskopischen Hilfsapparate empfiehlt in **Ia Qualität** zu billigst gestellten Preisen

LUDWIG MERKER, optisches Institut
(vormals **L. Merker & Ebeling**)
Wien, VIII., Buchfeldgasse 19.
— Specialist für Mikroskope. —
Preis-Courant steht gratis und franco zur Verfügung.

Dr. Martin Szigeti

Winter: **Abbazia.** (Neuer Bazar.)

Sommer: **Gleichenberg.** Villa Karlsruhe.

(1278)

Jeder Arzt
verlange unseren
neuen Katalog 1893



Prof. Kemmerich's

FLEISCH-PEPTON

Die Vorzüge, welche den Ruf des **Kemmerich'schen Fleischpeptons** begründet haben, sind:

Der hohe Gehalt an leichtest assimilirbaren Eiweisskörpern (über 60% Albumosen, resp. Pepton). (1809)

Der angenehme Geschmack, in Folge dessen das Präparat auch längere Zeit sehr gerne genommen wird.

Das Kemmerich'sche Fleisch-Pepton verbindet darnach mit einem **eminenten Nährwerth** die Annehmlichkeit, dass es auch als Zusatz verwendet werden kann und die Speisen schmackhafter macht, ein Vorzug, welcher bei darniederliegendem Appetit gewiss nicht unterschätzt wird.

Central-Depôt: Schülke & Mayr, Wien, III, linke Bahng. 5.

Dr. KNORR'S



LÖWENMARKE

bestes schnellstes u. sicherstes ANTIPYRETICUM

Ohne nachtheilige Nebenwirkungen.

BESTES MITTEL GEGEN KOPFWEH.

DERMATOL
Geruchloses Wundheilmittel
in den meisten Fällen
JODOFORM ersetzend



AGATHIN
(Salicylmethylphenylhydrazon)
neues Antineuralgicum
(Patent angemeldet)

EINZIGE FABRIKANTEN SIND

ALUMNOL
leicht lösliches
Adstringo-Antisepticum
(Patent angemeldet)

FARBWERKE vorm. MEISTER LUCIUS & BRÜNING
HÖCHST a/MAIN
(DEUTSCHLAND)

BENZOSOL
fast geschmackloses
Buchenholz-Kreosot-Präparat (Patent.)

Zu Anfertigung
von
Drucksorten aller Art
für
Aerzte, Apotheker, Instrumentenerzeuger etc.
empfiehlt sich auf das Beste die
Buchdruckerei und lithografische Anstalt
von
M. Engel & Söhne
WIEN
I., Lichtenfelsgasse Nr. 9.

Privat-Heilanstalt
für
Gemüths- und Nervenkranke
in Oberdöbling, Hirschengasse 71. (988)

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse

VII. Jahrgang. Wien, 26. März 1893 Nr. 13.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12,50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Aus der chirurgischen Klinik des Herrn ***Hofr. Prof. Albert.***

Beitrag zur Kenntnis der Lymphcysten.

Von **Dozent Dr. Rudolf Frank**, Assistent obiger Klinik.

Unter den cystischen Geschwülsten des Halses nehmen der Zahl nach die branchiogenen Cysten entschieden den ersten Rang ein. Sie waren unter den angeborenen Halscysten auch die ersten, deren anatomische und genetische Natur richtig erkannt wurde. Dies galt vorerst nur für die Dermoide, bald aber lernte man auch Cysten mit schleimigem und serösem Inhalte als branchiogenen Ursprunges ansprechen, soferne ihre Wandung eine Auskleidung aus Platten-, Cylinder oder Flimmerephithel trug. Die theilweise entodermale und ectodermale Bildung der Kiemengänge erklärte den mannigfaltigen Inhalt, die Verschiedenheit des Epitheles und die Vermengung verschiedener Epithelarten in den Cysten.

Viel länger im Unklaren blieb man über eine andere angeborene cystische Geschwuls des Halses, über das Hygroma cysticum colli congenitum. Seitdem es Köster gelungen ist, Lücke's Annahme, dass es sich bei dem congenitalen Cystenhypgrom nur um angeborene Lymphectasien handeln könne, durch den Nachweis eines die Wandung auskleidenden Lymphendotheles zu einer unumstösslichen Thatsache zu machen, sind wir über die anatomische Stellung dieser interessanten Geschwulst orientirt. Hiedurch wurde eine wesentliche Lücke in unseren Kenntnissen über die cystischen Halstumoren ausgefüllt. Die Entdeckung Köster's erwies sich auch noch in anderer Beziehung fruchtbringend. Die erhöhte Aufmerksamkeit, welche man der mikroskopischen Untersuchung der Cystenwandungen schenkte, führte zu dem Aufschlusse, dass es am Halse auch andere, nicht angeborene Cysten mit Endothelauskleidung gebe (Wegner, König), welche also auch als Lymphcysten anzusprechen sind.

Die eingehenden Studien über aberrirende Strumen (Wölfler, Gruber, Madelung) brachten uns noch eine weitere anatomische Gruppe von Cysten am Halse, nämlich Cysten, hervorgegangen aus aberrirenden Theilen der Glandula thyreoidea.

Sehen wir von Blutcysten, Schleimbeutelhygromen, Echinococcuscysten, Speichelcysten, Abszessen etc. ab, so haben wir als die drei bei der Diagnose der cystischen Halsgeschwülste in Betracht kommenden anatomischen Formen: branchiogene Cysten, cystische Lymphangiome und aberrirende Strumacysten.

In der Literatur über Halscysten spielt noch die Hydrocele colli*) eine grosse Rolle. Dieser Name bezeichnet nur einen, noch dazu nicht scharf umschriebenen, klinischen Begriff, unter welchen anatomisch verschiedene Cysten eingereiht werden können. Denn eine zwischen Kopfnicker und Kehlkopf gelegene Cyste mit serösem oder bräunlichem Inhalte kann sowohl eine branchiogenem als eine Lymphcyste, als eine aberrirte Strumacyste sein.

Die Bezeichnung hydroceli colli ist also heute zum mindesten ungenügend, wenn nicht ganz überflüssig und verschwindet jetzt schon mit Recht aus der Casuistik der Halscysten.

Die ältere Literatur über die Hydrocele colli darauf hin zu untersuchen, wie viele von den unter diesen Namen beschriebenen Cysten branchiogene oder Lymphcysten oder aberrirende Strumacysten gewesen seien, wäre ein höchst undankbares und unausführbares Vorhaben. Denn unsere klinische Diagnostik der cystischen Halstumoren ist heute noch nicht so weit entwickelt, dass wir die Diagnose in jedem Falle mit Bestimmtheit stellen können, ohne die mikroskopische Untersuchung der Cystenwandung zu Hilfe zu nehmen. Da nun mikroskopische Daten in der Casuistik der Hydrocelle colli fast gänzlich fehlen, die übrigen angegebenen Zeichen und Befunde aber nicht beweisend für die eine oder andere anatomische Form von Halscysten sind, so ist die Literatur über die hydrocele colli thatsächlich fast unverwerthbar.

So umfänglich nun heute schon die mit exakten Befunden ausgestattete Casuistik der branchiogenen Cysten, so beschränkt

**) Maunoir, Mémoires sur les amputations et l'hydrocèle du con. Genève 1815.

ist die Zahl der genau untersuchten cystischen Lymphangiome am Halse. Was das Hygroma cysticum colli congenitum anlangt, so wurde der Fund KÖSTER's von v. WINIWARTER, WEGNER u. A. bestätiget. Das congenitale Cystenhygrom ist übrigens durch seinen konstanten Sitz, sein nur angeborenes Auftreten, die Art des Wachsthum es so wohl charakterisirt, dass seine Diagnose wohl auch ohne den Nachweis der Endothelauskleidung kaum je Schwierigkeiten machen dürfte.

Ueber die nicht angeborenen monoloculär am Halse auftretenden Lymphcysten, welche den Gegenstand dieser Publikation bilden, existiren nur sehr wenige sichere Befunde.

KÖNIG*) berichtet über einen solchen Fall: « Bei einer Dame in den Zwanziger Jahren exstirpirte er eine seit Jahren allmählig entstandene, fast gänseeigrosse, wenig prall gespannte Cyste aus der Supraclaviculargrube und zwar lagen nach der Exstirpation grosse Gefässe (Subclavia) und Nerven des Halses frei. Dass es sich in diesem Falle um eine Lymphcyste handelte, das konnte mit absoluter Sicherheit bewiesen werden. Denn nicht nur trug der Inhalt vollkommen den Charakter der Lymphe und die Wandung zeigte Endothel, sondern es dauerte auch die definitive Heilung wochenlang wegen eines sehr reichlichen ganz allmählig sich vermindernden Abflusses von Lymphe aus der Operationswunde.»

Ich bin in der Lage, zwei ganz gleiche Fälle von einkämmerigen Lymphcysten am Halse mitzutheilen. Die Krankheitsgeschichten sind kurz folgende:



Lymphcyste in der rechten Oberschlüsselbeingrube.

1. Lymphcyste am Halse. Sch. Therese, 54 Jahre alt, hat im 40. Lebensjahre Typhus überstanden. Seit dem 16. Jahre ist sie regelmässig menstruirt gewesen; Patientin hat nie geboren.

Vor 4 Jahren trat im Anschlusse an Gelenksschmerzen eine weiche, wallnussgrosse Geschwulst in der rechten Oberschlüsselbeingrube auf; dieselbe wuchs langsam und stetig, ohne Beschwerden zu verursachen. Seit einem halben Jahre vergrössert sich die Geschwulst so rasch, dass hierdurch die Patientin besorgt und zum Arzte getrieben wurde.

Kräftig gebaute, mässig muskulöse Frau mit welkem Paniculus und blasser Hautfarbe. Innere Organe zeigen keine pathologischen Veränderungen.

*) KÖNIG, Lehrbuch der speziellen Chirurgie 1889, pag. 509.

Die rechte Supraclaviculargrube okkupirt ein straussenei-grosser, runder, prominenter Tumor, der nach vorne über die Clavicula überhängt, nach rückwärts den Cucullarisrand deckt, lateral nahe an's Acromion und am Halse bis in die Höhe des Schildknorpels hinaufreicht. Haut über der Geschwulst dünn, leicht faltbar, von Gefässramificationen durchzogen. Die Geschwulst fluktuirt deutlichst, ist von geringer Spannung und stark durchscheinend. Der rechte Sternocleidomastoideus zieht vor und neben der Geschwulst, nicht über dieselbe. An der Basis gefasst, zeigt sie nur wenig Verschieblichkeit, auch lässt sie sich nicht abheben und umgreifen. An der sonst gleichmässig glatten Oberfläche tastet man einen vom Acromion gegen den Warzenfortsatz ziehenden Strang, welcher die Geschwulst leicht einschnürt.

Die Geschwulst bewegt sich beim Schlucken nicht und zeigt keinen Zusammenhang mit dem mässig vergrösserten medialwärts angelagerten rechten Schilddrüsen-Lappen.

Die klinische Diagnose lautete auf eine, aus einem aberranten Strumaläppchen hervorgegangene Cyste. Bei der Operation konnte die Cyste nach Durchtrennung der Haut und des Platysma aus ihrem lockeren Zellgewebslager in dem Vorraume der Oberschlüsselbeingrube ohne Eröffnung der tiefen Fascie in toto ausgeschält werden. Aus der drainirten Wunde fand keine nennenswerthe Sekretion statt. Patientin verliess nach 10 Tagen geheilt die Klinik.

Pathologischer Befund: Die sehr dünnwandige ($^1/_2$ *mm* Wanddicke) durchscheinende cystische Geschwulst entleert bei ihrer Eröffnung genau $^1/_2$ Liter einer klaren, serösen, bernsteingelben Flüssigkeit. Ihre Innenfläche ist von einer einschichtigen Endothellage ausgekleidet, während ihre Wand aus einem zarten Bindegewebe gebildet ist.

Die chemische Untersuchung des Cysteninhalts ergab schwach alkalische Reaktion, spezifisches Gewicht von 1·021, reichliche Mengen von Serumalbumin, geringe Mengen von Serumglobulin und Traubenzucker, sowie die Salze des Blutserums.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber Pyelitis im Kindesalter.

Von

Professor Dr. Monti,

Abtheilungsvorstand an der allgem. Poliklinik in Wien *)

(Fortsetzung und Schluss.)

Bevor wir nun die Dauer, Ausgänge und den Verlauf der Pyelitis besprechen, wollen wir die Pyelitis calculosa, die uns eben in dem Ihnen vorgeführten Falle beschäftigt, etwas ausführlicher betrachten.

Die Pyelitis calculosa wird, wie schon der Name besagt, durch Harnkonkremente verursacht, welche verschiedener chemischer Natur sein können. Das Material dieser Konkrementbildungen besteht entweder aus harnsauren Salzen, welche harte, doch mehr glatte Calculi liefern oder aus oxalsaurem Kalk von besonders harter Konsistenz und höckriger, warziger oder stachliger Oberfläche, oder aus den Erdphosphaten von geringer Härte und leicht rauher Oberfläche, wobei auch sogenannte sekundäre Phosphatsteine vorkommen, bei denen der Kern aus Harnsäure, der Mantel desselben aber aus phosphorsauren Erden besteht.

Endlich gibt es auch Cystinkonkremente von blassgelber Farbe theils glatter, theils leicht warziger Oberfläche. Dem Volumen nach unterscheiden wir den Nierensand, Nierengries und die Nierensteine.

Die Nephrolithiasis ist ein gerade im Kindesalter ziemlich oft vorkommender Zustand, welcher auch im späteren Mannes- und im Greisenalter häufiger in Vorschein tritt, und mit Vorliebe das männliche Geschlecht befällt, wobei sich eine gewisse hereditäre Disposition nicht ganz verkennen lässt. VIRCHOW

* Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 12, 1893.

macht besonders auf die Harnsäure- und Bilirubininfarcte der Neugeborenen aufmerksam und deutet sie als Ausdruck gesteigerten physiologischen Stoffwechsels in Folge Eintrittes der Respiration, der Wärmebildung und Verdauung. Diese Harnsäureinfarcte kommen etwa bei der kleineren Hälfte der Neugeborenen vor und zwar vom ersten Lebenstage bis zur zweiten Woche, den Bilirubininfarct (Pigmentinfarct) deutet NEUMANN als Aeusserung oder Theilerscheinung eines Ikterus neonatorum.

In Folge der kleinen örtlichen Verhältnisse des Organs, in welchem sich die Vorgänge abspielen, müssen wir nun die Pyelitis calculosa als Reaktion des Organs auf die betreffenden Fremdkörper betrachten. Der Grad der Reaktion, sowie die dabei vorkommende Eiterung, Blutung, Geschwürsbildung und Schmerzsteigerung, wird sich natürlich grösstentheils nach Grösse und Charakter des Fremdkörpers richten. Besonders gefürchtet sind die harten, stachligen, oxalsauren Steine, doch können auch glatte Konkremente von grösserem Umfange durch Einkeilung heftige Reaktionserscheinungen wachrufen; dagegen können wieder manchmal Nierensteine lebenslang ohne besondere Beschwerden, selbst bei Abgang derselben vertragen werden. Auch die Harnsäure- und Bilirubininfarcte der Neugeborenen veranlassen fast niemals ernstere Störungen, hie und da beobachtet man etwas erschwerten Harnabfluss und findet dann das röthliche Pulver auf den Windeln.

In der Mehrzahl der Fälle zeigt sich längere Zeit hindurch im frischen Harne Nierensand und Gries, dann setzt der Harn ein feinpulvriges gelbes oder auch körniges Sediment ab, bei jüngeren Kindern auf den gelblich gefärbten Windeln sichtbar, bei grösseren im Topfe sedimentirend, in welchem Niederschlage Nierenepithelien, Blutschleim und Eiterkörperchen anzutreffen sind — fast niemals aber Albumen.

Die wichtigste, Patient und Arzt am meisten in Anspruch nehmende Phase im Verlaufe dieser Krankheit ist die manchmal plötzlich eintretende Verstopfung des Harnleiters durch ein Konkrement entweder an der Nierenbeckenmündung oder im Verlaufe des Harnleiters mit ihren Konsequenzen; da treten urplötzlich die so gefürchteten Incarcerationssymptome die Nierenkoliken auf und das bisher ziemlich friedliche Bild ändert sich mit einem Schlage. Aeltere Kinder schreien, stöhnen, jammern über heftige, manchmal sogar furchtbare, von der Nierengegend gegen das Becken, Blase, Hoden oder Mittelfleisch ausstrahlende Schmerzen, die sich bis zu Ohnmachtsanfällen steigern können, dieselben werden anfallsweise heftiger, der Gesichtsausdruck wird ängstlich, anfangs geröthet, wird die Gesichtsfarbe bleich, entstellt, schweissbedeckt, Hände und Füsse werden kühl, der Puls klein und schnell, unter stetigem, heftigem Zwange wird nur eine geringe Menge manchmal mit Blut und Schleim gemischten Harnes herausbefördert. Jüngere Kinder schreien fortwährend, ziehen die Schenkel an den Leib, ja in schweren Fällen können unter quälendem Harndrang selbst eclamptische Anfälle (Konvulsionen) das Krankheitsbild kompliciren.

Der Anfall hört meist plötzlich auf, wenn die letzte engste Passage, die Einmündungsstelle in die Blase überwunden ist, da tritt unter Zunahme der Diurese Beruhigung und Euphorie ein. Die Untersuchung des aufgefangenen Harnes zeigt dann meist neben wenig Albumin, reichliche Nierenbeckenepithelien, etwas Schleim und Eiterkörperchen nebst Griessediment und hie und da auch grössere Konkremente.

Bei häufiger wiederkehrenden Anfällen und fortschreitender Pyelitis tritt immer mehr Eiter auf und können die Ausgänge einer Pyelitis calculosa sich verschieden gestalten, entweder die Anfälle wiederholen sich nicht mehr und das in die Blase beförderte Konkrement kann durch die Urethra spontan abgehen, oder muss operativ entfernt werden, wobei endlich Heilung eintreten kann, oder aber, es kann zu Perforation des Nierenbeckens, zu Abscessbildungen nach verschiedenen Richtungen mit langwierigem Verlaufe unter Bildung von Eiterheerden und Fistelgängen kommen, die Kinder kommen dabei immer mehr herab und endlich erfolgt der Tod nach tiefster Erschöpfung der Kräfte. In anderen, wohl selteneren Fällen kann die Absperrung durch Einkeilung beide Nieren betreffen, oder der Patient kann unglückseliger Weise im Besitze nur einer Niere sein, dann treten rasch urämische Erscheinungen auf und es kann der Tod schon nach einem Tage oder nach wenigen Tage unter Coma und Konvulsionen dem Leiden ein Ende bereiten.

Bezüglich des Verlaufes der Pyelitis unterscheidet man eine akute und chronische Form; in der Mehrzahl der Fälle verläuft die Pyelitis chronisch. Die akute, spontan auftretende und die nach Infektionskrankheiten sich einstellende Pyelitis kann innerhalb 1 bis 8 Wochen heilen; beide Formen haben jedoch die Neigung zu Rezidiven. Die Pyelitis in Folge von Harnstauung verläuft sehr akut und unter urämischen Erscheinungen endigt dieselbe meistens letal. In der Mehrzahl der Fälle dauern chronische Pyelitiden mehrere Monate und führen durch den bedeutenden Eiterverlust zu rapider Abmagerung und endlich zum Tode durch Erschöpfung.

Die Prognose ist wohl je nach den veranlassenden Ursachen verschieden, hängt übrigens auch von den verschiedenen Phasen des Verlaufes ab. Die spontan auftretende Pyelitis und jene nach Infektionskrankheiten lassen noch die günstigere Prognose zu, da dieselben entweder schon nach kurzer Dauer oder nach ein bis zwei Jahren heilen können. Die Pyelitis, welche im Verlaufe der hämmorrhagischen Diathese, wie Scorbut, Morbus Werthofii etc. auftritt, — wird in ihrem Verlaufe und Ausgange von dem Grade dieser Erkrankungen beeinflusst und die Prognose wird daher von dem Grade der primären Erkrankung abhängen. Die Pyelitis in Folge von Harnstauung endet meist unter urämischen Erscheinungen letal; bei der Pyelitis calculosa ist die Prognose nur insolange eine gute, solange das Allgemeinbefinden nicht gestört ist, sobald jedoch Erscheinungen von Anurie sich einstellen oder sobald die Pyelitis zu einer Pyelonephritis führt, wird die Prognose ungünstiger. Eine im Verlaufe der Pyelitis fortschreitende Abmagerung, sowie das Auftreten kontinuirlichen Fiebers sind wohl stets als ungünstige Symptome anzusehen.

Betreffs der Therapie stehen diätetische Massregeln obenan. Bei akuter Pyelitis ist Bettruhe solange zu empfehlen, als nicht im Harne eine wesentliche Verminderung der Eitermenge nachzuweisen ist; daneben Milchdiät und laue Bäder, die jeden zweiten Tag verabreicht werden. Im Sommer ist Aufenthalt an der Seeküste und der Gebrauch lauer Seebäder zu empfehlen. Bei chronischer Pyelitis werden noch die Quellen von Vichy, Karlsbad, und die verschiedenen Kohlensäuerlinge, wie Biliner Sauerbrunn, Preblauerwasser, Krondorfer Säuerling angewendet. In einzelnen Fällen von chronischer Pyelitis sah ich nach dem Gebrauche von Preblauerwasser eine entschiedene Besserung. An Stelle dieser Mineralwässer wird auch Aq. Calcis 2 bis 600 *gr* pro die vielfach in Anwendung gebracht. Im Beginne einer akuten Pyelitis werden auch Tannin, Alumen, Plumbum acet. versucht, in chronischen Fällen sieht man nach Anwendung kleiner Gaben von Extr. secale corn. mitunter Besserung. Die im Verlaufe einer Pyelitis calculosa auftretenden Schmerzanfälle sind am besten durch Narcotica, Clysmata mit Chloral, kleine Dosen Opium resp. Morphium zu bekämpfen. Bei grösseren Kindern empfehlen sich auch Morphiuminjektionen und protrahirte lauwarme Bäder. Gegen die harnsaure und oxalsaure Diathese stehen die Alkalien in erster Reihe. Bei Pyelitis in Folge von Harnstauung ist die Entleerung der Blase durch den Katheter und Durchspülung derselben mit einer schwachen Lösung von essigsaurer Thonerde zu anzuwenden. Innerlich Salzsäure, Acidum nitricum auch Tanin. Bei urämischen Erscheinungen werden Bäder, Begiessungen und alle bei Urämie üblichen Mittel in Betracht kommen müssen.

Altes und Neues über Wasserkuren von klinischen und experimentellen Gesichtspunkten.*)

Von **Prof. Dr. Wilhelm Winternitz.**

Meine Herren! Es sind etwa 30 Jahre, seitdem ich begonnen habe. mich mit den Wirkungen des Wassers in seinen verschiedenen Temperaturen und Aggregatformen zu befassen und zu erforschen, wie sich die thermischen und mechanischen Einflüsse beim gesunden und kranken Menschen geltend machen. Die ersten Erfolge haben in mir die Hoffnung wachgerufen, dass es mir gelingen könnte, die Hydrotherapie als Spezialität zu vernichten und sie, soweit sie es nämlich verdient zum Gemeingute der ganzen Gesellschaft zu machen. Nachdem nun die Hydrotherapie in den 60er Jahren einen scheinbaren Aufschwung genommen hatte, besonders als die Frage der Wärmeregulation im Zenith des physiologischen Interesses stand, begann wieder meine Hoffnung zu sinken und heute muss ich leider mit anderen hervorragenden Klinikern behaupten, dass die Proselytenkraft meiner eigenen Ueberzeugungstreue nicht ausgereicht hat, dieses Ideal zu erreichen. Die Ausbreitung der theoretischen Kenntnisse hat aber dennoch einen grossen Aufschwung genommen, Hunderte meiner direkten und indirekten Schüler sind heute Leiter von Wasserheilanstalten und Hunderttausende von Kranken werden nach meinen Prinzipien behandelt.

Vor einigen Jahren glaubte ich, dass die Prinzipien meiner Lehre ganz fest begründet seien und ich werde mich bemühen, in kurzen und flüchtigen Skizzen Ihnen die Grundsätze darzulegen und zu zeigen, dass es möglich ist, in rationeller Weise von thermischen und mechanischen Wirkungen auf die Organe und deren Funktionen zu sprechen. Ich kann hier natürlich nicht auf das Detail eingehen, sondern will Ihnen nur präzisiren, dass wir im Stande sind, die Innervation auf diese Weise zu steigern, herabzusetzen oder zu alteriren. Ich erinnere Sie nur daran, dass wir in der Lage sind, anästhetische Körperparthien zur normalen Perception zurückzuführen und durch Kälte wiederum Anästhesie zu erzeugen. Wir sind nicht nur im Stande auf die peripheren Nerven, sondern auch von diesen durch Reflexe auf das Centralorgan, und selbst auf die graue Hirnrinde einzuwirken.

Ich habe mich auch nicht gescheut, von Laien etwas zu lernen. So sah ich z. B. in Gräfenberg einen jungen kräftigen Patienten, der an einer schweren circulären Psychose litt: schwere Depressionen mit Angstgefühlen, Verfolgungsideen, Selbstanklagen, Abstinenz, Unreinlichkeit u. s. w. wechselten mit den höchsten Excitationserscheinungen. Patient bekam gerade einen sehr schweren Tobsuchtsanfall, in welchem er aber von 4 Wärtern sanft auf ein zu einer feuchten Einpackung hergerichtetes Lager hingelegt wurde. Der erste Shok des kalten Leintuches hatte die Wirkung, dass der Kranke auf wenige Augenblicke zur Ruhe kam, welcher Moment von den Dienern dazu benützt wurde, um den Patienten fest einzuwickeln und die feuchten Kotzen über seinem Kopfe zu schliessen, was sozusagen als therapeutische Zwangsjacke wirkte. Nach 5 Minuten begann der Kranke wieder gegen die Einhüllung Widerstand zu leisten und wieder zu toben, worauf er auf einem zweiten hergerichteten Lager einer neuerlichen Einpackung unterzogen wurde, nach welcher die reflektorisch erregte Ruhepause noch länger dauerte. So wurden von Früh bis Abends circa 16 Einpackungen gemacht, nach welchen der Tobsuchtsanfall gänzlich schwand. Wir Aerzte würden wahrscheinlich Bedenken genommen haben, einen mit beschleunigter Cirkulation und heftigen Congestionen zum Kopfe behafteten Menschen einer solchen thermischen Aktion zuzuführen. Dieser Erfolg hat mich ausserordentlich überrascht und es gelang mir nachträglich auch nach dieser Methode, bei sehr schweren circulären Formen mit den schwersten Excitationsstadien und Koprolalie Erfolge zu erzielen. Dieser Fall beweist, dass man von der Peripherie aus reflektorisch auf das Centralorgan auf diese Weise einzuwirken im Stande ist. Die Nervenstimmung ist ja abhängig von den Impulsen, welche dem Centrum von der Peripherie zugeleitet werden. Wenn dieser Reiz allmälig abklingt und durch wiederholte Reizungen die peripheren Gefässe zu einer nicht paretischen, sondern tonischen, vielleicht unter Mitwirkung der Hemmungsnerven zu einer aktiven Erweiterung gebracht werden, so wird die veränderte Blutvertheilung einen mächtigen Einfluss haben. Dass nebst dem Einflusse auf die Innervation auch der auf die Cirkulation in Betracht zu ziehen ist, ist selbstverständlich und wir wollen hoffen, dass auch die Psychiater gerade bei dieser Form der nervösen Erregtheit in grösserem Masse als bisher Versuche anstellen werden. Es ist eine feststehende Thatsache, dass alle Excitationsformen durch diese Prozedur beeinflusst werden, so insbesondere die Schlaflosigkeit, welche durch feuchte Einpackungen günstig beeinflusst wird.

Viel wichtiger ist die Beeinflussung der Respiration und der Cirkulation durch thermische und mechanische Reize. Wenn man Jemandem nur einige Wassertropfen ins Gesicht spritzt, so erfolgt eine tiefe Einathmung und gleichzeitig Veränderung im Rythmus der Respiration. Versuche, welche ich mit dem Respirationsapparate angestellt habe, haben mich belehrt, dass wir durch thermische Einflüsse von der Körperoberfläche aus sehr mächtige Einflüsse auf den Gasaustausch ausüben können, und zwar nicht nur auf das Volumen der ex- und inspirirten Luft, sondern auch auf die Aufnahme von Sauerstoff und auf die Ausscheidung von Kohlensäure.

Viel mehr in die Augen springend aber ist der Einfluss, den wir mittels thermischer und mechanischer Reize von der Körperoberfläche aus auf die Cirkulation zu nehmen im Stande sind. Wir können nicht nur das Herz, sondern auch die peripheren Gefässe in willkürlicher Weise beherrschen. Es ist ja bekannt, dass durch Erregung des Vagusursprunges die Frequenz der Herzaktion verändert wird. Ich habe mittels sphygmographischer und sphygmomanometrischer Untersuchungen nachweisen können, dass sowohl die Kälte als Wärme eine rasch vorübergehende Beschleunigung der Herzaktion bewirkt, die dann in Verlangsamung übergeht, die wir wieder durch bestimmte Prozeduren mehr accentuiren und zu einem hohen Grade anwachsen machen können. Am eklatantesten zeigt sich dies beim Morbus Basedowii. Ich habe einen solchen Fall gesehen, wo theils auf thermische, theils auf mechanische Reize hin die auf 200 angewachsene Pulsfrequenz in wenigen Minuten auf 40 Pulsschläge herabgesetzt wurde. Ich beobachtete dies zum ersten Male im Sander'schen Institute in Stockholm, wo mittels Rückenklopfungen ein ähnliches Resultat erzielt wurde. Ueberhaupt gibt es mannigfache Variationen, mit denen man ähnliche Effekte erzielen kann, ja selbst durch einfache Reflexreize. So kann man z. B. durch fliessende Fussbäder, Nackenschläuche, Rückenschläuche, durch kalte Umschläge auf das Herz die Herzaktion verlangsamen und die einzelnen Contraktionen kräftiger gestalten. Wir können durch thermische Reize auf die peripheren Gefässe und Vasomotoren Contraktion, Erschlaffung mit Verlust der tonischen Spannung, oder mit Erhaltung des Tonus bewirken. Es ist ein sehr grosser Unterschied, ob sich die Gefässe unter Verlust oder Erhaltung des Tonus erweitern, da es ja eine von verschiedenen Physiologen festgestellte Thatsache ist, dass der Verlust an lebendiger Kraft viel grösser ist, wenn die Elastizität der Gewebe und die Spannung der Gefässe nachlässt; die Cirkulation wird günstiger beeinflusst, wenn sich die Gefässe unter Erhaltung des Tonus erweitern. Wir erfahren dies beim Fieber, wo es beim Verlust des Tonus oft zu passiven Stasen kommt.

Ich möchte noch der unter thermischen Reizen zu erzielenden künstlichen aktiven Hyperämie erwähnen. Es ist ein oft mit grossem Erfolge gekröntes Verfahren, wenn es gelingt zu gewissen Körperprovinzen viel Blut zuzuleiten. So nimmt man z. B. an, dass der akute Gelenksrheumatismus und die Neuralgie entstehen, wenn thermische Unbilden, z. B. ein feuchter, lange andauernder Luftzug reflektorisch im Nerven

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 20. März 1893. Nach einem Originalstenogramm der Internat. Klin. Rundschau.

Cirkulationsstörungen hervorruft, welche darin bestehen, dass sich die Gefässe des betreffenden Organes reflektorisch zusammenziehen. In einem so erkrankten Organe werden sich nun die Rückbildungsprodukte — beim Muskel sind es hauptsächlich Säuren — anhäufen, durch welche, wenn weniger alkalisches Blut durchfliesst, die sensiblen Nerven gereizt werden. Wird nun durch Massage, Elektricität oder durch thermische Reize eine Fluxion erzeugt, werden die Gefässe zur aktiven Erweiterung gebracht, wird mehr alkalisches Blut zugeführt, so gelingt es, den Muskelrheumatismus kurz nach seiner Entstehung zu coupiren, bei chronischen Zuständen, die Schmerzen zu lindern. Auch im Nerven zeigt sich ein ähnlicher Vorgang. Ein tetanisirter Nerv reagirt auf dem Querschnitte sauer; gelingt es nun, alkalisches Blut zu dem entzündeten Nerven hinzuleiten und so die Säure zu neutralisiren, so kann man den ganzen Prozess coupiren. Diese Thatsache bewahrheitet sich in unzähligen Fällen.

Viel wichtiger ist noch die vielen Prozessen zu Grunde liegende passive Hyperämie, welche durch thermische und mechanische Aktion beeinflusst werden kann: Ich will Ihnen davon ein Beispiel anführen. Zu mir kam einmal eine Frau, welche bereits seit zwei Jahren an kontinuirlichen Metrorrhagien litt und bei der die Gynäkologen nichts weiter als eine Hyperämie und Schwellung des Uterus und cyanotisch gefärbten Muttermund diagnosticirten und durch die verschiedensten Injektionen keine Erfolge erzielen konnten. Ich fasste nun die Blutung als eine passive auf, da die klinischen Symptome dafür sprachen. Ich erinnerte mich an einen Fall, der über Hämoptoe klagte und welchen ich bei dem berühmten Kliniker Traube gesehen hatte. Traube rieth ihm zu unserem grössten Erstaunen, Bergtouren und überhaupt sehr viel Bewegung zu machen. Traube schloss aus dem dunklen Sputum, aus dem verstärkten zweiten Pulmonalton und aus dem sehr gespannten Pulse, auf eine passive Hyperämie und als ich diesen Mann später einmal auf einer Bergparthie in Tirol traf, konnte ich mich persönlich von dem guten Erfolge der Therapie überzeugen. Auch in meinem Falle nahm ich kräftige, den Tonus erhöhende, die Herzaktion kräftigende und die Blutbewegung nach der Peripherie leitende Prozeduren vor, die Patientin bekam Regenbäder und fliessende Fussbäder, sie wurde erschütternden thermischen und mechanischen Prozeduren auf die Unterleibs- und Kreuzgegend ausgesetzt, worauf die Blutung nach wenigen Wochen aufhörte. Auch in ähnlichen Fällen von hartnäkigem Nasenbluten, das auf passiver Hyperämie beruhte, konnte ich durch Anregung der Cirkulation meist Besserung bewirken.

Eine sehr wichtige Frage, welche gleichfalls eine ganze Reihe von Ernährungsstörungen in das Bereich der thermischen und mechanischen Aktionen einbeziehen lässt, ist die Beeinflussung der Se- und Excretion. Wir können mittelst thermischer und mechanischer Prozeduren die Wasserausscheidung durch die Haut, durch die Nieren und durch die Lunge beeinflussen. Es ist bereits von Weihrich dargethan worden, dass Friktionen der Hautoberfläche von wenigen Minuten, die Ausscheidung um fast 60% befördern. Sehr wichtig ist eine ganze Reihe von chronischen Erkrankungen, wo es sich darum handelt, gewisse erkrankte Organe zu entlasten. Zahlreiche Erfahrungen haben mich dazu geführt, dass es möglich ist, mittelst thermischer und mechanischer Aktionen auf die Hautoberfläche günstigere Cirkulationsverhältnisse zu schaffen und eine stärkere Diurese herbeizufördern. Dadurch, dass wir in der Lage sind, die Frequenz der Herzaktion, die Herzkraft und die Beseitigung von Cirkulationswiderständen in vielen Fällen fast mit physikalischer Sicherheit zu befördern, hat mich, sowie diejenigen Kollegen, welche nach meinen Principien vorgehen, veranlasst, auch bei organischen Störungen, namentlich bei Compensationsstörungen am Herzen mannigfache Erleichterungen zu schaffen.

Vor einigen Jahren glaubte ich, die Grundpfeiler meiner Lehre seien ziemlich fest und es handle sich nur darum, auf dieser Basis weiter fortzubauen. Da kamen plötzlich, alles dieses scheinbar festbestehende, mit einem Schlage umgestaltend und umstossend, die neuen ätiologischen Funde und Entdeckungen. Wie hätte ich glauben sollen, dass mein Verfahren rationell sei, wenn ich nicht nachweisen konnte, dass ich den verschiedensten Mikroorganismen mit dem Wasser etwas anthun könnte und in keiner Weise das ätiologische Moment beeinflussen konnte! Das jedem Arzte und jedem Forscher innewohnende Causalitätsbedürfniss war natürlich in arger Bedrängniss, die Grundlage unserer Therapie war gewissermassen umgeworfen und wir auf den reinen Standpunkt des Empirikers zurückversetzt. Die Kranken heilten wir zwar gerade so wie vor dieser Erkenntniss, aber es war mir sehr unbehaglich, nun selbst sagen zu müssen, dass ich sehr irrationell verfahre. Doch die bakteriologischen Wogen haben sich ein wenig gesenkt und weitere Forschungen haben gezeigt, dass es im kranken Organismus immer noch eine Menge von Kräften und Vorgängen gibt, welche der Infektion Widerstand leisten können! Und so frug ich mich, ob es denn nicht möglich sei, dass auch unsere Therapie diese natürliche Widerstandskraft des Organismus gegen die Infektion einigermassen zu beeinflussen im Stande sei? Wir haben in dieser Beziehung schon so manches gelernt. Zunächst ist es eine allgemein bekannte Thatsache, dass sich der gesunde und kräftige Organismus weit besser gegen die Infektion wehren kann als der kranke und wir haben gezeigt, dass es mittelst unserer therapeutischen Massnahmen wirklich möglich ist, eine wirkliche Kräftigung des Organismus zu bewirken.

Eine Grundlage für eine tonisirende Methode musste daher gefunden werden. Doch wo es keine Zahlen und Ziffern gibt, da sind wir eben immer etwas skeptisch. Da erschien eine interessante Arbeit von zwei italienischen Forschern, welche nachwiesen, dass thermische und mechanische Reize den Widerstand der Muskeln gegen Ermüdung wesentlich erhöhen und dass sich daraus die tonisirende Wirkung thermischer und mechanischer Aktionen erklärt. Man versuchte die Muskelkraft mittelst Dynamometer zu prüfen, doch lassen diese keine präcise Erforschung zu. Da konstruirte Mosso einen Apparat, welcher es gestattet, ganz objektiv die Muskelkraft zu messen. Mosso hat gezeigt, dass jeder Mensch eine ihm selbst zukommende und eine eigenthümliche Gestalt bietende Curve zeigt, die auch nach Jahren in derselben Form sich erhält. Willkürliche Kontraktionen der Finger heben Gewichte so lange dies möglich ist und die Hebungen werden auf Papier aufgenommen. Es hat sich nun gezeigt, dass unter normalen Umständen ein Individuum mit der rechten Hand 45 Mal 2 Kilo in Intervallen von 2 Minuten zu heben imstande ist, mit der linken 50 Mal, auf ein kaltes Bad von 10 Grad steigt die Arbeitsleistung fast auf das Doppelte. Warme Bäder bringen die Anzahl von Kontraktionen zum Sinken; Massage bewirkt Schwinden der Ermüdung. Doch können auch warme Bäder eine Steigerung der Muskelkraft gegen Ermüdung bewirken, nur müssen mit der hohen Temperatur auch kräftige mechanische Eingriffe verbunden sein.

Durch die Untersuchungen von Brunner ist es bekannt, dass durch den Schweiss Mikroorganismen ausgeschieden werden; ebenso werden durch den Harn eine Menge von Intoxikationsprodukten zur Ausscheidung gebracht. Bei verschiedenen Infektionskrankheiten nimmt die Alkalescenz des Blutes ab; der alkalische Harn wird unter der Kälteeinwirkung sauer. Es werden also unter dem Einflusse von Kälte mehr Säuren ausgeschieden, wodurch das Blut eben eine erhöhte Alkalescenz annimmt. Die Untersuchungen Anderer haben wieder gezeigt, dass der urotoxische Coëfficient des Harns bei fieberhaften Erkrankungen unter der Kälteeinwirkung um das 5—6fache gegen die Norm gesteigert wird. Durch den Harn wird eine grosse Menge Toxine fortgeschafft und der Organismus von den toxischen Produkten befreit.

Eine sehr interessante Thatsache ist es, das bei mannigfachen fieberhaften Erkrankungen, der Gehalt des Blutes an rothen Blutkörperchen ganz beträchtlich (oft um $^1/_2$ Million und mehr) sinkt und dass unmittelbar nach der Krisis dieselben wieder auftreten. Innerhalb der wenigen Stunden können sich dieselben unmöglich nachgebildet haben. Es handelt sich

hier um etwas, was die Intoxikation und das Fieber zunächst zuwege bringt, nämlich um den Tonusverlust der Gefässe. In einzelnen Gefässen stauen sich die Blutkörperchen an, dieselben werden aus der Cirkulation ausgeschlossen und es kommt nach HUETER zu globulären Stasen. In solchen Fällen ist es rationell den Tonus rasch wieder herzustellen. Ich habe wiederholt gezeigt, dass es nach einem kalten Bade mittels der ophygmophischen Curve leicht gelingt, den Tonus der Gefässe wieder zu erkennen Wäre es nicht möglich, dass der wiederhergestellte Tonus noch vor der Krisis dazu beitragen würde, bessere und günstigere Cirkulationsverhältnisse herzustellen? Beweisen ja klinische Thatsachen, dass bei Kältebehandlung Stasen viel seltener sind als sonst.

Und wenn ich noch meinen jüngsten Befund dazunehme (wie ich nachträglich erfahren habe, wurde derselbe bereits früher von ROVIGI konsatirt), dass durch die Kälteeinwirkung eine künstliche Leukocythose bewirkt wird, von der man annimmt, dass sie mit der Vernichtung der Mikroorganismen in Verbindung steht, so muss man doch sagen, dass die begründete Aussicht vorhanden ist, endlich auch mit den gegenwärtigen Kenntnissen unser Thun in rationellen Einklang zu bringen. In dieser Richtung weitere Forschungen anzustellen, empfehle ich angelegentlich den Fachgenossen.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

Sitzung vom 17. März 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Hofr. Prof. Kundrat: *Ueber Lymphosarkomatose.*

Das Lymphosarkom etablirt sich in erster Linie in den Drüsen, welche dabei ihr typisches Aussehen nicht verlieren. Von hier aus greift das Lymphosarkom über die Drüsen hinaus, welche zu Ganseigrösse anschwellen können, ohne dass aber ihre Kapsel durchbrochen wird. Mehrere solcher vergrösserter Drüsen werden nun aneinander gepresst und verschmelzen dann scheinbar. Die Sarkommassen greifen über die Grenzen der Drüsen in das umgebende Gewebe so rücksichtslos weiter, wie man es bei einem anderen malignen Neugebilde nirgends zu beobachten Gelegenheit hat. Beim Lymphosarkom findet sich daher eine doppelte Ausbreitungsweise, u. zw. ein Fortschreiten von einer Drüsengruppe auf die andere einerseits und ein Durchwachsen der Gewebe andererseits. Lässt sich auch ein regionäres Weiterschreiten konstatiren, so findet sich doch nie wie bei der Pseudoleukämie und Leukämie ein Ergriffenwerden aller Drüsen. Das Lymphosarkom folgt meist der Bindegewebsausbreitung, Muskeln können demselben aber auch nicht widerstehen. Bleibt dasselbe in einer Bindegewebsmasse eingeschlossen, so bildet sich ein abgeschlossener Tumor, von Schleimhäuten ausgehend wächst es mehr der Fläche nach und infiltrirt die Wandungen, niemals aber kommt es zu Strikturirungen durch Schrumpfung, ja im Gegentheil, die Kanäle sind oft an den ergriffenen Stellen erweitert. Auch an serösen Häuten bilden sich Infiltrate, welche oft plattenartige Wülste und Protuberanzen bilden; hie und da kommt es aber auch zur Bildung von Knötchen, welche zusammenfliessen und zur kolossalsten Grösse heranwachsen können. Seltener kommt es zu polypösen Excrescenzen. Ausser diesen primären Lymphosarkomen kommt es auch in entfernten Organen zu sekundären Bildungen, die ebenfalls in Form von Knötchen auftreten und zu grossen Infiltraten heranwachsen können, die aber nicht den Eindruck von gewöhnlichen Metastasen machen. Diese Uebertragung geschieht meist auf dem Wege der Lymphbahnen. Diese sekundären Bildungen treten meist in Organen auf, wo andere Neubildungen nur selten Metastasen setzen, so z. B. im Magen und Darm. Nur in äusserst seltenen Fällen, finden sich wirkliche Metastasen in der Milz, Nieren, Leber und in den Knochen. Das Lymphosarkom durchwuchert ferner nicht, wie andere Neubildungen, die Gefässe, sondern comprimirt sie nur, wodurch es zu Thrombosirung kommt, welche oft die schwersten Erscheinungen im Gefolge hat. (Herzschwäche, marastische Zustände, Gangraen ganzer Extremitäten u. s. w.) Das Lymphosarkom findet sich am meisten im mittleren Lebensalter, äusserst selten im Kindesalter. Vortragender hat es zweimal vor dem zehnten und zweimal vor dem vierzehnten Lebenalters beobachtet. Die übrigen von den fünfzig selbst beobachteten Fällen, betrafen Personen vom sechsundzwanzigsten bis zum fünfzigsten Lebensalter. Merkwürdigerweise werden davon nicht etwa schwächliche, sondern im Gegentheile ganz kräftige Individuen betroffen. Es erkrankten ferner doppelt so viel Männer als Frauen an Lymphosarkom.

Aeusserst selten findet sich neben Lymphosarkom ausgeheilte Tuberkulose der Drüsen, während bei der Pseudoleukämie nicht selten die Schwellungen von tuberkulisirenden Drüsen ausgehen. Das Lymphosarkom hat überhaupt nur Beziehungen zu zwei Prozessen u. zw. zur Pseudoleukämie und zum Granuloma fungoides malignum. Von der Pseudoleukämie unterscheidet sich das Lymphosarkom ferner noch durch das Fehlen der Milzschwellung, ja oft, besonders wenn es schon zu Marasmus gekommen ist, ist die Milz sogar atrophisch. Das Knochenmark ist meist nur etwas blässer, hie und da gallertartig.

Am meisten geht das Lymphosarkom aus von den Lymphdrüsen des Halses, dann von denen des Mediastinum, von den retroperitonealen und mesenterialen Drüsen, sehr selten von den Inguinaldrüsen, am seltensten von der Achselhöhle. Sehr häufig geht es aus von Lymphfollikeln und von den Schleimhäuten. Besondere Sorgfalt ist darauf zu verwenden, dass man sekundäre Tumoren nicht für primäre hält. Das bekannteste Bild geben die Lymphosarkome des Halses, welche meist grosse Tumoren bilden und oft die Schädelbasis durchwuchern können. Sie greifen hie und da auf den Pharynx über, verlegen die Choanen und führen oft zu bedeutenden Stenosen. Interessant sind die Fälle welche nicht von Drüsen, sondern von den Follikeln des Rachens, Gaumens, Zungengrundes und von den Tonsillen ausgehen. An der Zunge kommt es oft zu Ulcerationen; interessant sind die Uebernarbungen, die sich hier oft in Folge eines Schrumpfungsprozesses finden. In zweiter Linie stehen die Lymphosarkome der Mediastinaldrüsen, welche sich auf das Rückenmark, auf die Pleura und das Pericard fortsetzen können. Dadurch kann es zu kolossalen hämorrhagischen Ergüssen kommen, welche eine starke Erweiterung des Thorax bedingen können. Es kommt dann ferner zu Infiltration der Lunge, vom Hilus geht der Prozess oft entlang den Bronchien, wo er in Folge der dicken Infiltrate bedeutende Stenosen setzt.

Die Lymphosarkome der retroperitonealen Drüsen liefern meist grosse Tumoren, neben welchen es oft zu Erkrankung des Peritoneums kommt u. zw. in Form von zerstreuten Knötchen. Sehr häufig erkrankt der Magen und Darm, jedoch meist sekundär. Am Magen zeigen sich die Metastasen in zwei Formen u. zw. entweder als Wülste oder Infiltrate. Fast immer ist der Fundus und die hintere Wand des Magens erkrankt; dies geschieht wahrscheinlich auf dem Wege der Lymphbahn. Das primäre Lymphosarkom des Magens findet sich meist als ausgebreitete diffuse Infiltration. Im Darm zeigt sich das Lymphosarkom meist als Follikelschwellung oder wulstiges Infiltrat, welches den Darm umgreift. Chirurgisch interessant sind jene Fälle, wo der Darm oft auf Strecken vom 10—20 *cm* spindelförmig dilatirt und in seinen Wandungen infiltrirt ist. Diese Form unterscheidet das Lymphosarkom wesentlich vom Carcinom, wo es meist zu Strikturirungen kommt. Daneben finden sich stets die Lymphdrüsen ergriffen. Ausser im Ileum findet sich das Lymphosarkom noch am Coecum, wo es überall Dilatation mit markiger Infiltration bedingt.

Wir haben im Lymphosarkom eine atypische Gewebswucherung, die entweder lokal oder multipel auftritt, meist die Lymphdrüsen befällt und nur selten Metastasen setzt. Seine Eigenschaften scheiden dasselbe gewaltig von anderen Sarkomen und nähern es den regionären Lymphomen. Es wäre praktischer von Lymphosarkomatosis zu sprechen, womit auch zugleich das deletäre der Erkrankung ausgesprochen wäre. Chirurgische Eingriffe sind nur mit Vorsicht zu machen, da solche der Ausbreitung nur Vorschub leisten können.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 15. März 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Diskussion über den Vortrag Dr. Stein's: Zur Aetiologie und Therapie der Diarrhöen.

Dr. SINGER bemerkt, dass er Vortragendem sehr dankbar gewesen wäre, wenn er gezeigt hätte, wie man die funktionellen Diarrhöen von den organischen unterscheidet. STEIN hat zu wenig auf die Diarrhöen hingewiesen, welche infolge alimentärer Schädlichkeiten eintreten. Es geht nicht leicht an, ohne weiteres jede Diarrhöe, deren Aetiologie nicht bekannt ist, als durch nervöse Einflüsse hervorgerufen zu bezeichnen. Bei nervösen Diarrhöen wäre das Opium aus der Therapie zu verbannen, da man bei denselben mit pflanzlichen Adstringentien leichter zum Ziele kommt. SINGER hat von protrahirten lauwarmen Bädern schöne Erfolge gesehen.

Dr. HERZ zweifelt an dem Bestehen nervöser Diarrhöen. Man müsse unterscheiden zwischen abnormer Peristaltik und nervösem Katarrh, zwischen Dünndarm und Dickdarm, sowie zwischen flüssigen Stühlen und schleimigem Katarrh.

Dr. HOCHSINGER erklärt sich mit den Auseinandersetzungen HERZ's einverstanden. STEIN hat nicht viele Beweise für das Bestehen eines nervösen Katarrh geliefert; dazu hätte es auch einiger Experimente bedurft. Auf nervöser Basis könne wohl eine einmalige profuse Sekretion bestehen, die vorwiegend auf den Dünndarm zu beziehen ist; ist aber das Epithel einmal aus der Gleichgewichtslage gekommen, so ist der Zustand, welcher sich als Diarrhöe zu erkennen gibt, als wirklicher Darmkatarrh aufzufassen.

Dr. SINGER betont gegenüber Dr. HERZ, dass es eine klinisch kekannte Reihe von Diarrhöen gibt, welche nicht von alimentären Schädlichkeiten u. s. w. abhängig ist und daher den Neurosen angereiht werden kann. Strikte lässt sich aber das Vorhandensein einer nervösen Diarrhöe nicht konstatiren.

Dr. STEIN bemerkt auf den Einwurf HOCHSINGER'S dass er die Diät zu wenig berücksichtigt haben, dass dieselbe nur in Betracht komme, wenn die Ursache der pathologischen Störung von der Nahrung abhängt. Nicht alle Formen der Enterokolitis beruhen nach LEUBE auf entzündliche Erkrankungen. Den Plan, experimentell das Bestehen einer nervösen Diarrhöe zu beweisen, habe er schon lange gehabt, doch konnte er ihn bis jetzt nicht ausführen. STEIN glaubt ferner, dass eben die Diarrhöen mit starker schleimiger Sekretion als nervöse aufzufassen seien.

HOCHSINGER glaubt, dass gerade die rein nervösen Formen des Darmkatarrhs ein sehr dankbares Objekt der diätetischen Therapie bilden, in dieser Richtung hat sich ihm die Milchkur trefflich bewährt. Wenn LEUBE behauptet, dass er Fälle von Enterokolitis ohne entzündliche Erscheinungen gesehen habe, so seien seine Untersuchungen keine mikroskopischen gewesen; für die anatomischen Veränderungen sprechen die follikulären Verschwärungen, die oft nach Enterokolitis auftreten.

Dr. STEIN ist es nicht einleuchtend, dass gerade funktionelle Störungen durch Aenderung der Diät beeinflusst und dass in dem nervös erregten Darm, die Erregung durch die Milch gebannt werden sollte.

* * *

Dr. Max Kahane. Ueber die diagnostische Bedeutung der Essigsäuretrübung im Harn.

Durch die neueren physiologisch-chemischen Untersuchungen ist erwiesen, dass nicht nur Nuclein, sondern auch Nucleinsubstanzen durch Essigsäure aus dem Harn gefällt werden. Wenn es auch heute noch nicht möglich ist, diese Substanzen streng von einander zu sondern, so steht doch fest, dass sie 1. höher zusammengesetzt sind als das Albuminmolecül, 2. dass sie mit den die Zelle aufbauenden Substanzen nahe verwandt sind. Man kann sie daher der Kürze halber als Cytoproteide bezeichnen.

Vortragender hat bei einer Reihe von Intoxicationen und Infektionskrankheiten untersucht, ob Beziehungen zwischen dem Verlauf der Erkrankung und dem Vorhandensein von Cytoproteiden bestehen. In einem Fall von Phosphorvergiftung liess sich keine Essigsäuretrübung des Harns nachweisen. Bei einigen Fällen von Kalilaugenvergiftung, Salzsäure- und Kantharidinvergiftung ergab sich intensive Reaktion, welche mit Ablauf der Erscheinungen an Intensität abnahm.

Sehr intensive, lange nach Ablauf der Erkrankung fortbestehende Reaktion zeigten zahlreiche Fälle von Erysipel und Angina. Pneumonie, Neuritis, Pericarditis ergaben eine, dem Verlauf der Krankheit entsprechende Reaktion d. h. mit Eintritt der Entfiberung schwand die Essigsäuretrübung. Aehnlich verhielt sich der Abdominaltyphus, während Milliartuberculose und Meningitis fortdauernde, bis zum Tode an Intensität zunehmende Reaktion ergaben. Von Malaria wurde ein Fall untersucht, wo gerade der zur Zeit des Schüttelfrostes entleerte Harn ziemlich deutliche Reaction gab, sonst fehlte dieselbe.

Morbillen gaben im Gegensatz zu Scarlatina intensive Reaktion. Was die Erklärung des Vorkommens der Cytoproteide anlangt, so ist zu beachten, dass katarrhalische Erkrankungen des Urogenital-Kanals die Quelle dafür abgeben. Kann man diese ausschliessen, so liegt der Gedanke an Reizungsvorgänge der Medullarsubstanz der Niere nahe (OBERMAYER) schliesslich wäre an Zerfallsprozesse in den Geweben als Quelle der Cytoproteidausscheidung zu denken.

Dr. Gustav SINGER erwähnt, dass er in 2 Fällen von Scharlachnephritis zu einer Zeit wo Eiweissausscheidung mit den gewöhnlichen Reaktionen nicht mehr nachweisbar war, das Auftreten von Nuclealbumin eine Zeitlang beobachtete und er glaubt, dass für diesen Zeitpunkt noch Vorsicht in der Diät geboten sei. Weiters macht er bekannt, ohne KAHANES gründliche Untersuchungen anzufechten, dass Essigsäuretrübung im Harne von Frauen nach Entnahme mittelst Katheters oft verschwindet und häufig auch bei Männern, die eine Gonorrhoe überstanden haben sich zeigt, ohne dass man an Vorhandensein von Nucleoalbumin denken dürfe.

* * *

Dr. Silberstern: Zur Aetiologie des Hautemphysems.

Vortragender bespricht zunächst das traumatische, speciell das arteficielle Emphysem. Das nicht traumatische sei in der Literatur nur stiefmütterlich bedacht. Von dieser Gruppe nennt er 1. das s p o n t a n e Emphysem, das durch Entwickelung von Gasen in den Geweben entsteht. Die Gasbildung erfolgt durch Lebensthätigkeit aërogener Mikroben. Hierher zählt Vortragender Fälle von Hautemphysem bei Typhus und Pneumonie (malignes Oedem), bei Fäulnis und Brand, bei der Gangrène foudroyente und beim Rauschbrand. Anhangsweise, schliesst Vortragender, muss die Möglichkeit zugestanden werden, dass aërogene Bakterien aus einer eitrigen Pleuritis einen Pneumothorax erzeugen können. 2. Unter den zu Emphysem führenden Erkrankungen des Verdauungstraktes bespricht SILBERSTERN das Ulcus ventriculi und die Spontanruptur des Oesophagus. Er versucht den Widerspruch zu erklären, dass Spontanruptur nahezu immer, andere Perforationen, selbst Fremdkörperperforation kaum je ein Emphysem erzeugen. Im ersten Falle sitzt die Läsion in unmittelbarer Nähe der Cardia und pflegt der Sphincter paretisch zu sein (Potatoren), so dass die Magengase zur Läsion Zutritt haben. Im letzten Falle sei der Sitz der Perforation kein typischer. Der geschlossene Sphincter der Cardia, der geschlossene Halstheil der Speiseröhre setzen dem Vordringen der Magengase und der atmosphärischen Luft ein Hinderniss entgegen. 3. Das m e c h a n i s c h e Emphysem, welches als Folge des Platzens der Alveolen und Eintritt der Luft in das Bindegewebe aufzufassen ist, namentlich bei Hustenstössen, Pressbewegungen u. dgl. Bei Cholera findet sich nach FRAENTZEL nicht so selten Hautemphysem, wenn auch bloss am Halse. Für ungleich häufig hält Vortragender das mediastinale Emphysem bei Cholera. Das Knistern im Bereiche der Herzgegend bei Mediastinalemphysem sei wiederholt mit pericardialem Reibegeräusch verwechselt worden. Weitere Beobachtungen mussten lehren, ob die «pericardialen Geräusche» bei Cholera, welche auf excessiver Trockenheit des Herzbeutels bezogen werden, nicht ein missverstandenes Symptom des Mediastinalemphysems seien.

4. SILBERSTERN führt Beispiele von destructiven zu Emphysem führenden Veränderungen der Luftwege an. (Ulcera laryngis, tracheae, Abscessus pulm). Er findet, dass die Perforation tuber-

kulöser Kavernen, wohl zu Pneumothorax, sehr selten aber zu allgemeinem Hautemphysem führen. Im Gegensatze hiezu erklärt er die Lungenaktinomykose, welche häufiger vorkommt, als sie diagnosticirt wird (ILLICH führt 58 Fälle an), für besonders geeignet, Hautemphysem zu erzeugen. Er bringt eine Krankengeschichte von Lungenaktinomykose mit hochgradigem Emphysem des gesammten Unterhautzellgewebes; selbst die Conjunktiven waren von Luftblasen durchsetzt und die Mundschleimhaut knisterte bei Berührung. Die Obduktion ergab Aktinomykose der rechten Thoraxhälfte. Bei Besprechung dieses Falles und der Lungenaktinomykose, polemisirt SILBERSTERN gegen die allgemeine Anschauung, dass die linke Lunge die häufiger betheiligte sei. Wie Fremdkörper aus bekannten Ursachen mit Vorliebe in die Verzweigungen des rechten Bronchus gerathen, so sei auch bei dieser Mykose, welche durch die Aspiration inficirter Fremdkörper entsteht die rechte Lunge die häufiger befallene. Im beschriebenen Falle betraf die Aktinomykose die Spitze und den Oberlappen der rechten Lunge — ein neuer Beweis, dass die Lokalisation nicht verlässlich sei für die Differenzialdiagnose, zwischen Tuberkulose und Aktinomykose. Die Lokalisation des letzten Prozesses ist peripleural und prävertebral, wodurch die Interkostalnerven, der Plexus brachialis, Sympathicus und die Vagusäste in Mitleidenschaft gezogen werden. Auf letztere Momente seien Dyspnoë, Hustenreiz, Pulsbeschleunigung zurückzuführen. Die Pilzkolonien wandern von der Respirationsschleimhaut bis zur äussersten Haut. Es bildet sich Granulationsgewebe, welches sich verflüssigt, es kommt zu Abszessen und Fisteln. Nach dem Durchbruche bleiben Geschwüre zurück, welche den tuberkulösen sehr ähnlich sehen. Thoraxschrumpfung ist für Aktinomykose diagnostisch verwerthbar. In Folge der Fisteln kommt es zu einer Communikation zwischen Luft und Bronchien, wodurch ein Hautemphysem entstehen kann. Zum Schlusse stützt Vortragender diese Behauptung durch Beispiele aus der Literatur. Aktinomykose ist daher als ätiologisches Moment bei der Bildung von Hautemphysem zu berücksichtigen. *Dr. Em. Mandl.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe.

Von **Dr. Max Knies**, Professor in Freiburg i. B.

Zugleich Ergänzungsband für jedes Hand- und Lehrbuch der inneren Medizin und der Augenheilkunde.

Mit 21 Figuren im Texte.

Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

Die Literatur der letzten Jahre hat keinen Mangel aufzuweisen an gediegenen Arbeiten, welche dasselbe Thema zur Grundlage hatten, wie die vorliegende, die Ergebnisse der Forschung auf dem Gebiete der Augenheilkunde denen in den übrigen Spezialdisziplinen und der Gesammtmedizin näher zu bringen, und doch hat, wie wir vorweg nehmen wollen, die vorliegende Arbeit eine fühlbare Lücke ausgefüllt, denn keiner der Autoren ist seiner Aufgabe in so umfassender und origineller Weise gerecht worden, wie KNIES in seinem neuesten Werke.

Die grössere Hälfte des Buches ist den Erkrankungen des Nervensystems gewidmet, anscheinend das Lieblingsstudium des Autors; man nimmt es dem letzteren gar nicht übel, wie er hie und da, scheinbar auf sein eigentliches Thema vergessend, Exkursionen auf das Gebiet der Physiologie und Pathologie der nervösen Organe macht und den gegenwärtigen Standpunkt dieser Disziplinen in den brennendsten Fragen klar und anschaulich präcisirt oder wenn er eine geistreiche Erklärung des Symptomenkomplexes «Hysterie» zu geben versucht.

Die durch anatomische Läsionen bedingten Nervenkrankheiten sind gleich sorgfältig berücksichtigt wie die durch ihre Sehstörungen so interessanten funktionellen Neurosen, und es ist ebenso wie in den folgenden Kapiteln, welche die Erkrankungen sämmtlicher innerer Organe behandeln, auch nicht ein Krankheitsbild unberücksichtigt geblieben. Dem besonders ausführlichen Kapitel über die Vergiftungen ist ein alphabetisches Verzeichniss sämmtlicher Gifte bezüglich deren Erscheinungen an Seiten des Auges bekannt sind, beigegeben.

Die Besprechung der Konstituonsanomalieen macht den Schluss des Buches; auffallend war uns in diesem Absatze die Bemerkung des Autors, dass «bei skrophulösen Augenerkrankungen die lokale Behandlung der Athmungsschleimhaut namentlich der Nasenschleimhaut das wichtigste» zur Verhütung der Rezidive sei und dass er dieses Verfahren einer Allgemeinbehandlung, worunter Verfasser ironisirend «Leberthran, Eichelkaffee und Nussblätterthee» versteht, entschieden vorzieht. Die ARLT'schen Lehren von der fundamentalen Wichtigkeit eines vernünftig geleiteten Regimens sind viel zu sehr gefestigt im ärztlichen Publikum, die Erfahrungen, welche man mit «skrophulösen» Kindern namentlich in neuerer Zeit in Seehospizen gesammelt hat, zu beweisend, um eine solche Anschauung durchdringen zu lassen.

Die Schreibweise des Verfassers ist eine fesselnde, die Literaturangaben sind durchwegs sorgfältig und genau.

Sicher sind wir, dass jeder Leser dem Verfasser dankbar sein wird für die vielen Anregungen, die ihm das Studium des Buches verschafft hat, und dass er letzteres aus Händen geben wird mit der Genugthuung, ein gediegenes Werk gelesen zu haben und mit dem Vorsatze, oft wieder darin zu blättern.

Die Ausstattung des Buches ist äusserst elegant.

Bakteriologische und klinische Beobachtungen über Natrium chloro-borosum als Antisepticum.

Von Dr. med. **Joseph Büller.**

Münchener medizinische Abhandlungen.

Verlag von J. F. Lehmann. München 1892.

Vorliegende, aus Prof. KLAUSSNER's Poliklinik stammende Arbeit beginnt mit allgemeinen Betrachtungen über *Antisepsis*, Asepsis und die gebräuchlichen Antiseptica, um hierauf zu einer Charakteristik des Natrium chloro-barosum zu übergehen. Versuche des Autors haben ergeben, dass dem Liquor Natrii chloro-borosi entwicklungshemmende und tödtende Einwirkung auf Bakterien zukommt, dass er für den thierischen Organismus keine giftigen Eigenschaften besitzt, und dass er klinisch innerhalb gewisser Grenzen verwendbar ist. Die Schlusssätze lauten: 1. Das Natrium chloro-borosum ist als Liquor 3—5 Perzent ein mildes, wirksames Antisepticum. 2. Der Liquor hat vor anderen Antisepticis den Vorzug, dass er indifferent, klar löslich, wasserhell und relativ ungiftig ist, den Nachtheil, dass er bei längerem Stehen an antiseptischer Kraft einbüsst. Im Pulver, sowie dessen Lösung, konnte ich eine antiseptische Eigenschaft nicht finden, und kann ihm nur den Werth eines aseptischen Streupulvers zuschreiben. 4. Für die Ohren- und Nasenheilkunde ist das Pulver als unbrauchbar, ja gefährlich, zu verwerfen. 5. Eine direkt spezifische Wirkung des Natrium chloroborosum konnte Verfasser nicht finden. 6. Hände und Instrumente greift der Liquor nicht an.

Zeitungsschau.

Dr. Clemens Neisser (Oberarzt an der Provinzial-Irren-Anstalt zu Leubus). **Bettruhe bei Epilepsie.** — (Therapeutische Monatshefte Nr. 3, 1893.)

Aus administrativen Gründen wurden am 15. November 1890 der Anstalt, welche reglementmässig sonst Epileptiker nicht aufnimmt, aus einer anderen schlesischen Provinzial-Irrenanstalt 7 Epileptiker überwiesen, chronische Kranke, zum Theil schon in tiefer Verblödung. Dieselben wurden in gemeinschaftlichem Raume in's Bett gelegt. Dies erfolgte zunächst nicht in irgend einer kurativen Absicht, sondern es war vielmehr lediglich ein durch das gesammte Regime der Anstalt bedingtes Auskunftsmittel. Die Bettruhe wurde nur an schönen Tagen durch den Besuch des Gartens für einige Stunden unterbrochen; während dieser Zeit durften die Kranken auch 1—2 leichte Cigarren rauchen und ausserdem war ihnen

soweit als möglich, die Theilnahme an geselligen Veranstaltungen, Concerten u. dgl. gestattet.

Verfasser will hier sogleich die Bemerkung anschliessen, dass die Kranken selbst bis auf den heutigen Tag damit offenbar durchaus zufrieden sind und keiner je den Wunsch nach einer Aenderung des Verfahrens geäussert hat. Zwei der Kranken scheiden bei der Frage des subjektiven Wohlbefindens aus, weil sie für jede Urtheils- und Aeusserungsfähigkeit viel zu dement sind. Von den übrigen 5 gilt dies aber nicht, namentlich 3 von ihnen haben häufig genug und in sehr stürmischer Weise ihre Wünsche geäussert, so dass sie auch mit dem Verlangen aufzustehen, falls sie dasselbe nur einigermassen lebhaft empfinden, ganz gewiss nicht zurückgehalten haben würden.

Wer über Erfahrungen in einer Irren-Anstalt verfügt, in welcher die Behandlung der Kranken systematisch und ausgiebig durchgeführt ist, wird in dieser Thatsache nichts Befremdliches finden. Bei chronischen Kranken, namentlich im Uebergange zu psychischen Schwächezuständen, welche durch längere Zeit mit Bettruhe behandelt worden waren, bildet sildet sich nur zu häufig eine förmliche Bettsucht aus und es ist beinahe öfter erforderlich, solche Patienten zum Verlassen des Bettes wider ihren Willen zu nöthigen, als einem entgegengesetzten Verlangen derselben entgegenzutreten. Ich habe diese Ausführuugen auch nur desshalb gemacht, weil ein schlesischer Spezialkollege die Anordnung der Bettruhe in diesen Fällen für eine Grausamkeit bezeichnen zu sollen geglaubt hat.

Die Resultate waren kurz zusammengefasst folgende:

Bei sämmtlichen Patienten trat von der ersten Woche ihres Hierseins ab eine zum Theil sehr erhebliche Körpergewichtszunahme ein, welche bei Allen durch vier Wochen hindurch kontinuirlich anwuchs. Danach erfolgte bei Einzelnen wieder ein Rückgang desselben, danach mehrfache Schwankungen, aber immer noch ist der Körgewichtstand bei Allen (bis auf einen Fall, welcher noch besonders zu besprechen ist) ein höherer als zur Zeit der Aufnahme in unsere Anstalt. Bei einem Patienten hat sich die Körpergewichtssteigerung noch durch ein weiteres halbes Jahr (im Ganzen bis dahin um 15 *kg*), bei einem zweiten durch ein ganzes Jahr (um 28 *kg*) und bei dreien durch ein Vierteljahr (um 7·5, bezw. 11 und 14·5 *kg*) fortgesetzt. (Von den letzterwähnten erkrankte der eine danach an Influenza und im Anschluss daran an Lungentuberkulose, welcher er auch erlegen ist. Dieser scheidet also bei der Betrachtung des oben angeführten gegenwärtigen Endergebnisses der Wägungen aus.)

Für diese doch gewiss ansehnliche Gewichtszunahme lässt sich ein anderes Moment als die vermehrte körperliche Ruhe nicht ausfindig machen, da die Verpflegung der Kranken in den beiden in Betracht kommenden Anstalten eine völlig gleichmässig reglementirte ist.

Nur bei einem Kranken ist das Körpergewicht nach dem erwähnten Anstieg in den ersten Wochen erheblich herabgegangen. Damals schienen Unregelmässigkeiten in der Nahrungsaufnahme eine ausreichende Begründung abzugeben, um so mehr, als nach Ueberwindung der krankhaften Abstinenz entsprechende Steigerung des Gewichts sogar über die frühere Höhe hinaus statthatte. Später aber ist ohne irgend welche erkennbare Ursache und im letzten Jahre mit nur wenigen Schwankungen andauernd eine Reduktion des Gewichts erfolgt, so dass derselbe 9 *kg* weniger wiegt, wie bei der Aufnahme in die Anstalt. Trotzdem ist bei ihm, wie ich noch zu erwähnen haben werde, im Gesammtkrankheitsbilde eine Besserung unverkennbar.

Was nun die epileptischen Anfälle selbt anlangt, so hatten wir, wie schon gesagt, von vornherein nicht die geringste Hoffnung, dass diese insgesammt durch die langjährige Krankheit schon schwer geschädigten Individuen noch irgendwie therapeutisch zu beeinflussen sein würden, zumal es sich bei fast allen fortlaufend um vollausgebildete schwere Allgemeinkrämpfe handelte, neben welchen freilich bei einigen auch leichtere Anfälle und bei anderen auch psychische Erregungszustände verschiedener Art beobachtet worden waren. Um so mehr scheint es mir hervorgehoben werden zu müssen und kann kaum als ein Zufall bezeichnet werden, dass von den 7 Kranken, um welche es sich handelt, nicht weniger als 6 schon nach 14 Tagen und von da ab durch 6 Wochen hindurch durchweg eine erhebliche Abnahme in der Zahl der Anfälle aufwiesen. Später allerdings vermehrten sich die Anfälle wieder und wo geringe Differenzen gegen früher zu Tage zu treten schienen, haben wir kein Gewicht darauf gelegt, weil auch sonst wohl, soweit die Vorberichte uns darüber Aufschluss geben, zeitweise Schwankungen in der Zahl und Intensität der Anfälle bei den Meisten beobachtet worden waren.

Auf die Wirkung der Bettruhe in dieser Hinsicht wurden wir erst wieder aufmerksam, als wir kürzlich einen der Epileptiker, welcher bisher niemals — auch in der anderen Anstalt nicht — gearbeitet hatte, zum Rosshaarezupfen heranzogen, also zu einer Beschäftigung, welche in sitzender Stellung ohne jede Anstrengung vorgenommen wird und zu deren Verrichtung er gern bereit war. Der Kranke, bei welchem sonst in der Regel nur 2—3 und höchstens einmal vor längerer Zeit 9 Anfälle im Monat beobachtet worden waren, bekam innerhalb von 14 Tagen 18 Anfälle, so dass es wohl gerechtfertigt ist, diese plötzliche Steigerung der Krankheitserscheinungen mit der veränderten Lebensweise bezw. mit dem Aufgeben der Ruhelage in Zusammenhang zu bringen.

In Bezug auf Häufigkeit und Schwere der epileptischen Anfälle konnten wir für die Dauer bei den anderen Kranken eine deutliche Besserung nicht wahrnehmen, wogegen die Darreichung von fortgesetzten Bromgaben in zwei Fällen, wie bei jedem Aussetzen des Mittels zu konstatiren war, unzweifelhaften Nutzen brachte. Bei denjenigen Kranken aber, welche neben ihren Krampfanfällen noch zu transitorischen Psychosen neigten, ist eine unverkennbare Milderung in der Schwere der Aufregungszustände während ihres Hierseins bezw. während der Bettruhe eingetreten, so dass Gewaltthätigkeiten und sonstige gröbere Störungen fast niemals vorgekommen sind, während einige der Kranken früher durch Wochen und Monate hatten isolirt gehalten werden müssen. Besonders hervorzuheben ist in dieser Hinsicht, dass der einzige der Patienten, von welchem oben gesagt wurde, dass er eine unerklärte Abnahme des Körpergewichts hier im letzten Jahre erfahren hat, sich trotzdem im Allgemeinen ruhig verhielt, während er nach den Berichten früher ein höchst unangenehmer und gefährlicher Patient gewesen sein muss.

Uebrigens liefert das Krankenjournal der Anstalt, in welcher Patient vorher war, auch einen interessanten Beitrag zu unserer Frage. In Bezug auf das Jahr 1884 wird über diesen Patienten berichtet, dass seine Unruhe sich wesentlich gesteigert habe und dass öftere Eintritte von Tobsuchtsanfällen, bei denen er gegen Wärter und Kranke losging, seine Isolirung nothwendig machten und zwar war er während der ersten Hälfte des Jahres zusammen 95 Tage isolirt. Danach wurde er, weil er durch Nahrungsverweigerung auf der Basis von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen körperlich arg herabgekommen war, zu Bett gelegt. Seitdem traten, wenn Patient auch noch lange verwirrt blieb, die Aufregungszustände, wie das Journal ausdrücklich hervorhebt, nicht mehr in so heftiger und anhaltender Weise auf und nach etwa 3 Monaten stellte sich mehr Esslust und «im Allgemeinen mehr Ruhe» ein und das Körpergewicht nahm wieder zu.

Verfasser ist weit entfernt davon, aus dem vorstehend mitgetheilten, immerhin recht spärlichen Beobachtungen in Bezug auf den Werth der Bettruhe bei Epileptikern weitreichende Schlüsse ziehen zu wollen. Das aber bei so weit vorgeschrittenen Fällen überhaupt eine deutliche Einwirkung des Verfahrens sich ergeben hat, scheint mir doch der Beachtung werth zu sein und ich möchte glauben, dass der Versuch sich rechtfertigt, in Fällen, in denen überhaupt von einer Kur noch Erfolg erhofft werden kann, die Wirkung der Brompräparate durch die Bettruhe zu unterstützen.

Werner: Chloroform bei der Behandlung des Typhus (St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 3, 1893.)

Während der akuten Periode der Krankheit lässt Verfasser den Patienten Tag und Nacht alle Stunden oder alle zwei Stunden einen Suppenlöffel voll von einer 1 perzentigen Chloroformlösung nehmen. Gegen Ende des Prozesses wird das Mittel in grösseren Intervallen verabreicht. Von 130 Kranken, die damit behandelt wurden, ist kein einziger gestorben. Sämmtliche Fälle, die der

Chloroformbehandlung unterworfen wurden, haben einen minder schweren Verlauf gehabt. Komplication sah Verfasser nicht auftreten. Lippen und Zunge sind stets feucht gewesen; Durst und Diarrhoë haben rasch nachgelassen; der Meteorismus war weniger ausgeprägt oder gar nicht vorhanden. Recidiven sind nur selten vorgekommen. *A. D.*

Dr. Beuckelmann und **Dr. Fischer** (Dortmund): **Anchylostoma duodenale bei einem deutschen Bergmann.** — (Deutsche medizinische Wochenschrift Heft 50, 1892.)

Während man in Deutschland das Anchylostoma duodenale bisher nur bei Ziegelarbeitern gefunden hatte, die zur Winterszeit in belgischen Bergwerken arbeiteten, fanden die Verfasser diesen Parasiten bei einem Bergmann ihres Revieres, der nie mit Ziegelarbeitern, italienischen, ungarischen oder belgischen Bergarbeitern zusammengekommen war. Der Patient wurde in einem äusserst desolaten Zustande in das Hospital aufgenommen und bot das Bild der extremsten Anämie dar. Es ist wahrscheinlich, dass auch hier die Eier und Larven des Anchylostoma duodenale von ausländischen Bergarbeitern in den Bergwerken deponirt worden sind, in denen für ihre Weiterentwicklung und Weiterverbreitung die Verhältnisse noch bedeutend günstiger liegen, als bei den allen Witterungseinflüssen ausgesetzten Ziegelfeldern. Nach vergeblichen Versuchen gelang es, durch Verabreichung von 5 *gr* Extractum filicis maris recens mit der doppelten Menge Syrup und 15 Tropfen Chloroform, worauf nach einer Stunde Rhicinusöl gegeben wurde, einen eclatanten Erfolg zu erzielen, indem Hunderte von Würmern und später keine Eier mehr in den Stühlen gefunden wurden.

Rezeptformeln gegen die Obstipation der Kinder. — Der Frauenarzt Heft 3 (März).

Gegen die Verstopfung der Kinder empfiehlt MONIN folgende Formeln:

1. Rp.	Syrup. Althaeae	95·00
	Spir. vini.	5·00
	Podophyllini	0·05

M. D. S. Täglich 1/3 Essl. z. n.

2. Rp.	Aq. fervesc.	100·0
	Mannae	30·0
	Folic. Sennae	4·0
	Pulv. coff. tost	10·0

M. D. S. Im Laufe des Tages aufzubrauchen.

3. Rp.	Resin. Scammon.	0·20
	Natr. bicarbon	
	Sacch. alb. ana	0·60
	Lactis	0·60

M. D. S. Einzeldosis für ein Kind von zwei Jahren.

(R. obst. et gyn.).

Behandlung der Schweissfüsse nach KAPOSI:

Rp.	Naphthol	5·0
	Glycer. p.	10·0
	Spir. vini	100·0

S. Morg. und Ab. die Füsse zu waschen; sodann pudern mit:

Naphthol. pulv.	2·0
Amyli	180·0.

Das Chloroform ist nach STROUP eins der besten Bandwurmmittel; er gibt davon 0·5 mit irgend einem Vehikel. Sodann folgt:

Ol. Croton.	
Ol. Ricini ana gutt. IV.	
Glycer.	16·0
Aq. dest.	64·0

M. D. S. 3 st. 1 Kaffeelöffel, bis zum Abgang des Wurmes.

(Med. Neuigk.)

Standesfragen und Korrespondenz.

Professor Rudolph Virchow in London.

Am 16. März hielt in der Aula der Londoner Universität unter den Auspizien der königl. Gesellschaft Herr Professor VIRCHOW die Croonian-Vorlesung über die Stellung der Pathologie unter den biologischen Wissenschaften» in englischer Sprache.

Der Redner begann seinen Vortrag damit, dass er der königlichen Gesellschaft dafür dankte, dass sie ihm vor beinahe 10 Jahren die Ehre erwiesen, ihn zu einem ihrer auswärtigen Mitglieder zu erwählen und er stattete ihr ferner für die ihm im letzten Herbste zuertheilte Copley-Medaille seinen tiefgefühlten Dank ab, eine Auszeichnung, welche an innerem Werthe alle Ehrenbezeugungen übertrifft, welche die wechselnden Gunstbezeugungen politischer Mächte zu gewähren gewöhnt sind. Wer bedürfte nicht — fuhr der Redner fort — in den immer wechselnden Ereignissen des Lebens der Ermuthigung? Zwar beruht das innere Glück nicht auf der Schätzung unserer Leistungen seitens Anderer, sondern auf dem Bewusstsein, dass man in ehrlicher und rechtschaffener Weise seine Arbeit vollbracht. Wie könnte man sonst die Hoffnung auf Fortschritt und auf endgiltigen Sieg den Angriffen seiner Gegner gegenüber in seinem Herzen hegen und pflegen? Glücklich ist der, welcher trotz der von seinen Opponenten ihm zugefügten Beleidungen in Verbindung mit Anderen die gemeinsame Arbeit kultivirt und drei Mal glücklicher der, welcher der schmeichelhaften Anerkennung seitens geschätzter Mitarbeiter theilhaftig wird. Die Mitarbeiterschaft Vieler ist für den Fortschritt der Wissenschaft unumgänglich nöthig. Daher der erhebende Gedanke, dass eine Nation nach der anderen in den Vordergrund tritt, um ihren Antheil daran zu nehmen.

Unter allen Wissenschaften ist es die Medizin, welche seit mehr als 2000 Jahren fortwährend neue Heimstätten gefunden. Die fortschreitende Entwickelung derselben wurde zwar oft gestört, aber niemals ganz und gar zum Stillstand gebracht. Die Betrachtung der Entwickelungsgeschichte der modernen Medizin zeigt die engen Beziehungen auf, welche zwischen England und Deutschland bestehen: denn beide Länder haben hervorragendsten Antheil in derselben genommen. Der Verfall der alten Medizin datirt vom Anfange des 16. Jahrhunderts: Deutschland spielte in dem Kampfe gegen dieselbe eine denkwürdige Rolle. Andreas VESALIUS (Wesel) war es, welcher die Anatomie zu einer festen Wissenschaft erhob und der Medizin eine solide Grundlage verschaffte, welche sie bis heute innehält und die sie hoffentlich nie wieder aufgeben wird. PARACELSUS aber gab der alten Medizin den Todesstoss: sonderbarer Weise jedoch vollbrachte er die That mit Waffen, die er dem Arsenale der Araber entlehnt hatte. Von ihnen entnahm er die Alchemie und gleichzeitig den phantastischen Spiritualismus des Orients, welcher einen klaren und deutlichen Ausdruck in seiner Lehre, des «Archaeus», der bestimmenden Kraft in allen lebenden Wesen fand. So kam es denn, dass die neue Medizin schon bei ihrer Geburt die Keime jenes verderblichen Widerspruchs in sich aufnahm, welcher bis auf den heutigen Tag den bitteren Kampf der Schulen untereinander aufrecht erhalten hat. PARACELSUS betrachtete die Natur als lebend. In dem zusammengesetzten Organismus des Menschen hat jeder Theil — seiner Meinung nach — seinen eigenen «Archaeus», aber das Ganze würde durch den Archaeus maximus, den «Spiritus rector», regiert.

Von dieser Voraussetzung gingen die vielen verschiedenen vitalistischen Schulen, welche unter stets wechselnden Bezeichnungen diese Idee eines Lebensprinzips den Aerzten unterbreiteten, aus. Georg Ernst STAHL substituirte die Seele für den «Spiritus rector». Die Lehre der Lebenskraft fand in den Anhängern der Naturphilosophie in Deutschland ihre stärksten Vertheidiger. Der grosse Forscher jedoch, welcher die exaktere Methode zu der herrschenden machte, gehört England an. Beinahe hundert Jahre nachdem VESALIUS und PARACELSUS ihr Werk begonnen, veröffentlichte William HARVEY seine «Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus». Hiedurch wurde festgestellt, dass die Anatomie sich nicht nur — wie bis dahin geglaubt —

mit todten Theilen beschäftigt: lebendige Thätigkeit wurde von nun an der Gegenstand unmittelbarer Beobachtung. Nicht nur das, sondern eine neue Methode der Beobachtung, die experimentale Methode, wurde dienstbar gemacht, der es verdankt wird, dass mit mühsamer Arbeit ein neuer Zweig der medizinischen Wissenschaft — die Physiologie — aufgebaut worden ist. Der Einfluss, welchen diese und andere grosse Entdeckungen HARVEYS auf die Ideen seiner Zeit ausübten, war wunderbar. Ein Zeitgenosse HARVEYS, Francis GLISSON, dessen Verdienste um die fernere Entwickelung der Lehre des Lebensprinzips ungemein gross und höchst bedeutend war, ist in unverdiente Vergessenheit gerathen. Die Lehre von der Irritabilität entlehnte HALLER, der Vater der modernen Physiologie, von GLISSON.

Professor VIRCHOW sprach dann von John HUNTER, dessen materialistischer Vitalismus von dem dynamischen Vitalismus der deutschen Schulen ganz und gar verschieden war und lenkte darauf die Aufmerksamkeit seiner Zuhörer auf die verschiedenen Doktrinen, welche im Laufe der Zeit in Bezug auf die Erklärung des Lebens vorgebracht worden. Das von BROWN in Schottland im letzten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts eingeführte neue System der Medizin wurde dann der Besprechung unterzogen. BROWN's erstes Werk «Elementae Medicinae» hatte die Wirkung eines Erdbebens: es veränderte in wenigen Jahren den Anblick des ganzen Feldes der Medizin. Sein Triumph war jedoch nur kurz. Johannes MÜLLER bewahrte für die allgemeine Physiologie, was werthvoll in BROWN's Leben war. Als DUBOIS-REYMOND die elektrische Strömung in Muskel und Nerv in allen ihren Besonderheiten demonstrirte und die Unzulässigkeit einer besonderen Lebenskraft bewiesen hatte, gab der ehrwürdige HUMBOLDT den Traum seiner Jugend auf und unterwarf seine Ansichten dem anerkannten Naturgesetz. Die ersten Schritte der mittelalterlichen Anatomisten hatten die Wirkung, die Aufmerksamkeit auf lokale Krankheiten zu ziehen. In der längsten Periode suchten die pathologischen Anatomisten die Ursache der Krankheiten in einer der grösseren Regionen oder Cavitäten des Körpers — Kopf, Brust oder Bauchhöhle. In der zweiten Periode suchten sie in einer gewissen Region das wirkliche Organ, welches als der Sitz der Krankheit betrachtet werden mochte. Von dieser Zeit an war das Auge des pathologischen Anatomisten hauptsächlich auf die in den Geweben vor sich gehenden Veränderungen gerichtet. Aber es wurde bald klar, dass auch die Gewebe keine einfachen Substanzen seien. Seit der dritten Dekade dieses Jahrhunderts wurde durch das Mikroskop die Existenz von Zellen — zuerst in Pflanzen und dann in Thieren bewiesen. Nur lebende Wesen enthalten Zellen und vegetabilische und animalische Zellen besitzen so viel Aehnlichkeit untereinander, dass man in ihnen das aktuelle Produkt der Organisation demonstriren kann. Diese Ueberzeugung wurde allgemein, besonders seitdem SCHWANN bewiesen, dass die Konstruktion embryonischer Gewebe von Zellen auch in den höchstentwickelten Thieren und im Menschen selbst abgeleitet war. Heutzutage ist die Wissenschaft so weit fortgeschritten, dass wir im Stande sind, zu behaupten, dass jedes lebende Gewebe cellulose Elemente enthält.

Von Schritt zu Schritt weitergehend, konnte Prof. VIRCHOW bald zum Schlusse kommen: «Omnis Cellula a Cellula». So war die Lücke gefüllt, welche HARVEYS ovistische Theorie in der Geschichte der animalischen Organisation gelassen hatte. Je gewisser die Fundamentalprinzipien der Cellular-Pathologie wurden, eine desto wichtigere Rolle musste sie auch in der Physiologie spielen. Die Zelle ist nicht nur der Sitz und Leiter des Lebens, in ihr ist die vita propria. Sie besitzt die Eigenschaft der Irritabilität und die in ihrer Substanz vor sich gehenden Veränderungen — vorausgesetzt, dass sie das Leben selbst nicht zerstöre — produzirt lokale Krankheit. Seitdem die cellulare Konstruktion der Pflanzen und Thiere bewiesen und seitdem die Zellen als ihre lebenden Elemente anerkannt sind, ist die neue Wissenschaft der Biologie ins Leben getreten. Sie hat uns nicht die Lösung des letzten Räthsels vom Leben geliefert, aber sie hat die wilde Konfusion der obigen fantastischen und willkürlichen Lehren zu Ende gebracht, sie hat uns die Gleichheit des Lebens in den höchsten und niedrigsten Wesen vor Augen geführt und hat uns so unschätzbare Mittel zur vergleichenden Untersuchung in die Hände gegeben. — Die Pathologie hat ihren Ehrenplatz in der Wissenschaft der Biologie; sie nimmt nicht mehr die anomale und isolirte Stellung ein, welche sie Tausende von Jahren inne hatte. Sie ist nicht länger nur angewandte Physiologie: sie ist selbst Physiologie geworden. — Nichts hat zur Erreichung aller dieser Fortschritte mehr dazu beigetragen, als die konstante wissenschaftliche Einheit und Verbindung, welche seit mehr als 300 Jahren zwischen englischen und deutschen Forschern besteht. Möge diese Verbindung nie unterbrochen werden. (*B. T.*)

Tagesnachrichten und Notizen.

(Von der Wiener medizinischen Fakultät.) In der letzten Sitzung des Wiener medizinischen Professoren-Kollegiums wurde Prof. Dr. Erb in Heidelberg einstimmig unico loco als Nachfolger Kahler's zum Vorstande der zweiten medizinischen Klinik vorgeschlagen. Die Wahl kann in jeder Beziehung eine glückliche genannt werden.

(Auszeichnungen.) Der Kaiser hat in Anerkennung hervorragender Leistungen während der im Vorjahre stattgehabten Epidemien dem Oberstabsarzte I. Klasse Dr. Ignaz Tischler, Sanitätschef des 13 Korps, den Orden der Eisernen Krone III. Klasse taxfrei und dem Stabsarzte Dr. Michael Vollerić, Chefarzt der 32. Infanterie-Truppendivision, das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen; ferner wurde anbefohlen, dass der Ausdruck der allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben werde: dem Stabsarzt Dr. Franz Wolf, Garnisonschefarzt in Peterwardein, und dem Regimentsarzte I. Klasse Dr. Heinrich Kowalski des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien; ferner wurde dem Werksarzte Dr. Leopold Eichenwald in Orlau das goldene Verdienstkreuz mit der Krone verliehen.

Dresden. Auf der internationalen Sanitäts-Konferenz in Dresden sind die verschiedenen Staaten und Länder nebst den diplomatischen Delegirten durch folgende ärztliche Mitglieder vertreten: Oesterreich: Ministerialrath Dr. Kusy Deutschland: Prof. Dr. R. Koch; Belgien: Professor der Universität Gent Dr. E. van Ermengem; Spanien: Dr. San Martin; Frankreich: Generalinspektor des Sanitätswesens Dr. Proust, Präsident der Aerztekammer Dr. Brouardel; Grossbritannien: Chef der Medizinalabtheilung des Local Government Board of Health Dr. Thorne; Griechenland: Delegirter beim internationalen Gesundheitsrath in Konstantinopel Dr. Vaffiades; Italien: Direktor des Gesundheitsamtes im Ministerium des Innern Dr. Pagliano; Rumänien: Chef des Sanitätsamtes in Bukarest Dr. Felix; Schweiz: Sanitätsreferent in Bern Dr. F. Schmidt. Die hier nicht genannten Staaten, einschliesslich Russland, sind nur durch diplomatische Delegirte vertreten.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Dr. Ernst Siemerling, a. o. Professor und Assistent an der psychiatrischen Klinik in Berlin, hat einen Ruf als Professor der Psychiatrie und Direktor der psychiatrischen Klinik nach Tübingen erhalten und angenommen. — Dr. Winternitz hat sich mit einer Arbeit über chronische Oophoritis für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Hochschule in Tübingen habilitirt. — Zur Habilitation als Dozenten in der medizinischen Fakultät der Universität in Berlin sind neuerdings Stabsarzt Dr. Ernst Grawitz, Assistent an der Gerhardt'schen Klinik für innere Medizin, Dr. med. Paul Heymann für Hals-, Nasen- und Kehlkopfleiden, und Dr. med. Hugo Neumann für innere, insbesondere Kinderkrankheiten zugelassen worden.

(Zur Aktivirung der Aerztekammern). Die letzte Nummer des offiziellen Organs des Obersten Sanitätsrathes veröffentlichte nunmehr den ersten Erlass in Betreff der Aktivirung der Aerztekammern in Oberösterreich, sowie in den Landesregierungen in Salzburg und Laibach.

Erlass des k. k. Ministeriums des Innern vom 8. März 1893, Z. 12.523 ex 1892, an die Statthalterei in Linz und an die Landesregierungen in Salzburg und in Laibach, betreffend die Aktivirung der Aerztekammern.

Im Grunde der Bestimmungen der §§ 16 u. 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 1891, R. G. Bl. Nr. 6 ex 1892, betreffend die Errichtung

von Aerztekammern, finde ich anzuordnen, dass in dem Hochdenselben unterstehenden Verwaltungsgebiete Eine Aerztekammer mit dem Sitze in der Landeshauptstadt und mit der Anzahl von . . . Mitgliedern zu errichten ist.

Da das Erforderniss einer gruppenweisen Wahl der auf den Sitz der Aerztekammer, nämlich auf die Landeshauptstadt entfallenden Anzahl von Kammermitgliedern nicht vorhanden ist, wird von einer Eintheilung der wahlberechtigten Aerzte der Landeshauptstadt in Wahlgruppen abgesehen.

In Gemässheit der Vorschrift der letzten Alinea des § 11 des bezogenen Reichsgesetzes wird bestimmt, dass von der Gesammtheit der Aerzte in der Landeshauptstadt . . . . . Kammermitglieder und ebensoviele Stellvertreter in einem Wahlakte, die restliche Anzahl von Kammermitgliedern, bezw. Stellvertretern von den übrigen wahlberechtigten Aerzten des Landes in ebensoviel Wahlgruppen, deren jede Ein Kammermitglied und Einen Stellvertreter entsendet, zu wählen sind.

Indem ich Hochdieselben ersuche, die vorstehenden Bestimmungen unter Berufung auf diesen Erlass im Landesgesetz- und Verordnungsblatte zu verlautbaren, ermächtigte ich Hochdieselben, die Bestimmungen über die Eintheilung des Kammersprengels in Wahlgruppen, insoweit solche in Betracht kommen, in provisorischer Weise unter Rücksichtnahme auf die möglichste Gleichförmigkeit der Wahlgruppen zu erlassen und in gleicher Weise zu verlautbaren.

Auf Grund dieser Kundmachungen sind die Wahlen unter Festsetzung von Wahlterminen baldigst durchzuführen und wegen Konstituirung der Aerztekammer und des Kammervorstandes wegen Nominirung der den Verhandlungen des Landessanitätsrathes in den gesetzlich vorgezeichneten Fällen beizuziehenden Kammermitglieder und deren Stellvertreter im Sinne der Bestimmungen des Gesetzes die geeigneten Anordnungen zu treffen.

Mit Rücksicht auf mehrfache Anfragen und hervorgekommene unzutreffende Auffassungen der gesetzlichen Bestimmungen wird zur Darnachachtung aufmerksam gemacht, dass alle zur Ausübung der ärztlichen Praxis berechtigten Aerzte, sonach auch alle Wundärzte der Aerztekammer zu unterstellen sind, insoferne sie auf die Ausübung der ärztlichen Praxis nicht ausdrücklich Verzicht geleistet haben oder im aktiven Militär- oder politischen Staatsdienste stehen.

Die als Stadtärzte in Städten mit eigenem Statute angestellten Aerzte sind daher von den im Aerztekammergesetze bezeichneten Pflichten und Rechten nicht ausgenommen.

Alle kammerpflichtigen Aerzte sind von der politischen Behörde anlässlich der Aufforderung zur Wahl der Kammermitglieder auf die Bestimmungen des Gesetzes zur Darnachachtung, welche von den politischen Behörden zu überwachen ist, aufmerksam zu machen und ist bei Anmeldungen von Aerzten zur Ausübung der ärztlichen Praxis auf die Inkorporation in den Aerztekammerverband zu dringen.

Das Verzeichniss der kammerpflichtigen Aerzte ist von der politischen Landesbehörde dem Kammervorstande nach erfolgter Konstituirung zu übermitteln.

In Bezug auf das aktive und passive Wahlrecht der im Kammersprengel domicilirenden Aerzte wird bemerkt, dass der § 6 des Aerztekammergesetzes nur von jenen Kammerangehörigen handelt, welche vom Wahlrechte ausgeschlossen sind, wobei jene Bestimmungen der angezogenen Gemeindewahlordnung, welche von den vom Wahlrecht ausgenommenen Gemeindeangehörigen handelt, nicht in Betracht kommen.

Die Festsetzung der Zahl der Mitglieder des Kammervorstandes mit Berücksichtigung der Bestimmungen des § 11 des Aerztekammergesetzes, die Antragstellung über die definitive Eintheilung des Kammersprengels in Wahlgruppen und über andere die Organisation und Geschäftsführung der Aerztekammer betreffende Angelegenheiten ist der Beschlussfassung der Aerztekammer selbst anheimzugeben.

Ueber den Wahlvorgang, die Konstituirung der Aerztekammer und des Kammervorstandes, über die mit Umsicht und wohlwollender Förderung der Aufgaben der Aerztekammer zu handhabende Oberaufsicht über die Thätigkeit der Aerztekammer durch die politische Landesbehörde sind im Gesetze selbst genaue Bestimmungen enthalten, deren Beobachtung die anstandslose Durchführung desselben zu sichern geeignet ist, welche insbesondere auch durch Festsetzung angemessener Termine zu beschleunigen sein wird.

Von den Verlautbarungen im Landesgesetzbatte, sowie den sonstigen allgemeinen Verfügungen sind Abzüge in mehreren Exemplaren vorzulegen und ist nach erfolgter Konstituirung der Aerztekammer das Verzeichniss der Funktionäre, der für den Landessanitätsrath gewählten Mitglieder, sowie der Stellvertreter vorzulegen und über die Organisationsverhältnisse derselben unter Anschlus einer die Wahlgruppeneintheilung ersichtlich machenden Uebersichtskarte zu berichten.

(Die Krankenkassen und die Aerzte). In der letzten Sitzung der Sektion Baden des Vereines der Aerzte in Niederösterreich machte Dr. Babiy auf einen in letzter Zeit den Aerzten des politischen Bezirkes Baden zugestellten behördlichen Erlass aufmerksam, in welchem mit Bezug auf die von den Aerzten für Krankenkassen ausgestellten Rezepte, auf die Bestimmungen der Verordnung des k. k. Ministerium des Innern vom 17. März 1891, betreffend die Ordinations- und Dispensationsnorm bei Verschreibung und Verabfolgung von Heilmitteln auf Rechnung des Staatsschatzes und der gleichgestellten Fonde, hingewiesen wird. Zum Schlusse werden darin die Aerzte bei Androhung strengster Strafe und eventueller Entlassung als Kassenärzte angewiesen, sich in Hinkunft an die Bestimmungen der erwähnten Normen genauestens zu halten. Dieser Erlass erschien auch im Amtsblatte und wurde an die Vorstände der Krankenkassen und Genossenschaften geschickt. Dr. Babiy glaubt den Intentionen aller Aerzte zu entsprechen, wenn er im Prinzipe Verwahrung einlegt dass gegen Aerzte ein solcher das Ansehen des ärztlichen Standes untergrabender Ton angeschlagen werde. Diese letztere Erklärung wurde mit Beifall aufgenommen.

(Hohe ärztliche Honorare). Der Nabob von Rampur hat dem englischen Militärarzt Dr. Freyer, welcher ihn von einem hartnäckigen Gelenkrheumatismus herstellte für die 3 Monate dauernde Behandlung ein Honorar von 10.000 Lstrl. gezahlt. — Die grösste Belohnung, welche einem Arzt wohl je zu Theil geworden ist, hat Dr. Dimsdale erhalten. Im Jahre 1762 wurde derselbe aus England nach Petersburg zur Schutzpockenimpfung der Kaiserin Katharina II. berufen. Dafür erhielt er: 1. 10000 Lstrl. als Honorar; 2. 2000 Lstrl. zur Deckung der Reisekosten: 3. das Porträt der Kaiserin: 4. den Baronstitel, den Rang eines Staatsraths und die Würde eines Leibarztes; 5. eine lebenslängliche Pension von 500 Lstrl. jährlich. — Der Moskauer Kliniker, Prof. Sacharin hat von dem bekannten Millionär Tereschtschenko für eine Konsultation das respektable Honorar von 14000 Rubel, der Assistent des Professors 2000 Rubel bekommen. Die von diesen Aerzten verordneten Medikamente liess sich Tereschtschenko per Extrazug aus seiner Heimatstadt Kiew kommen. D. M. Z.

Ein neues medizinisches Sammelwerk «Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften» (Max Merlin, Wien-Leipzig) hat sein Erscheinen mit der uns vorliegenden ersten Lieferung soeben angekündigt. Der Herausgeber, Herr Hofrath Professor Dr. A. Drasche in Wien, hat eine staatliche Anzahl namhafter Autoren unter seiner Aegide vereinigt, um ein den Bedürfnissen der praktischen Aerzte und Spezialärzte gewidmetes Lehr- und Nachschlagebuch zu schaffen. Dasselbe soll nach dem vorliegenden Prospekte das gesammte Gebiet der praktischen und theoretischen Medizin in zwei Abtheilungen, nach Disziplinen getrennt, umfassen.

(Zur Choleragefahr). Es ist wissenschaftlich festgestellt, dass die Keime der Cholera im Eise, selbst bei starker Kälte, lange Zeit lebensfähig bleiben, und es sind daher mit dem unvorsichtigen Gebrauch von Eis, welches aus verseuchtem Wasser genommen worden ist, Gefahren verbunden. Insbesondere kann der Genuss von Nahrungs- und Genussmitteln, Speisen, oder Getränken, welche derartiges Eis enthalten oder mit demselben in Berührung gekommen sind, Erkrankungen an Cholera in demselben Grade hervorrufen, wie die Benutzung ungefrorenen verseuchten Wassers. Die Königl. Preuss. Regierungspräsidenten werden deshalb vom Minister der etc. Unterrichtsangelegenheiten am 21. Februar ersucht, vor der Anwendung von Eis, welches aus einem mit Cholerakeimen infizirtem oder der Infektion verdächtigen Gewässer stammt, eine allgemeine Warnung, insofern dies nicht bereits geschehen ist, zu erlassen.

Berichtigung. Herr Dozent Dr. Königstein ersucht uns um Aufnahme folgender Berichtigung. Im Berichte über die Sitzung im mediz. Doktoren-Kollegium bringt die Intern. Klin. Rundschau die Notiz ich hatte, da ich mit den Ausführungen des Herrn Prof. Mauthner ganz übereinstimme, auf das Wort verzichtet. Diese Notiz entspricht nicht ganz der Sachlage. Ich habe wegen vorgerückter Zeit und da ich im Ganzen mit Mauthner übereinstimme und nur in manchen Punkten, die ich bei anderer Gelegenheit wohl vorbringen kann, divergire, auf das Wort verzichtet und Schluss der Debatte beantragt.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 3 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Dozent Dr. Heinr. Paschkis: „Sucrol, ein neuer Süssstoff." — Dr. Jul. Scheff jun.: „Ueber die Pentalnarkose."; ferner neuere Arzneimittel, therapeutische Mittheilungen und Rezepte u. s. w., u. s. w.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit **1. April 1893** beginnt ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom 1. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende März erlischt, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"
Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Debit *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien. I. Bez. Lichtenfelsgasse

VII. Jahrgang. Wien, 2. April 1893 Nr. 14

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaction bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Hospice de la Salpêtrière.

Der Symptomenkomplex der Benedikt'schen Krankheit*).

Von **Professor Charcot** in Paris.

Ich stelle Ihnen einen Kranken vor, welcher Symptome darbietet, für welche ich den Namen «BENEDIKT's Symptomenkomplex» vorschlage.

Es handelt sich um einen Mann, der früher stets gesund gewesen, wiewohl er nicht frei von erblicher Belastung (Tuberkulose) ist. Ein Bruder starb nach einer Operation wegen Rippencaries und nachdem er lange Zeit an einem «Lungenkatarrh» gelitten.

Patient befand sich anscheinend ganz wohl, als bei ihm plötzlich und ohne welchen Vorläufer Symptome auftraten, die ich gleich erwähnen werde. Als Patient am 22. Dezember v. J. die Stiegen seines Wohnhauses hinabging, um seinen Beschäftigungen nachzugehen, stiess er an einem Korbe im 2. Stockwerke, und mit einem Male trübte sich seine Sehkraft. Er glaubt in diesem Momente, man habe ihm Staub in die Augen geworfen, aber er bemerkt bald, dass er doppelt sieht, obwohl der Tag kaum angebrochen ist. Er begibt sich nach der Werkstätte, und hier angelangt, bemerkt er, als er sich in den Spiegel schaut, dass sein linkes oberes Augenlid herunterhängt. Er beginnt seine Arbeit, aber nach wenigen Stunden ist er gezwungen, selbe einzustellen, da seine rechte Hand, trotz jeder Anstrengung seinerseits, von dem Gegenstande, den seine linke Hand festhält, sich entfernt. Diese Abduktionsbewegungen sind so lebhaft, dass Patient auf dem Rückgange nach seiner Wohnung sich veranlasst sieht, die Hand in die Weste zu stecken. Am darauffolgenden Tage tritt an Stelle dieser incoordinirten, unfreiwilligen Bewegungen ein Tremor der rechten Hand. Zu diesen Erscheinungen gesellt sich in den nächsten Tagen ein gewisser Grad von Parese des rechten Beines, die jedoch nur kurze Zeit dauert.

Untersuchung des Kranken: Patient kam auf unsere Klinik mit Lähmung des oculomotorius linkerseits und mit einem Zittern der rechten oberen Extremität. In der Vereinigung dieser beiden gewissermassen gekreuzten Erscheinungen erblicke ich den Symptomenkomplex BENEDIKT's. Es handelte sich in der That um eine Paralyse des oculomotorius, und zwar um eine beinahe totale Paralyse, denn ausser dem Niederfall des oberen Augenlides, bestand noch Strabismus externus des linken Auges und Pupillendilatation. Heute sind Strabismus und Pupillenerweiterung nicht mehr vorhanden, es besteht jedoch eine Erhebung der Augenbraue der gleichen Seite, eine Thatsache, die zusammen mit der weniger geöffneten Lidspalte von den ursprünglichen Lähmungserscheinungen Zeugniss ablegt.

Die Analyse des Tremors ist nicht so einfach. Dieses Zittern, das Anfangs kontinuirlich erschien, äussert sich nunmehr insbesondere gelegentlich der Ausführung intendirter d. i. willkürlicher Bewegungen. Es besteht hauptsächlich und wesentlich in abwechselnden Pronation- und Supinationbewegungen. Die Zahl der Vibrationen in der Sekunde hat sich nicht geändert, sie betrug stets 3 oder 4 gleichwie bei der Paralysis agitans. Trotz dieses gemeinsamen Merkmals differirt es von dem Zittern der letzteren, welches bei intendirten Bewegungen zum Stillstand kommt; es gleicht dem Tremor der Sklerose en plaques, welches auch ein Intentionszittern ist. Das Zittern, das unser Kranker darbietet, stellt also einen gemischten Typus dar.

Im Uebrigen zeigt der Kranke keinerlei Störung der allgemeinen oder der besonderen Sensibilität. Das Gesichtsfeld weist keine Verengerung auf; die Netzhautpapille hat normales Aussehen. Bei der Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ist nichts Abnormes nachzuweisen.

Sitz der Läsion: Der Sitz der Läsion, die zu dem Symptomenkomplex BENEDIKT's Anlass gibt, ist derselbe, der dem Symptomenkomplex WEBER's entspricht, auf welchen ich

*) Klinischer Vortrag. Mitgetheilt von Alfred del Torre.

bereits Ihre Aufmerksamkeit gelenkt habe. Bei der WEBER'schen Symptomengruppe besteht auf den der Lähmung des III. Paares entgegengesetzten Seite kein Zittern, sondern eine andere Lähmung, die Gesicht und Extremitäten befallen kann. Die Läsion, an welche diese Lähmungen gebunden sind, hat ihren Sitz an dem unteren inneren Theile des pedunculus cerebralis entsprechend der Seite der Augenlähmung. Bei unserem Kranken ist mithin der linke pedunculus cerebralis betroffen, genauer, das linke Pyramidenbündel, zusammen natürlich mit dem entsprechenden Nerven des III. Paares, der im vorliegenden Falle am meisten in Mitleidenschaft gezogen ist.

Ursachen und Charaktere des Tremors: Man könnte fragen, in welchem Falle die WEBER'sche Symptomengruppe durch den Symptomenkomplex BENEDIKT's ersetzt wird, in welchem Falle an Stelle der Lähmung das Zittern tritt. Die Antwort darauf lautet, dass dies dann eintritt, wenn die Nervenfasern des Pyramidenbündels, statt tief lädirt zu sein, nur in ihrer Contiguität beeinträchtigt sind.

Der fragliche Tremor ist der Krankheit nicht eigenthümlich. Wohl anders ist der Fall bei dem senilen Tremor, oder dem Tremor der Paralysis agitans, die zur Kategorie der langsamen Tremoren gehören, und bei dem Zittern der BASEDOW'schen Krankheit, oder bei jenem der allgemeinen Paralyse und der Alkoholiker, die in die Gruppe der rapiden Tremoren hineingehören; auch anders ist der Fall bei den unwillkürlichen Bewegungen der Chorea. Bei einer jeden dieser Krankheiten ist die unwillkürliche Bewegung oder der Tremor stets der gleiche, er hat immer seine eigentliche, bestimmte Individualität. Es gibt eine Affektion, bei welcher das Zittern keinen bestimmten Charakter hat: das ist die Hysterie, bei der die Tremoren die verschiedensten Formen annehmen können. Aber auch die unwillkürlichen Bewegungen, welche von der Reizung des Pyramidenbündels herrühren, sind sehr variabel. In diese Kategorie fallen auch die prae- und posthemiplegische Chorea und die Atetose. Eine übliche Lokalisation der Läsion ist die hintere Partie des Pyramidenbündels in der capsula interna. Aber dieses Pyramidenbündel kann in verschiedenen Punkten seines Verlaufs eine Irritation erleiden, und das ist eben auch bei unserem Patienten der Fall.

GUBLER-MILLARD's Symptomenkomplex: Bevor wir die Frage bezüglich der Natur der Läsion in diesem Falle berühren, halte ich für angezeigt, die oben erwähnten Symptome mit dem Symptomenkomplex GUBLER-MILLARD's zu vergleichen. Bei diesen sitzt die Läsion nicht mehr im pedunkulären Theile der Protuberanz, sondern in ihrem unteren oder bulbären Theile, nämlich in der Gegend des Abducens und des Facialis. Daraus folgt eine direkte Lähmung dieser beiden Nerven mit peripheren Merkmalen und eine Paralyse der Extremitäten der entgegengesetzten Seite. Das ist die Paralysis alternans GUBLER's. MILLARD hatte sie zur selben Zeit (1856) beobachtet. Es ist also richtig, wenn man bei der Bezeichnung dieser Symptomengruppe auch seinen Namen nennt.

Natur der Läsion. Diagnose: Welcher Art ist die Läsion, die bei unserem Kranken den beschriebenen Symptomenkomplex hervorgerufen hat? Ich möchte mich für die Annahme eines kleinen hämorrhagischen oder Erweichungsherdes in der bezeichneten Gegend erklären; setze aber gleich hinzu, dass es bei den vorher studirten Symptomengruppen — und namentlich bei derjenigen BENEDIKT's — sich zumeist um Tuberkeln handelt. Unser Patient hat in der That Antecedentien, welche diese Hypothese plausibel erscheinen lassen, aber die progressive Besserung seines Zustandes drängt uns zur Ausschliessung dieser Voraussetzung.

Es sind aber noch andere Diagnosen in Betracht zu ziehen. Könnte es sich nicht um eine Sklerose en plaques handeln? Der Tremor ist ein Intentionszittern und zudem zeigt der Kranke Nystagmus. Es kommt zuweilen vor, dass eine Sklerose en plaques mit Lähmung des oculomotorius einsetzt. Aber im vorliegenden Falle lässt sich der Nystagmus einfach durch den Sitz der Läsion in der Protuberanz erklären, und andererseits bietet der Kranke keine Steigerung der Sehnenreflexe dar, weshalb also die Annahme einer Sklerose ausgeschlossen werden kann.

Eine letzte Hypothese wäre zulässig. Könnte nicht die Augenlähmung unseres Patienten ein Spasmus und der Tremor nichts mehr als ein hysterisches Zittern sein?

Die Differentialdiagnose zwischen hysterischem Blepharospasmus und Paralyse des Lidhebers ist nicht immer so leicht, wie man dies glauben könnte. Ich entsinne mich diesbezüglich einer Patientin, die vor nicht langer Zeit bei mir erschien mit herabhängendem oberen Augenlid; sie klagte über heftigen Kopfschmerz. Da ich es nicht wagte, ohne Weiters eine bestimmte Diagnose zu stellen, schickte ich die Patientin zu einem Spezialisten behufs Prüfung des Augenhintergrundes. Sie kehrte zurück mit der Diagnose: Paralyse des Oculomotorius und Neuritis optica. Dessenungeachtet blieb ich noch im Zweifel, und ich verabschiedete die Patientin ohne ihr eine besondere Kur anzuordnen. Nach einiger Zeit besuchte mich die Patientin wieder — sie war vollkommen geheilt: es handelte sich um eine Hysterische!

Ein anderer mehr recenter Fall ist der einer Hysterischen, welche die WEBER'sche Symptomengruppe simulirte: sie hatte eine Herabsenkung des oberen Augenlides und eine Hemiplegie der entgegengesetzten Körperseite.

Gibt es also keinen Anhaltspunkt, um den Spasmus des Orbicularis von der Lähmung des Elevators palpebrae zu unterscheiden? Man darf sich weder auf den palpebralen Fremitus noch auf die Exploration mit Sicherheit verlassen. Es gibt ein einfacheres und zugleich verlässliches Mittel: das ist die Elevation der entsprechenden Augenbraue in dem Falle, dass eine Paralyse vorhanden ist. Dieses Zeichen existirt bei unserem Kranken, wiewohl er jetzt das linke Auge fast ebenso gut wie das rechte zu öffnen im Stande ist.

(Nach der «Méd. moderne» 1. März 1893.)

Ueber spezifische Bacillen des Chalazion.

Von **Dr. J. Deyl,**
Dozent der Augenheilkunde an der k. k. böhm. Universität in Prag

Seit zwei Jahren befasse ich mich mit der Untersuchung des Chalazions, der bekannten granulirenden Geschwulst der Augenlider. In jüngster Zeit war das Chalazion Gegenstand zahlreicher Publikationen. Ich gelangte aber zu anderen Resultaten. Um nun die Kontrollarbeit früher zu ermöglichen, bevor die zur Veranschaulichung erforderlichen Lithographien für den Druck fertiggestellt werden können[1]), erlaube ich mir diese Mittheilungen zu veröffentlichen. Ich versuche nämlich den Nachweis zu führen, dass die Ursache des Chalazions in der Regel weder die Tuberkelbacillen, noch Staphylokokken, noch die Retention des Sekretes sind, sondern dass ganz spezifische Bacillen das Chalazion herbeiführen, die wahrscheinlich mit den Pseudodiphtheriebacillen (LÖFFLER, HOFMANN) identisch sind. Für die Aetiologie des Chalazions wäre die Ansicht ARLT's[2]), dass das Chalazion im ursächlichen Zusammenhange mit der «Skrophulose (Tuberkulose)» stehe. So urtheilt TANGL[3]) (Budapest), der in einem einzigen im Laboratorium BAUMGARTEN's untersuchten Falle von Chalazion Tuberkelbacillen gefunden hat.

Den tuberkulösen Ursprung des Chalazion sucht in neuester Zeit Paul von WICHERT[4]) nachzuweisen, welcher unter 28 Fällen von Chalazion zweimal Tuberkelbacillen gesehen hat; im ersten Falle fand er bei 10 Schnitten in einem derselben fünf intensiv roth gefärbte Bacillen in einer Gruppe; im zweiten Falle unter 10 Schnitten gleichfalls nur in einem Präparate drei parallel liegende Bacillen.

[1]) Die Arbeit wurde der k. k. böhm. Akademie vorgelegt.
[2]) ARLT. Die Krankheiten des Auges für praktische Aerzte. Prag. 1859. III. S. 350.
[3]) TANGL. Ueber die Aetiologie des Chalazion. ZIEGLER's Beiträge. Bd. IX. 1891. S. 270.
[4]) P. v. WICHERT. Ueber den Bau und die Ursachen des Chalazion. Königsberg i. P. Verlag Wilh. KOCH. 1892.

Schon vor dem Erscheinen dieser Publikationen verlockte mich die Ansicht ARLT's (l. c.): «Die Behauptung, dass die Bildung von Gersten- und Hagelkörnern mit Skrophulosis (Tuberkulosis) in ursächlichem Zusammenhange stehe, ist in der ganzen bisher aufgestellten Aetiologie die einzig haltbare und auf wirkliche Beobachtungen gestützte.» Ich begann meine Untersuchungen nach der Richtung hin, ob es mir gelingen würde, entweder Tuberkelbacillen zu finden oder durch Impfung in die vordere Augenkammer bei einem Kaninchen Tuberkulose hervorzurufen. Aus zahlreichen eigenen Versuchen war mir bekannt, welch minimale Theile tuberkulösen Gewebes des menschlichen Auges (Conj. tuberculosa, Iritis tuberculosa), die in ein Kanninchenauge geimpft wurden, eine tuberkulöse Iritis hervorrufen. Gleichzeitig nahm ich tuberkulöse Theile von Vögeln, Katzen, Kaninchen und Meerschweinchen und obzwar bei diesen Thieren sich die Tuberkulose sehr mässig entwickelt hatte, rief ich eine tuberkulöse Iritis bei Kaninchen hervor. Ich wählte mir 10 grosse Chalazionknote, wie selbe an der böhm. Universitäts-Poliklinik vorkamen, aus, exstirpirte soweit als möglich war subconjunctival und legte in das eine Auge eines Kaninchens Stücke der W a n d und des anliegenden Gewebes, in das andere aber nur weicheres centrales G r a n u l a t i o n s g e w e b e ein. Die Thiere wurden monatelang beobachtet. Bei keinem derselben hat sich weder Iritis tuberculosa, noch irgend welche Irritation des Auges zu der Zeit entwickelt, wo man erfahrungsgemäss die Impftuberkulose erwarten konnte. Die zurückgebliebenen Stücke der exstirpirten Chalazion lagerte ich in Alkohol, später in Celloidin ein und untersuchte auf Tuberkelbacillen und Kokken. Tuberkelbacillen wurden nicht in einem einzigen Falle gefunden.

Nach dem Erscheinen der TANGEL'schen Arbeit wählte ich mir noch fünf Fälle von Chalazion aus von Personen, bei welchen Tuberkulose anderer Organe oder in deren Familie solche sehr verdächtig war (Todesfälle, pleuritische Exsudate, Hamoptoë). Den Inhalt der exstirpirten Chalazion theilte ich abermals zur Impfung von Kaninchen und zur Untersuchung auf Bacillen ein: wieder mit durchaus negativem Resultat. Aehnliche negative Ergebnisse bezüglich der Uebertragung von Chalazion auf Kaninchen verzeichnet DEUTSCHMANN l. c. II in 5 Fällen, WEISS[5]) in 3 Fällen, (1 von einer phthisischen Dame), SALTINI[6]) in 6 Fällen, MEYER Gama Pinto[7]) in 5, v. WICHERT (l. c.) in 2 (in die Peritonealhöhle). Ebenfalls negativ erwiesen sich alle neun Impfversuche von KRAUSE[8]). M. BLOCK[9]) fand in 4 Fällen von Chalazion keine Tuberkelbacillen. Im Ganzen waren, meine Fälle miteingerechnet, alle 47 Fälle ohne jedes Resultat. Ich glaube aus dem negativen Erfolge der Impfung den Schluss ziehen zu können, dass virulente Tuberkelbacillen im Chalazion sich nicht vorfinden. Man könnte aber einwenden, dass das Chalazion eine Wirkung der Bacillen von abgeschwächter Virulenz sei oder dass die Bacillen nach der Entwicklung dieser Granulation abgestorben seien.

Was die «abgeschwächte Tuberkulose» betrifft, so wurde dieser Anschauung durch LIEBRECHT[10]), VAN DUYSE[11]) und besonders durch LEBER[12]) in die Augenheilkunde Eingang verschafft. In diesen Fällen handelt es sich um eine milde verlaufende Knötchen-Iritis, welche auch spontan heilen kann. LEBER sagt, dass in diesen Fällen das Auffinden von Bacillen und der Versuch der Impfung auf das Kaninchen nicht gelingen müsse. Es könnte auch das Chalazion ein ähnliches Produkt abgeschwächter Tuberkulose sein. Aber in vier von seinen neuen Fällen konnte LEBER Theile der Regenbogenhaut (Knötchen) einimpfen; nur in e i n e m F a l l e, in welchem bloss ein einziges Knötchen einem Kaninchen eingeimpft wurde, hatte er ein n e g a t i v e s Resultat, drei Fälle verliefen positiv, darunter einer zweimal, zuerst nach vorgenommener Iridektomie v o r, später n a c h der Enucleation des Auges des Patienten. VAN DUYSE hatte ein negatives Resultat, führte jedoch nicht an, wie lange das Kaninchen unter Beobachtung gestanden. Ich glaube, dass diese abgeschwächte Tuberkulose unter 47 Fällen von Chalazion sicher wenigstens einmal zur Entwicklung von Impftuberkulose geführt hätte.

Wichtiger noch wäre der zweite Einwurf, dass das Chalazion schon abgestorbene Tuberkelbacillen beherberge. Um mir hierüber Klarheit zu verschaffen, führte ich nachfolgende Experimente aus:

Am 9. Juni 1892 nahm ich zwei reiche Kulturen von Tuberkelbacillen, stellte diese Eprouvetten in einem ausgehöhlten, mit Staniol überzogenen Schränkchen auf zwei Stunden an die Mittagssonne (40° C.), hierauf übertrug ich sie in Eprouvetten mit sterilisirtem Wasser, erhitzte sie durch einige Minuten über dem COURGEN'schen Tiegel und brachte sie sodann auf zwei Stunden bei einer Temperatur von 99° C. in den KOCH'schen Apparat. Sodann machte ich ohne Cocain kleine Schnitte in die Cornea beider Augen von 6 verschieden gefärbten Kaninchen und zwei Meerschweinchen und spritzte mittelst einer gut sterilisirten Spritze eine k l e i n e Quantität in die vorderen Kammern ein. In keinem der 16 Augen trat Eiterung auf, es entstanden nur mässige Iritiden, bei manchen weisslichgraue streifenförmige Pupillarexsudationen. Nach einer Wochen ist die pericornelle Exsudation verschwunden, es blieben nur einige S4enechien zurück. Ich habe die Thiere einige Monate hindurch beobachtet. bei keinem derselben traten, auch später nicht, tuberkulöse Iritis oder Irritation oder sonstige Veränderungen auf.

Mittlerweile bewahrte ich das sterilisirte Wasser mit dichter Bacillensuspension und Partikelchen vom Nährboden, die beim Abschaben der Kultur mitgenommen wurde, auf, zugleich wurden die Bacillen auf frischen Nährboden übertragen, welcher steril blieb.

Durch mikroskopische Untersuchung des Restes in der Spritze wurden dicht gelagerte, sehr gut zu färbende Tuberkelbacillen konstatirt.

Diese, wie oben gesagt, aufbewahrte Suspension wurde am 25. Oktober neuerdings abgekocht und auf Bacillen untersucht, welche verschiedene keulenförmige und trommelschlägelartige Formen darstellten, sich mittelst der spezifischen Methoden der Tuberkelbacillen gut färbten, in Kulturen steril blieben. Diese wurden von Neuem zwei Kaninchen in die vordere Kammer injicirt und zwar direkt mit der Spritze ohne Schnitt. Nach Einstechen einer feinen Nadel wurde mittelst seitlichen Drückens der Wunde das Kammerwasser herausbefördert und ein r e i c h l i c h e s Quantum trüber Bacillenflüssigkeit eingespritzt, bis die Trusion stieg und die Kammer sichtbar mit trüber Flüssigkeit gefüllt erschien. Zugleich wurde an einigen Stellen jedes Lides eine kleine Kanüle in die Ausführungsgänge MEIBOME'schen Drüsen geführt und ein Theil der Flüssigkeit eingespritzt, in die oberen Augenlider mehr, bis Oedem der Conjunctiva entstand. Die Kanüle war um das Ansatzstück mit Paraffin bedeckt, um bei erhöhtem Drucke das Ausfliessen der Flüssigkeit zu verhindern. Da zeigte sich, dass die abgestorbenen Tuberkelbacillen, in grösserer Menge injicirt, Eiterungen hervorrufen (KOCH). In den ersten Tagen Trübung der Cornea, punktförmige und fadenförmige, grünlichgelbgraue Exsudation an der Regenbogenhaut, später eine Menge grünlichgelben Eiters in den Kammern; gleichzeitig an den oberen Lidern, wo mehr injicirt wurde, Abszesse; in den MEIBOME'schen Drüsen, in welche mit Absicht nur geringe Quantitäten eingeführt wurden, blos unbedeutende Reaction, die nach einigen Tagen aufhörte; während der ganzen weiteren mehrmonatlichen Beobachtung

[5]) WEISS. Zur Pathogenese des Chalazion. STEIN Monatsbl. für Augenheilk. Juni 1891.

[6]) Paul v. WICHERT. l. c.

[7]) GAMA PINTO. Memoires Contributions à la chirurgie oculaire. Annales d'oculistique. Avril 1892. 246.

[8]) Rudolf KRAUSE. Beiträge zur Aetiologie und Histologie des Chalazion. Dissert. Berlin 1891. S. 17.

[9]) M. BLOCK L'étiologie du Chalazion. Annales d'oculistique Février 1893. 106.

[10]) LIEBRECHT. Beiträge zur Kenntniss der Geschwülste des Uvealtraktus. A. v. GRAEFE's Archiv. XXXVI. 4. 229.

[11]) VAN DUYSE. Quesison spontauee. Archive d'ophth. Avril 1892. 478.

[12]) LEBER. Ueber abgeschwächte Tuberkulose des Auges. Bericht über die XXI. Versammlung der ophth. Gesellschaft in Heidelberg 1891.

trat nichts auf, was der Beobachtung werth gewesen wäre. Den Abszess in den vorderen Kammern liess ich nach der spontanen Perforation bis zum Feber 1893, somit über ein viertel Jahr. In den feuchten, dem gewöhnlichen, weissen, trockenen Kanincheneiter wenig ähnlichen Eitern dieser vorderen Kammern habe ich keine Kokken gefunden weder durch Kultur noch durch das Mikroskop, sondern ganz deutlich sich färbende, obzwar degenerirt, an einem Ende dicker degenerirte Tuberkelbacillen.

Nach drei Monaten ist es somit noch möglich, abgestorbene Tuberkelbacillen mittelst Färbung nachzuweisen (Wissmann), was vielleicht auch bei der Chalazion gelingen würde, wofern sich Tuberkelbacillen — wenn auch im abgestorbenen Zustande — in denselben vorfinden würden. In den Meibomeschen Drüsen wurde, wie bereits gesagt, nichts dem Chalazion auch nur entfernt Aehnliches beobachtet.

Ich könnte hier noch die Meinungen anderer Autoren, die den Zusammenhang des Chalazion mit der Tuberkulose in Abrede stellen, anführen, doch will ich nur die klassische Arbeit von Fuchs citiren, der schon im Jahre 1878; behauptet hat, dass das Chalazion nur eine entfernte Aehnlichkeit mit tuberkulösem Gewebe besitze, womit ich vollkommen übereinstimme.

In der letzten (3.) Auflage seines ausgezeichneten Lehrbuches erwähnt Fuchs überhaupt nicht die Möglichkeit, dass das Chalazion tuberkulösen Ursprunges wäre, sondern führt eine andere Aetiologie an: «Dieses bildet sich vielmehr auf folgende Weise: in einer Meibome'schen Drüse entsteht eine Stockung in dem Austritte des zähen Sebum. Dasselbe sammelt sich daher in den Acinis der Drüse an und wird durch längeres Verweilen in denselben eingedickt und härter. Gleichzeitig aber setzt es einen Reiz auf die Wandungen des Acinus, in Folge dessen sowohl das Epithel desselben wuchert, als auch eine entzündliche Infiltration in dem umgebenden Gewebe des Tarsus entsteht.

Ich nahm nun vom 7. August 1892 eine ganze Reihe von Versuchen an Katzen, Hunden und Kaninchen zu dem Zwecke vor, um durch «Stockung in dem Austritte des Sebum» auch «einen Reiz auf die Wandungen des Acinus» zu erzielen; trotzdem, dass ich bei der histologischen Untersuchung zahlreicher Fälle von Chalazion auf solche Fälle gekommen bin, in welchen das granulirende Gewebe mit den Meibome'schen Drüsen nichts zu thun hat, denn erst sekundär wird das Gewebe der Drüse ergriffen, so dass die Drüse nicht der Ausgangspunkt des Chalazion (wenigstens in diesen Fällen) sein kann. (Wichert l. c.)

Zuerst bestrich ich zeitweilig die oberen Augenlider beim Kaninchen zwischen und oberhalb der Wimpern mit Crotonöl oder mit Terpentin. Das Crotonöl rief stets eine heftige Schwellung und Geschwüre hervor; nach Terpentinöl entstand Röthung, mässige Schellung, später Bildung feiner Schuppen und grössere reichlichere Sekretion aus den Ausführungsgängen der Meibome'schen Drüsen, niemals aber etwas dem Chalazion Aehnliches.

Bei diesen Thieren und bei anderen Kaninchen, wie auch bei zwei Hunden bohrte ich rauhe Nadeln oder die Spitze einer Pravaz'schen Spritze direkt in die Ausführungsgänge, ein anderes Mal habe ich glühende Nadeln in die Ausführungsgänge eingeführt, um eine Schliessung oder wenigstens in Folge der entstehenden reactiven Anschwellung vollständige oder partielle Verstopfung und dadurch Stockung des Sekretes hervorzurufen; aber selbst hiebei erfolgte bei längerer Beobachtungsdauer nichts, was dem Chalazion ähnlich gewesen wäre. Ich spritzte Gelatin, reines Terpentin, Terpentin mit Aether ein, gleichfalls ohne Erfolg. In den letzten Fällen trat heftige Eiterung in der Dicke der Lider ohne Mikroorganismen ein.

Bei 5 Kaninchen habe ich Fäden eingeführt, welche die Ausführungsgänge abschnürten. Die Fäden wurden leider von den Thieren bald herausgerissen. Bei 2 Katzen in der Chloroformnarkose und bei 5 Kaninchen habe ich entweder nachdem die Epidermis abgeschabt wurde, oder die oberflächlichen Lagen mittelst Scheere abgetragen, die Ausführungsgänge cauterisirt.

Nur bei zwei Kaninchen von allen diesen sehr zahlreichen Versuchen entwickelten sich unter der Haut Geschwülste in der Dicke der Lider, gelblich durch die Conjunctiva durchschimmernden Geschwülste, welche sich nach Monaten wenig vergrösserten, etwa bis zur Linsengrösse.

Schon glaubte ich, es wäre mir gelungen, künstlich eine Chalazion hervorzurufen, als ich aber die mikroskopische Untersuchung vornahm, habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass die Geschwülste nichts Anderes, als die aufgebauchten bedeutend erweiterten Ausführungsgänge der Acini der Meibom'schen Drüsen waren. Vom Granulationsgewebe war auch keine Spur zu finden.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die Injektionen des Brown-Séquard'schen Testikelsaftes und der Constantin Paul'schen Nervensubstanz

Ein neues Kapitel Suggestions-Therapie.

Von **Dr. Roberto Massalongo,**
Universitätsdozent und Direktor des «Ospedale Maggiore» in Verona.*)

(Fortsetzung und Schluss.)

In Italien waren es zuerst die Psychiater, welche die Brown-Séquard'schen Injektionen bei den verschiedenen Formen von Psychose einer genauen Kontrole unterwarfen. Aievoli, d'Amore, Rossi, Marro, Rivano, Ventra, Fronda, Capriati u. A. haben mit wissenschaftlichem Ernst und ohne Voreingenommenheit den aus den Testikeln von jungen und kräftigen Thieren gewonnenen Saft bei verschiedenen psychopathischen Formen angewendet. Sie alle erklären, dass diese Flüssigkeit bei der Behandlung von Geisteskrankheiten kein positives Resultat, nur hie und da eine vorübergehende, flüchtige Besserung ergeben hat, die auch sonst bei jeder anderen Behandlung und auch ohne eine solche zu erzielen ist.

Ich selbst habe die erwähnten glänzenden Resultate durch eine Reihe von Versuchen bei den verschiedensten allgemeinen und nervösen Krankheiten überprüfen wollen.

Die Injektionen wurden für gewöhnlich zwischen Schulterblatt und Wirbeln vorgenommen; sie veranlassten ausnahmslos weder locale noch allgemeine Nebenerscheinungen von Bedeutung.

Aus der grossen Reihe der Krankheitsfälle, bei welchen die Injektionsmethode versucht wurde und deren klinische Geschichten von dem Assistenten Dr. Silvio Silvestri mit grösster Sorgfalt verfasst worden sind, lasse ich hier einige Beispiele folgen:

Spermatorrhoë: S. R., 21 Jahre alt, missbrauchte in seinen ersten Pubertätsjahren den Genuss der solitären Venus. Die Folgen davon waren: allgemeine Schwäche, Schmerzen in der Lendengegend, nächtliche Pollutionen (4 bis 5 Mal in der Woche, zuweilen sogar zwei Pollutionen in einer Nacht), Spermatorrhoë. Skelettbau normal. Ernährungszustand schlecht. Körpergewicht 44 *kg*, Temperatur 36·9 Grad, Respiration 24, Puls 60. Bei der Untersuchung des Nervensystems konstatirt man eine geringe Verengerung des Gesichtsfeldes beiderseits, gesteigerte Sehnenreflexe; sonst Alles normal.

Die Injektionen von Spermaflüssigkeit (1 *gr* für jede Einspritzung) wurden am 21. Juli 1892 begonnen. Die Behandlung dauerte bis zum 6. August. Während der Dauer der Behandlung wiederholten sich die Pollutionen, jedoch mit geringerer Häufigkeit. Respiration, Puls und Temperatur blieben unverändert. Im Urin fand man eine geringe und konstante Vermehrung von Harnstoff und sowohl der alkalischen

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 12, 1893.

als auch der erdigen Phosphate. Fortdauer des peinlichen Ermüdungsgefühls, das sich natürlich nach den nächtlichen Samenentleerungen noch steigert. Körpergewicht fast unverändert. Sehnenreflexe fortdauernd gesteigert. Muskelkraft um ein Geringes zugenommen.

Neurasthenie: B. B., 22 Jahre alt, erkrankte im Jahre 1890 an der Influenza, worauf er sich nicht mehr wohl fühlte, da er an häufigem Kopfweh und an allgemeiner Schwäche litt. Durch die Injektionen wurde keine Besserung des Zustandes erzielt. Das Körpergewicht wurde sogar nach Beendigung der Cur vermindert gefunden.

Tabes dorsalis: M. C., 59 Jahre alt, begann vor drei Jahren zunächst an Parästhesien an den Füssen und Beinen zu leiden; es folgten dann die weiteren Symptome der Tabes (lancinirende Schmerzen in den unteren Extremitäten, gastrische Krisen etc.) In den letzten Monaten verschlimmerten sich sämmtliche Krankheitssymptome, so dass Patient genöthigt wurde, das Krankenhaus aufzusuchen. Es scheint, dass der Kranke an Syphilis gelitten hat.

Im Ganzen wurden 28 *gr* Hodenflüssigkeit injicirt. Die Schmerzen nahmen während der Kur an Intensität etwas ab, die Muskelkraft zeigte sich ziemlich erhöht; die sonstigen Erscheinungen blieben völlig unbeeinflusst.

Lungentuberkulose (4 Fälle). Sämmtliche objektive Krankheitserscheinungen blieben durch die Injektionen unbeeinflusst. In dem einen und dem anderen Falle schritt der Prozess selbst unter der Behandlung unerbittlich weiter. Nur die subjektiven Symptome schienen zuweilen nach der Injektion einige Besserung zu erfahren.

Hystero-Epilepsie: C. A., 25 Jahre alt, stammt aus einer Familie von Neuropathikern. Vor einem Jahre bekam Patient Anfälle von Hemicranie, begleitet von Vomitus, die sich 2 bis 3 Mal in der Woche wiederholten. Dann fühlte sich Patient bedeutend besser und erschien einer vollständigen Genesung entgegenzugehen, als er plötzlich, angeblich infolge eines Schreckens, von sensibler und motorischer Lähmung in der ganzen linken Körperhälfte, mit Verlust der Sehkraft, des Gehörs und des Geschmacks an derselben Seite, betroffen wurde. Später gesellten sich noch Krampfanfälle hinzu, die mit Bewusstlosigkeit einhergingen. Unter solchen Bedingungen wurde der Kranke in's Krankenhaus gebracht. Die Untersuchung des Patienten, die eine Woche später vorgenommen wurde, ergab Folgendes: Skelettbau regelmässig, Ernährungszustand ziemlich gut, Körpergewicht 48 *kg*, Puls 76, Respiration 20. Apyrexie. Allgemeine Empfindlichkeit und spezifische Sinne links abgeschwächt, Motilität rechts normal, links etwas herabgemindert. Sehnen- und Hautreflexe prompt; Pupillenreaktion träge. Patient hat einen bis zwei Krampfanfälle täglich Die Injektionsbehandlung dauerte vom 26. August bis 4. September 1892. Im Ganzen wurde 10·0 des Mittels injicirt. Während dieser Zeit verminderte sich die Zahl der Anfälle. Sensibilität und Motilität kehrten zur Norm zurück Körpergewicht um etwas zugenommen. Muskelkraft erhöht, Puls, Respiration und Temperatur unverändert. Persistenz der Einschränkung des Gesichtsfeldes für alle Farben. Im Harn Vermehrung der Harnstoffmenge.

Enuresis nocturna: Ein 13jähriger Knabe leidet seit der ersten Kindheit an dieser Affektion; alle dagegen angewendeten Mittel halfen nichts. Auch nach den Injektionen von Testikelsaft dauerte die Krankheit in demselben Grade fort. Körpergewicht und Muskelkraft hatten unter dieser Behandlung zugenommen.

* * *

Aus den Ergebnissen meiner zahlreichen Versuche glaube ich mit sicherem Gewissen den Schluss ziehen zu können, **dass der Testikelsaft junger kräftiger Thiere auf den menschlichen Organismus keinen nennenswerthen Einfluss ausübt.** Gerne will ich indessen gewisse Erscheinungen, die während und einige Zeit nach der Behandlung auftreten als vorübergehende Phänomene eines Erregungszustandes des Nervensystems betrachten, umsomehr als diese Phänomene für gewöhnlich nach den ersten subkutanen Injektionen bemerkbar sind, zu einer Zeit nämlich, in welcher die Patienten sich in einem Zustande grösserer Spannung und Aufmerksamkeit befinden; später lässt die Angewöhnung diese Erregungssymptome weniger deutlich hervortreten.

Es ist bekannt, und Féré hat es experimentell nachgewiesen, welchen grossen Einfluss der psychische Zustand eines Individuums auf die Thätigkeit des Nervensystems und die Funktionalität des organischen Lebens überhaupt hat.

Dieser selbe Einfluss genügt, meines Erachtens, sich um die am Dynamometer konstatirte Steigerung der Muskelkraft, die geringen Modifikationen des Pulses, der Respiration zu erklären, nachdem dieselben Erscheinungen auch bei Personen zu beobachten sind, denen man destillirtes Wasser einspritzt. Die ausnahmsweise konstatirte Steigerung der Körpertemperatur um einige Decigrade nach vorgenommener Injektion kann ich nichts Anderem als einem accidentellen Ereigniss oder eben derselben neurovasculären Erregung zuschreiben.

Was die eigentlichen therapeutischen Resultate der Brown-Séquard'schen Injektionen bei dieser oder jener Krankheit anlangt, so kann man selbe als absolut negativ bezeichnen, da man doch nicht die geringen und vorübergehenden Besserungen oder die kurzen Unterbrechungen einiger Krankheitssymptome bei diesem oder jenem Kranken als Heilwirkungen der fraglichen Injektionen ansehen kann. Ich erzielte gar keine Besserung der fundamentalen Bedingungen organischer Krankheiten, so in Fällen von Spermatorrhoë, Lungentuberkulose, Epilepsie, Tremor alcoholicus, Hirnerweichung, Tabes. Anscheinend gute Resultate beobachtete ich dagegen in Fällen von Hysterie, Neurasthenie, Paramyoclonus neurasthenischen Ursprungs, bei Krankheiten also, bei welchen ein mächtiger Faktor, die Suggestion nämlich, einen wohlthätigen Einfluss entfalten kann. Wer könnte in der That die grosse dynamogene Macht der Suggestion leugnen? Wir sind unsererseits überzeugt, dass jene Aerzte, die bei ihren Versuchen diesen Einfluss der Suggestion eliminirt zu haben glauben, sich arg getäuscht haben.

Aber wenn wir auch mit Brown-Séquard und seinen Anhängern annehmen wollten, dass der von jungen und kräftigen Thieren gewonnene Testikelsaft im Stande sei, neue Kraft einzuflössen, die Dynamogenie der Nervenzentren zu steigern, etc., war es gerade nothwendig bei demselben seine Zuflucht zu nehmen, anstatt andere rationellere, wirksamere nervenkräftigende Mittel oder Methoden anzuwenden (Elektrotherapie, Hydrotherapie, Eisen, Arsen, Strychnin, Aerotherapie, Mechanotherapie, Klimatotherapie, Wein gute Ernährung etc), die als Heilagentien seit vielen. vielen Jahren den besten Ruf bei Aerzten und Laien geniessen und die als solche von der Wissenschaft und der Erfahrung anerkannt worden sind.

Ich schliesse den ersten Theil meiner Abhandlung mit folgenden Schlussfolgerungen:

Die subkutane Injektion von Hodenflüssigkeit junger und gesunder Thiere hat keinen und nicht den geringsten Einfluss auf den menschlichen Organismus.

Die unbedeutenden und transitorischen Modifikationen der Circulation, der Athmung, der Temperatur und der Muskelkraft können leicht durch die einfache psychische Erregung und Spannung des Individuums, welches diesen Injektionen unterworfen wird, erklärt werden.

Bei den verschiedenen organischen Krankheitszuständen, bei welchen die Brown-Séquard'sche Injektionsmethode angewendet wurde, waren die Resultate negativ, indem die hie und da beobachteten geringen und transitorischen Besserungen nicht der Wirkung der eingespritzten Flüssigkeit zugeschrieben werden können, sondern vielmehr auf den Einfluss der Einbildungskraft, der Suggestion, zurückzuführen sind. Dieser letzteren allein muss man die Heilung einiger Fälle von funktionellen Nervenkrankheiten, wie Hysterie, Neurasthenie, zuschreiben, bei welchen eben die Psychotherapie für sich allein im Stande ist, dieselben Resultate herbeizuführen.

Also einzig und allein als suggestives Mittel könnten die BROWN-SEQUARD'schen Injektionen einen Vortheil bei der Behandlung einiger Symptome bei verschiedenen, besonders funktionellen Krankheiten bringen.

Aus der chirurgischen Klinik des Herrn ***Hofr. Prof. Albert.***

Beitrag zur Kenntnis der Lymphcysten.

Von **Dozent Dr. Rudolf Frank**, Assistent obiger Klinik.

(Fortsetzung und Schluss.*)

2. R. Franz, 38 Jahre, Taglöhner, angeblich immer gesund gewesen, bemerkt seit acht Tagen eine Geschwulst in der rechten Oberschlüsselbeingrube ohne irgend welche Beschwerden.

In dem lateralen Theile der Fossa supraclavicularis dextra fand sich eine flache apfelgrosse, von normaler Haut gedeckte, fluktuirende, jedoch äusserst schlappe Geschwulst. Dieselbe liegt mit ihrem prominenten Antheile anscheinend direkt unter der Haut, ihre Oberfläche lässt kleine Läppchen oder Körnung erkennen. Drückt man auf die Geschwulst, so entschwindet sie zum grössten Theile unter dem Cucullarisrande in die Tiefe, erscheint aber sofort wieder, wenn der Druck nachlässt.

Sucht man die Geschwulst zu umgreifen, so findet man, dass sie sich nicht nur unter den Cucullarisrand, sondern auch nach vorne unter den lateralen Theil der Clavicula erstreckt und nur wenig vorziehen, resp. aus der Grube herausheben lässt. Entleerbar ist die Geschwulst nicht, ebensowenig zeigt sie eine Pulsation. Sie ist ganz unempfindlich. Die Prüfung auf Durchscheinbarkeit blieb resultatlos, wohl deshalb, weil die Cyste nicht genügend prominirte.

Zur Exstirpation wurde ein querer 10 *cm* langer Schnitt geführt; nach Durchtrennung der Platysma und der Fascie stiess man auf den bläulich durchscheinenden, stellenweise Fettläppchen tragenden Balg, welcher grösstentheils stumpf, aber ziemlich mühsam in toto ausgeschält werden konnte, da er in bedeutende Tiefe erreichte, und mehrfach dem Sacke eng anhaftende Gefässchen unterbunden und straffere Bindegewebszüge durchschnitten werden mussten. Im Grunde der Wunde waren weder Gefässe noch Nerven frei zu sehen. Die Wunde wurde genäht und heilte per primam.

Die exstirpirte Cyste war etwa orangengross, von dünner Wandung, mit kleinen Fettläppchen besetzt, deutlichst durchscheinend, äusserst schlapp. Ihr Inhalt war eine klare, gelbliche seröse Flüssigkeit. Der dünne Balg bestand aus Bindegewebe, die Innenwand zeigte Endothelauskleidung.

Die drei genannten Fälle haben das Gemeinsame, dass die Cysten alle in der Supraclaviculargrube sassen, nicht angeboren waren, sondern im späteren Lebensalter auftraten, als Inhalt eine klare, seröse gelbliche Flüssigkeit führten, eine sehr geringe Spannung aufwiesen und an der Innenfläche des dünnen Balges eine Endothelauskleidung trugen. Ihre Einbettung in die Umgebung war eine lockere, ihre Ausschälung ohne besondere Schwierigkeit möglich.

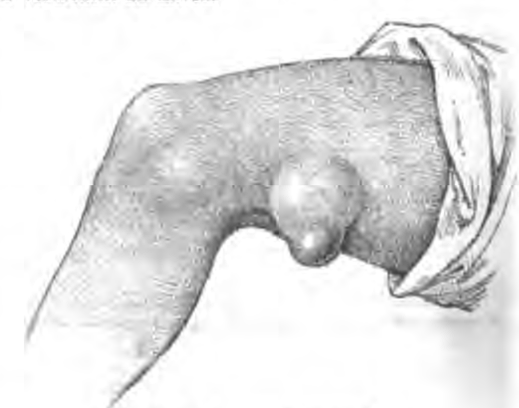
Diese nicht angeborenen einkämmerigen Lymphcysten dürften wohl eine besondere Gruppe der am Halse vorkommenden Cysten darstellen. Ueber ihre Diagnose ist wenig zu sagen. Die geringe Spannung scheint für dieselben charakteristisch zu sein.

Entscheidend für die Diagnose kann nur der Nachweis von Lymphendothel an der Innenwand der Cyste sein. Der chemische Befund des Inhaltes gibt wohl keinen sicheren Anhalt, da derselbe nur die Bestandtheile des Blutserums aufweist. Ihre Genesis ist dunkel. Es dürfte sich wohl am ehesten um einen einfachen Retentionsvorgang handeln. Wie aus WEGNER'S Arbeit hervorgeht, sind die Lymphangiome sehr manigfältig in ihren Formen und zeigen Uebergänge einer Form in die andere. WEGNER unterscheidet einfache, cavernöse und cystische Lymphangiome. Der Hauptrepräsentant der letzteren ist das Hygroma cysticum colli congenitum; dies ist aber von den genannten Lymphcysten im klinischen Bilde vollständig vermieden.

Ich schliesse an die Besprechung der zwei Fälle von einkämmerigen Lymphcysten am Halse die Krankheitsgeschichten von zwei weiteren an anderen Körperstellen beobachteten Lymphcysten an, welche ebenfalls als Raritäten anzusehen sind. Die meisten der analogen beobachteten Lymphangiome sind einfache oder cavernöse Lymphangiome (im Sinne WEGNER'S), während cystische Lymphangiome bis nun nur am Halse (und am Nacken) öfter beobachtet wurden.

In dem einen Falle sass die Lymphcyste in der Haut des Oberschenkels.

3. R. Katharina, 28 Jahre alt, bemerkte seit 8 Jahren ein kleines, schmerzloses Knötchen an der Aussenseite des linken Oberschenkels oberhalb des Knies; dasselbe vergrösserte sich langsam, ohne der Kranken jemals irgendwelche Beschwerden verursacht zu haben.



Lymphcyste am Oberschenkel.

Bei der sonst gesunden Patientin fand sich an der Aussenseite des linken Oberschenkels, handbreit über dem Epicondylus externus eine kegelförmige 7 *cm* über die Oberfläche prominirende Geschwulst, welche an ihrer Kuppe von sehr verdünnter, bläulich durchscheinender, sonst aber von normaler Haut bedeckt ist. Soweit die Haut normal ist, lässt sie sich gut von der Geschwulst in Falten abheben. Die Geschwulst fluktuirt auf das deutlichste, ist mässig gespannt und ist in toto ausgezeichnet gegen die Unterlage verschieblich. Die Geschwulst ist nicht kompressibel und unempfindlich.

Die Geschwulst wurde sammt dem grössten Theile der sie deckenden Haut exstirpirt. Die Wunde genäht. In 8 Tagen verliess die Kranke geheilt die Klinik.

Bei der Exstirpation zeigte sich, dass die Geschwulst nur dem Unterhautzellgewebe angehörte. Im Grunde der Wunde lag die oberflächliche Fascie unverletzt. Die Geschwulst hatte keinen Zusammenhang mit den unterliegenden Gebilden.

Die exstirpirte Geschwulst entleerte bei der Eröffnung eine bräunlich gefärbte seröse Flüssigkeit. Der Balg bestand aus faserigem, zellenarmen Bindegewebe. An seiner Aussenseite war er von dem subkutanen Fettgewebe dick umgeben. Seine glatte Innenwandung trug allenthalben eine Endothelauskleidung.

Der zweite Fall betraf eine Lymphcyste in der Haut des Scrotum.

4. Sch. Josef, 38 Jahre alt, bemerkt angeblich erst seit acht Tagen das Auftreten einer Geschwulst am Hodensacke. An der Scrotalwurzel linkerseits neben dem Penis findet sich eine wallnussgrosse höckerige (traubige) in der Haut gelegene und mit ihr gut verschiebliche Geschwulst von elastischer Konsistenz und ziemlich bedeutender Spannung. Ueber einigen der Höcker

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 13, 1893.

ist die Haut so verdünnt, dass hier ein bläuliches Durchscheinen vorhanden ist.

Die Geschwulst wurde in toto sammt der Haut exstirpirt; sie gehörte nur der Haut, resp. dem Unterhautzellgewebe an. An einer Stelle angeschnitten, entleerte sie sich auf einmal gänzlich. Die Flüssigkeit war ein blutig gefärbtes Serum. Die Cyste bestand aber nur aus einer einzigen sinuösen Höhle. Die Innenwand des dünnen bindegewebigen Balges war mit einer Lage Endothel ausgekleidet.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

Sitzung vom 24. März 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Dr. Schlichter berichtet über 12 geheilte Deformitäten des Fusses, welche in der frühesten Jugend der Behandlung zugeführt wurden und demonstrirt anschliessend ein Kind, welches in der vierten Lebenswoche an beiden Füssen achillotenotomirt und mit mehreren Gypsverbänden versehen wurde. Heilung. Das Zurückbleiben des Knochens im Wachsthum hat nichts zu bedeuten, da derselbe in 2—3 Wochen zur Grösse des normalen Knochens heranwächst.

Stabsarzt Fillenbaum stellt einen Hussaren vor, welchem durch einen Hufschlag, nach dem Bewustlosigkeit, Pulsverlangsamung, Somnolenz u. s. w. aufgetreten war, ein Stück der rechten Schläfenschuppe deprimirt worden war. Eine eingelegte Celluloidplatte heilte anstandlos ein. Unter sechs solchen Operationen musste die Platte nur einmal entfernt werden, da sie nicht vertragen wurde. Dieselbe zeigte sich ganz unversehrt.

* * *

Dr. Topolansky: *Ein Fall von bandförmiger Hornhauttrübung.*

Bei einem Hutmacher besteht eine bandförmige Hornhauttrübung rechterseits seit 3, links seit 2 Jahren. Am rechten Auge zeigt dieselbe das gewöhnliche typische Bild, in dem sie sich von einer Seite der Hornhaut bis zur anderen erstreckt, links reicht sie dagegen nur bis zum inneren Rande der Pupille. Solche Trübungen wurden vorzugsweise bei Erkrankungen des Uvealtraktes beobachtet; die Degeneration ist meist eine hyaline, doch können kleine Defekte entstehen, welche durchsichtig sind. Bei dem vorgestellten Patienten ist der Ausfall am linken Auge so gross wie eine mittlere Pupille, so dass er hier gut sieht. FUCHS hebt hervor, dass auch äussere Schädlichkeiten solche bandförmige Trübungen bedingen können. Vortragender konnte bei Maurern milchweisse bandförmige Trübungen beobachten, welche durch Inbibition der Saftkanälchen mit Kalk bedingt waren. Der vorgestellte Patient hat viel mit Hasenhaaren zu thun und Vortragender konnte solche auch eingespiesst im Hornhautepithel vorfinden.

Dr. ULLMANN demonstrirt einen selbstkonstruirten Operationstisch, welcher vermöge seiner Konstruktion vielfach, und zwar sowohl als Ruhebett, zu gynäkologischen und urologischen Zwecken, sowie auch zu zahnärztlichen Operationen benutzt werden kann.

* * *

Prof. v. Basch: *Historisches und Kritisches über Kompensation der Herzfehler.*

Die klinische Beobachtung lehrt, dass zweierlei einander widerstreitende Thatsachen, der Mangel krankhafter Symptome einerseits und das Bestehen eines Herzfehlers andererseits, friedlich neben einander einhergehen. Heute ist die Kompensationslehre die allgemein giltige, doch lässt sich das Wohlbefinden auch in anderer Weise als durch die Kompensationshypertrophie erklären; ersterer kommt nur der Werth einer plausiblen, aber nicht genügend gestützten Hypothese zu. Sie ist heute nicht nur überflüssig, sondern sogar unrichtig. SCHOLL, HOPE, BOUILLAUD, LATHAM, STOKES wussten schon, dass Herzfehler, ohne ihren Träger zu belästigen, ganz unbemerkt bleiben können. Den älteren Autoren war die Herzhypertrophie als Folgezustand von Herzklappenfehlern wohl bekannt, doch keinem fiel es ein, dieselbe mit dem Wohlbefinden der Patienten in Zusammenhang zu bringen. TRAUBE lehrte, dass die Hypertrophie die Leistung der hievon ergriffenen Herzabschnitte erhöht und dadurch beschleunigend auf den durch den Herzklappenfehler verlangsammten Blutstrom, also kompensirend wirke. SKODA selbst bezeichnet diese Theorie als eine sehr glaubwürdige. Aber die Quellen der TRAUBE'schen Betrachtungsweise beruhen nicht auf experimentellen Erfahrungen über den Mechanismus der Cirkulationsstörungen, da solche zur Zeit TRAUBE's nicht vorlagen. Der Experimentator muss, will er die Symptome verstehen, durch das direkte Experiment zu erfahren suchen, was nicht allein im linken Ventrikel und im Arteriengebiete, sondern was gleichzeitig im rechten Ventrikel und dem Gebiete der Pulmonalarterien, was aber auch zu gleicher Zeit in beiden Vorhöfen und den in sie einmündenden Venen vorgeht.

Vortragender hat sich nun Mühe gegeben, über die Vorgänge in beiden Vorhöfen und beiden Venensystemen klarere Vorstellungen zu schaffen, wobei er zu Anschauungen kam, welche der herrschenden Kompensationslehre widersprachen. So kommt es z. B. bei der Mitralinsufficienz zu einer Steigerung des Druckes im linken Vorhofe, damit zu einer Stauung des Blutes in den Lungenvenen und endlich zu einem Lungenzustande, den BASCH Lungenschwellung oder Lungenstarrheit bezeichnet hat. Bei geringen Klappenfehlern ist auch diese Lungenschwellung sehr gering und daher kann sich bei jenen ein gutes Wohlbefinden einstellen und erst bei sehr forcirten Körperanstrengungen bemerkt man, dass das Athmen des betreffenden Individuums sehr erschwert ist. Die bei schweren Mitralinsufficienzen auftretende Hypertrophie des rechten Ventrikels ist eine Funktionshypertrophie, welche als ein sicheres Anzeichen gilt, dass der Druck im linken Vorhofe eine grössere Steigerung erfahren hat; ein solcher Fall ist ein klinisch schwerer und die Ausbildung einer stärkeren Hypertrophie gleich bedeutend mit einer Erscheinung der Krankheit. Nicht nur die Mitralinsufficienz, sondern auch die Mitralstenose müssen schwerer werden, wenn die Bedingungen wachsen, welche den Druck im linken Vorhofe konsekutiv in der Pulmonalarterie und in dem dazwischen liegenden Gefässgebiete der Lungen steigern. Diese Defekte wachsen aber auch mit der Muskelinsufficienz des linken Ventrikels. Am natürlichsten wäre die Eintheilung in Herzfehler verschiedenen Grades und verschiedener Komplikation, die sich wieder durch die Quantität und Qualität der Ursachen, sowie der Folgezustände unterscheiden.

Die beiden vorerwähnten Klappenfehler erhöhen die Blutspannung im Gebiete des kleinen und erniedrigen die Blutspannung im Gebiete des grossen Kreislaufes. Im linken Vorhofe, in den Lungengefässen und in der Lunge selbst spielen sich jene Hauptereignisse ab welche für das Befinden eines mit einem Klappenfehler des linken venösen Ostiums behafteten Kranken verhängnissvoll werden. Es muss nun Alles verhütet werden, was veranlassen könnte, dass die Drucksteigerung im linken Vorhofe geringer wird, u. zw. durch leichteren Abfluss des Blutes aus den Lungengefässen und durch Verminderung des Zuflusses von Blut zum Stauungsgebiete. Die Dyspnoe selbst aber kann durch die aktive Hypertrophie des rechten Ventrikels nicht verbessert, sondern nur verschlechtert werden.

Minder schädlich ist das durch die Klappenfehler des linken venösen Ostium geschaffene Sinken des Arteriendruckes, welches durch stärkere Füllung des linken Ventrikels beseitigt werden könnte. Die in Aktivität versetzte Hypertrophie des rechten Ventrikels könnte wohl die Arterienspannung erhöhen, aber nur um den Preis einer stärkeren Dyspnoë.

Die Hypertrophie aber schützt den rechten Ventrikel vor der Dilatation, also vor der Insufficienz, d. h. sie erhält den Herzfehler in statu quo und sie bedeutet in diesem Sinne nichts Gutes. BASCH wendet sich insoferne gegen das Wort «Kompensation», als hiemit die Vorstellung verbunden wird, die Hypertrophie könne die Konsequenzen des Herzfehlers ganz oder zum Theile bessern. Die funktionelle Bedeutung der Hypertrophie des linken Ventrikels darf man wohl mit der

funktionellen Bedeutung der Blasen-, Magen-, Darmhypertrophie, ja selbst mit der Hypertrophie der willkürlichen Muskeln vergleichen. Aber der Vergleich mit der funktionellen Bedeutung des hypertrophischen rechten Ventrikels ist weder vom klinischen noch vom experimentellen Standpunkte aus gestattet. *Dr. Em. Mandl.*

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. März 1893.

Prof. Köbner: Diskussion über Hauttuberkulose.

Echte typische Tuberkulose der Haut, in dieser selbst entstanden und nicht von den darunterliegenden Geweben fortgeleitet, ist im Vergleich zu den mannigfaltigsten Formen des Lupus, der bacillären Erkrankung der Haut, sehr selten. Am häufigsten kommt sie vor um die natürlichen Körperorifizien, an den Lippen des Mundes, in der Umgegend des Afters, am Naseneingang, um das Ohr herum, ebenso an den weiblichen Genitalien, und setzt sich sehr häufig auf die benachbarten Schleimhäute fort. Von allen diesen Fällen weicht der vorgestellte Fall ab und erweist sich insofern von besonderer Wichtigkeit, als er einerseits eine therapeutische Warnung enthält in Bezug auf die merkurielle Therapie bei zweifelhaften Ulcerationen und Neoplasmen, andererseits ein allgemeines hygienisches Interesse vom Standpunkt der Hygiene der Barbierstuben besitzt.

Am 6. Februar kam ein 43jähriger Schlosser zu KÖBNER mit einem über ein Jahr lang bestehenden Geschwür im Vollbart, in der unteren Kinngegend. Patient war sehr anämisch, völlig aphonisch, höchst abgemagert und gab an, dass er vor 10 Jahren sein Frau an Schwindsucht verloren habe. Er selbst war nicht hereditär belastet. Vor 7 Jahren war er zuerst, durch Schmerzen und Heiserkeit geplagt, in eine Kehlkopfklinik gegangen und innerhalb acht Monaten von einem angeblich vorhandenen Ulcus befreit worden. Er blieb dann gesund, bis er vor 2 Jahren an einer kleinen Wunde im Vollbart am Kinn erkrankte. Erst viel später soll die Erkrankung des Kehlkopfes aufgetreten sein. Patient wurde in der Klinik 10 Wochen hindurch mit 10 Flaschen Jodkali und alsdann mit einer Schmierkur von im ganzen 99 *gr* behandelt, ohne Erfolg. Er hatte früher die Gewohnheit, sich alle 8 Tage rasiren zu lassen, die Schmerzhaftigkeit der Erosin hielt ihn davon zurück. KÖBNER liess ihn sofort rasiren und fand ein fünfmarkstückgrosses flachrundes Geschwür mit röthlich gelben über die Wundfläche vertheilten kleinen schlaffen Granulationen. Geschwürsgrund graulich, Ränder zum Theil livide, nicht speckig, nicht unterminirt, nicht gleichmässig bogenförmig, sondern mit ganz kleinen Auszackungen, bei Berührung leicht blutend, ziemlich schmerzhaft. Die benachbarten Lymphdrüsen, Jugular- und Cervikaldrüsen, geschwollen, hart indolent. Die Schleimhäute ebenso bleich wie die Haut. Am Kehlkopf Perichondritis epiglottidea arytaen. und ziemlich umfangreiche Ulceration auf den wahren Stimmbändern. Diagnose: Tuberkulose der Unterkinngegend. KÖBNER excidirte unter Kokainanästhesie ein Stückchen des Hautrandes und fand in den gehärteten und gefärbten Präparaten massenhafte Bacillen durch die ganze Kutis zerstreut; es fehlte auch nicht an Riesenzellen und Miliartuberkeln. Die Wunde wurde durch Aetzung verschorft und mit Jodoformpulver bestreut. Unter dieser Behandlung hat sich der Geschwürsgrund gereinigt und die Schmerzhaftigkeit ist verringert. Dasjenige Symptom, welches für den Kliniker pathognomisch sein soll und mit der Genese des Tuberkels im Zusammenhang steht, die ganz kleinen ausgezackten, eingekerbten Rändchen, welche konfluirend den Eindruck von verkästen Stellen im Geschwürsrande machen, bedingen serpignöse Geschwüre und diese geben Anlass, dass die Patienten auf die syphilitische Abtheilung gewiesen werden und durch merkurielle Behandlung eine Verschlimmerung ihres Zustandes erleiden. — Die Kehlkopftuberkulose hat in den letzten 4 Wochen auf den vorderen Gaumenbogen übergegriffen.

In Bezug auf die Hygiene der Barbierstuben ist hervorzuheben, dass Patient auch mit seinem tuberkulösen Geschwür immer noch in öffentliche Barbierstuben gegangen ist. Es ist auf diese Weise sehr leicht möglich, dass mit dem Messer eine neue Quelle für die Verimpfung der Tuberkulose geschaffen wird. Der Fall ist ein neuer Hinweis zur Beherzigung des schon im Jahre 1886 von KÖBNER in der Berl. klin. Wochenschrift gemachten Vorschlages, dass jeder in öffentlicher Barbierstube mit einem Rasirmesser, welches in siedend heisses Wasser getaucht und abgebrüht ist, rasirt wird und eine eigene Serviette bekommt, womöglich auch sein eigenes Rasirzeug besitzen soll.

Dr. B. BAGINSKI: In der ersten Zeit der Behandlung waren im Larynx Erscheinungen von ausgesprochener Tuberkulose nicht vorhanden, sondern nur die Symptome einer chronischen Laryngitis. Unter dem Kinn fand sich ein mit einem Schorf bedecktes Ulcus. Als im Verlaufe der Behandlung der Larynxprozess einen ulcerativen Charakter annahm, wurde Patient einer Klinik überwiesen und dort die Diagnose auf Syphilis gestellt. BAGINSKI nimmt an, dass die Tuberkulose der Haut die primäre Erkrankung gewesen ist. Im Verlaufe der letzten Jahre hat man der chirurgischen Behandlung der Larynxtuberkulose durch Auskratzen der Ulcerationen das Wort geredet. Patient ist ausgekratzt worden, aber es ist eher eine Verschlechterung eingetreten.

Prof. B. FRÄNKEL: In Bezug auf die Frage, ob man die merkurielle Behandlung als Ursache der Kachexie ansehen soll, muss man doch recht kritisch sein. Im Allgemeinen ist es nicht angezeigt, Tuberkulose mit Schmierkuren zu behandeln, doch hat FRÄNKEL diese Kur öfters bei ausgesprochener Koinzidenz von Syphilis mit Tuberkulose anwenden müssen und bei vorsichtiger Behandlung keine ungünstigen Folgen gesehen. Es ist doch zu berücksichtigen, dass, abgesehen von der Inanition durch die Krankheit an sich, die Ernährung auch durch die Beschwerden im Kehlkopfe leidet.

Prof. KÖBNER hat in der vorbacillären Zeit wiederholt Fälle von Kehlkopftuberkulose diagnostizirt, welche von Laryngologen für Syphilis gehalten und einer Schmierkur unterworfen waren mit einer so auffallend rapiden Verbreitung von Tuberkulose dass KÖBNER jede sichere Feststellung von Tuberkulose, unter allen Umständen für eine Kontraindikation gegen merkurielle Behandlung erachtet.

Dr. SCHEINMANN bezweifelt, dass die Hauttuberkulose das Primäre gewesen ist. Aus dem Umstande, dass Patient bereits vor 8 Jahren eines Kehlkopfleidens wegen an Ulcus behandelt worden ist, ergibt sich ohne weiteres, dass dieses Geschwür schon damals tuberkulöser Natur gewesen sein dürfte.

Prof. KÖBNER: Für die Richtigkeit dieser Voraussetzung spricht die damalige Behandlung mit Menthol.

Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 18. März 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Prof. Gustav Scheuthauer demonstrirte einen fast mannskopfgrossen Tumor des vorderen Mediastinums, des nach vorne mit den zwei oberen Dritteln des Brustbeines, nach hinten mit dem Pericardium, der Pulmonalarterie, der Aorta und der Innenfläche beider Lungen durch das bei Pseudomembranen verwachsen war, die Geschwulst bestand aus theils weichen, theils derberen, graurothem oder grauweissem Gewebe, war von zahlreichen frischen und älteren Blutextravasaten, aber auch von bis 2 *cm* langen gansfederkieldicken Knorpelinseln und einigen erbsengrossen schleimhältigen Cysten durchsetzt. Das Mikroskop zeigte: Fibrom, zum Theile municös degenerirt, zum Theile verknöchert, Rundzellensarkom, Ecchondrom-Inseln und mit Flimmerepithel ausgekleidete aus Bronchectasie hervorgegangene Cysten. Durch letzteren Befund war bewiesen, dass der Tumor aus der Lunge, wie sie im 4. Fötalmonat zu bestehen pflegt, hervorgegangen, und zwar, da keine ursprüngliche Verbindung zwischen den Lungen und der Geschwulst besteht, die Lunge vollständig, aus einem sogenannten accessorischen Lungenlappen. Solche accessorische Lungenlappen haben schon ROKITANSKY und REKTORZIK beschrieben und es ist sehr wahrscheinlich, dass sie noch im Fötus von der Gesammtlunge durch Azygos- oder Hemiazygos-Stücke enthaltende Falten der Pleura costalis abgeschnürt werden. Als Beweis, dass Lungenabschnürung in solcher Weise möglich, zeigt Vortragender ein zweites Präparat, wo das oberste Stück des rechten oberen Lungenlappens durch eine solche

Azygosfalte beinahe völlig abgetrennt ist. Franz SIEGEL hat schon 1870 ungefähr 40 Fälle von Mediastinaltumoren aufgeführt; es waren Krebse, Sarkome, Dermoidcystome, ein Fall wie der in Rede stehende, Entwicklung aus einem abgeschnürten Lungenstücke ist in der Literatur bisher nicht erwähnt, obwohl nach REKTORZIK's Angabe unter 100 Leichen 80 an der Basis der Lunge zungenförmige kleine accessorische Lungenlappen zeigen, ohne Verbindung mit der Lunge, wohl aber mit der Aorta und der Azygos.

Der Träger der demonstrirten Geschwulst P. B., Schuster, war angeblich bis zu seinem 23. Jahre gesund, erst Anfang August 1887 fühlte er nach Verkühlung durch ein Bad Fieber und Asthma, deren Zunahme ihn im Oktober desselben Jahres auf die Klinik des Prof. v. KORÀNYI führte, wo man doppelseitiges Pleuraexsudat und einen Mediastinaltumor diagnosticirte. Bei der am 19 November vollführten Sektion fanden sich 2 Liter röthlicher Flüssigkeit in der rechten, $1^1/_2$ Liter in der linken Pleurahöhle, mit theilweiser Kompression beider Lungen, Synechie des Herzbeutels, Hypoplasie der Aorta, Oedem in den Lig. aryepiglotticis, Schwellung der Halsvenen.

Der Vortragende hebt hervor, dass er schon im Jahre 1881 wohl gegen die ausschliessliche Giltigkeit der COHNHEIM'schen Theorie «über Entstehung der Neubildung» Protest erhoben, aber auch gesagt hat, dass noch an viel zahlreicheren Orten als es EPSTEIN gelungen, überschüssige embryonale Keime gefunden werden, dass ein grosser Theil, vielleicht die Mehrzahl der nicht infektiösen Geschwülste, im Sinne der COHNHEIM'schen Theorie entsteht.

Prof. SCHEUTHAUER beharrt noch heute auf selbigem Standpunkte und glaubt durch das heutige Vorgetragene nur eine Stelle mehr bezeichnet zu haben, wo eine Neubildung, u. zw. mit unleugbarer Sicherheit aus einem embryonalen Ueberschusse hervorgegangen ist. Man hat von jeher den Widerspruch der Neubildung gegen die Idee, gegen die Zwecke des Organismus hervorgehoben und gerade hierin dürften die immer wiederkehrenden Versuche ihre Erklärung finden, in den Neubildungen Parasiten zu suchen, wie es noch in diesem Jahre Eugen BURCHHARDT («Ueber ein Coccidium im Schleimkrebs des Menschen und seine Dauersporencyste». «V. A.» Band 131, Heft 1), trotz der gediegenen Arbeit NÖGGERATH's versucht hat. Es scheint dem Vortragenden selbstverständlich, dass ein Theil, der aus seinem normalen Zusammenhange gerissen ist, nicht mehr in seiner wahren Berufsphäre wirken, normal funktioniren kann, nicht mehr der anarchisch-normalen Arbeits-Abnutzung seiner Elemente unterliegt, unbekümmert um das Ganze, Eigenleben beansprucht und bei reichlicher Ernährung ins Ungemessene wächst; diese mysteriöse Feindseligkeit der Neubildung gegen Organismus, erklärt sich als nothwendige Folge der Art seiner Entstehung.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Neuropathologische Studien.

Von **Dr. Hugo Gugl** und **Dr. Anton Stichl**
Aerzte des Sanatoriums Mariagrün.
Stuttgart 1892.

Verfasser geben uns zunächst einen anschaulichen Bericht über das von ihnen geleitete, bekannte Sanatorium, entwickeln sodann die bei der Behandlung von ihnen eingeschlagenen Grundsätze genauer und fügen als Frucht sechsjähriger Beobachtung zwei Arbeiten: Beiträge zur Behandlung nervöser Störungen des Verdauungstractes (STICHL) und die Grenzformen schwerer cerebraler Neurasthenie (GUGL) bei.

Aus dem Anstaltsbericht ist zu entnehmen, dass Neurasthenie in den verschiedensten Formen das Hauptkontingent stellte, nächstdem Hysterie, dann Morphinismus, bei dessen Behandlung ausschliesslich die langsame Entziehungsmethode zur Anwendung kam, häufig unterstützt durch Codein-Injektionen; ferner vereinzelte Fälle von Morbus Basedow, Beschäftigungsneurosen, Rückenmarkskrankheiten etc. Bei den therapeutischen Bemerkungen betonen Verfasser mit Recht den Werth der psychisch-individualisirenden Behandlungsmethode. Bei Besprechung der Suggestionstherapie stellen sie sich auf Seite derer, die im Hypnotismus ein unschädliches und häufig erfolgreiches therapeutisches agens erblicken. Elektricität, Hydrotherapie, Massage, Gymnastik kam in den gebräuchlichen Methoden zur Anwendung. Puncto Diät plaidiren Verfasser im Allgemeinen für reichliche Ernährung. «Der Genuss von geistigen Getränken in mässigen Quantitäten erwies sich oft sehr zuträglich». Zur medikamentösen Behandlung der Schlaflosigkeit wurde Amylenhydrat, Paraldehyd, Sulfonal angewendet. In Uebereinstimmung mit der in letzter Zeit sich immer mehr geltend machenden Reaktion gegen die gynäkologische Behandlung der Neurosen sprechen sich auch Verfasser aus und halten es für unbedingt geboten, eine spezielle Behandlung des Nervensystems wenigstens nicht gleichzeitig mit einer gynäkologischen Cur vorzunehmen, wo eine solche schon nothwendig sein sollte.

In seiner Arbeit «Beiträge zur Behandlung der nervösen Störungen des Verdauungstraktes» erörtert STICHL zunächst die einzelnen Symptome der nervösen Störungen, so die Anorexie und Bulimie, wobei in anregender Weise einerseits die Theorieen über Entstehung des Hungergefühles, andererseits eine Reihe praktischer Bemerkungen zur Aetiologie und Therapie angeknüpft werden, so der Hinweis auf Erziehungsfehler, auf das übermässige Schnüren und Furcht vor dem zu dick werden bei Mädchen etc. Eine Dosis von 1—2 *gr* Bromnatrium, eine Stunde vor der Mahlzeit gereicht, leiste oft vorzügliches. Selbstverständlich ist sonst die Behandlung eine allgemeine (psychische Einwirkung, strenge vorgeschriebene Mahlzeit-Eintheilung, Elektricität, Hydrotherapie); in schweren Fällen von Anorexie mentale, musste zur künstlichen oder zwangsweisen Ernährung durch die Nase geschritten werden. Unter den nervösen Störungen in den oberen Verdauungswegen werden Parästhesieen der Mundschleimhaut, subjektive Geschmacksempfindungen und Idiosynkrasieen, abnorme Speichelabsonderung und auffallende Trockenheit der Mundhöhle und des Schlundes, gesteigertes Durstgefühl, Globus etc. angeführt; von den nervösen Erkrankungen des Magens finden Gastralgie und Atonie eine eingehendere Besprechung; mit Recht warnt Verfasser bei ersterer möglichst vor Anwendung von Narcoticis, bei letzterer vor Anwendung der Magenausspülung. Neben psychischer Behandlung wird hier Galvanisation und faradische Pinselung, Applikation von Priessnitzbinden, Halbbäder, Fächerdouche auf den Magen empfohlen.

Auch beim Erbrechen der Hysterischen und Neurasthenischen muss die Behandlung eine allgemeine, auf Herabsetzung der erhöhten psychischen Reizbarkeit gerichtete sein (Vermeidung geistiger Arbeit, körperlicher Anstrengung, Brom etc); in schweren Fällen muss zu Nährklysmen geschritten werden.

Nachdem unter den nervösen Darmsymptomen die Enteralgie, die chronische Obstipation in gebührender Weise gewürdigt, bei letzterer insbesondere auf den Werth gemischter und mechanisch reizender Kost und der mechanischen Behandlung hingewiesen wird, erscheint die Besprechung der nervösen Diarrhöe darum beachtenswerth, weil letztere häufig genug als solche verkannt wird. Die Unabhängigkeit derselben von der Nahrung und der Einfluss von Gemüthsbewegungen auf dieselbe ist charakteristisch. Die Behandlung darf keine antikatarrhalische, sondern muss eine allgemeine, durch hydropathische Prozeduren unterstützte sein. Zum Schluss bespricht Verfasser in zusammenfassender Weise die Neurasthenia gastrica. Er warnt namentlich vor dem Gebrauch von Karlsbad. Psychische Beeinflussung, geistige Ruhe, öftere Mahlzeiten, hydropathische Prozeduren, lokale und allgemeine Elektricitätsanwendung, Bewegung in frischer Luft, die aber ja nicht übertrieben werden darf, sind die Grundzüge der Behandlung.

In der zweiten Arbeit: «Die Grenzformen schwerer cerebraler Neurasthenie», behandelt GUGL jene neurasthenischen Schwächezustände, welche durch ihren rein depressiven Charakter an der Schneide der Melancholie stehen.

Gerade hier leistet die Anstaltsbehandlung viel und rettet vielleicht manchen Kranken vor der Psychose. Zum Schlusse wird noch auf die häufig schwierige Unterscheidung schwerer cerebraler Neurasthenie von beginnender progressiver Paralyse hingewiesen.

Handbuch der Unfallverletzungen mit Berücksichtigung der deutschen, österreichischen und schweizerischen Unfallpraxis.

Für Aerzte, Versicherungsbeamte und Juristen.

Bearbeitet von **Constantin Kaufmann,**
Dozent für Chirurgie an der Universität in Zürich.

Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1893.

Wer jemals in der Lage gewesen ist, ein Gutachten über eine Unfallverletzung abzugeben, kennt die Schwierigkeiten, die sich hier einstellen. Da handelt es sich ja meist nicht allein um die Feststellung des objektiven Befundes, sondern man muss ausserdem angeben, ob dieser objektive Befund den Angaben entspricht, die der Verletzte über die Veranlassung der Verletzung gemacht hat. Ferner muss aber meist noch angegeben werden, welche bleibende Folgen zu gewärtigen sind und in wie hohem Grade hiedurch der Verletzte in seinem Erwerbe beeinträchtigt erscheint. Es kommen also zu den allgemein ärztlichen Fragen in der Praxis der Unfallverletzungen noch ganz spezielle, die allerdings zum Theile das Gebiet der gerichtlichen Medizin tangiren.

Der Züricher Chirurg C. KAUFMANN hat sich nun der Mühe unterzogen, ein «Handbuch der Unfallverletzungen» zu verfassen, das dem Arzte über die Schwierigkeiten dieser ungewohnten Situation hinweghelfen soll. Im ersten Theile werden die für die ärztliche Thätigkeit in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen ausführlich erörtert und die allgemeinen Gesichtpunkte für die Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter erläutert. Im zweiten Theile werden die Verletzungen, nach Körpertheilen angeordnet, einzeln besprochen, einzelne Fälle zur Illustration mitgetheilt, Urtheile und Entscheidungen der verschiedenen Instanzen wiedergegeben. Ein relativ kurzer Abschnitt ist den traumatischen Neurosen gewidmet. Wichtigere Fragen, wie z. B. die nach dem Zusammenhange zwischen einem Unfalle und der Entstehung eines Unterleibsbruches werden noch gesondert abgehandelt. — Das Werk bildet eine sehr vollständige Zusammenstellung des ganzen über diese Frage vorliegenden Materiales und ist als durchaus zweckentsprechend zu bezeichnen.

Es wird wohl jeder Arzt KAUFMANN's Buch gerne zu Rathe ziehen, wenn er in die Lage kommen sollte, ein Gutachten in Bezug auf eine Unfallverletzung abzugeben.

Zeitungsschau.

Dr. Richard Hitschmann (in Wien): **Ueber die Wirkung des Salipyrins.** (Wiener medizinische Blätter Nr. 16, 17, 1892. Centralblatt für die gesammte Therapie. April 1893.)

Dr. HITSCHMANN hat auf der Abtheilung des Prof. DRASCHE im allgemeinen Krankenhause in Wien mit Salipyrin eine Reihe therapeutischer Versuche angestellt. Hier das Wesentlichste:

I. Die antipyretische Wirkung.

Das Salipyrin gelangte zur Erprobung in einer Anzahl von Fällen von Typhus abdominalis, Erysipelas migrans, Tuberculosis pulmonum, Processus puerperalis, Rheumatismus articulorum acutus, Influenza, Bronchitis und Angina tonsillaris.

Gleich zu Beginn der Beobachtungen ergab sich, dass Dosen unter 0·5 *gr* ohne jeden Einfluss auf die Körpertemperatur blieben. Auch Gaben zu 0·5 *gr* lieferten ungenügende Erfolge.

Dosen von 1·0 *gr* in der Akme des Fiebers gegeben, veranlassten meist ein rasches und beträchtliches Sinken der Temperatur innerhalb zweier Stunden, jedoch niemals von langer Dauer. Eine nochmalige Dosis von 1·0 *gr* Salipyrin erwies sich dann weniger wirksam als die erste.

Bei akutem fieberhaften Gelenksrheumatismus erwiesen sich vereinzelte Gaben zu 1·0 *gr* als ganz wirkungslos, mehrmals in Intervalen von zwei Stunden wiederholte Dosen waren von inconstanter Wirkung, und zwar war die Herabsetzung der jeweiligen Temperatur um so geringer, je näher sie schon der normalen stand.

Auch bei Typhus abdominalis waren die antipyretischen Resultate sehr variirend.

Das Resultat der Beobachtungen über die antipyretische Wirksamkeit des Salipyrins ist folgendes:

1. In geringen Dosen oder in Dosen zu 1·0 *gr*, welche auf längere Zeit vertheilt werden, fehlt die antithermische Wirkung ganz oder sie ist inconstant.

2. Grosse, in kurzen Zwischenrämen genommene Quantitäten erzeugen, soferne sie überhaupt vertragen werden, einen raschen, nicht anhaltenden Abfall der Temperatur.

3. Gegen Abend erwies sich das Salipyrin wirksamer. Je höher die Temperaturen waren, bei denen es zur Anwendung kam, desto ausgiebiger war dessen Wirkung, je näher die Temperaturen der normalen standen, aber desto geringer.

4. Normale Temperaturen wurden, wie aus Versuchen, welche Verfasser an sich selbst und Anderen anstellte, hervorging, durch Salipyrin selbst in grösseren Mengen nicht wesentlich beeinflusst, niemals wurden dabei subnormale Temperaturen beobachtet.

5. Wo Salipyrin als Antipyreticum gereicht wurde, erwiesen sich Puls- und Respirationsfrequenz als unverändert, der Blutdruck zeigte sich nur in seltenen Fällen, und zwar nur nach besonders grossen Mengen um ein Geringes vermindert.

6. Die Pulskurve zeigte nach grösseren Dosen, wenn Abnahme des Fiebers eintrat, Zunahme der Gefässspannung, indem eine vorher bestandene Dicrotie nach Salipyrin verschwand, während die Elasticitätselevation deutlicher wurde.

II. Salipyrin als Antirheumaticum.

Die Leistungen des Salipyrins bei Gelenksrheumatismen waren durchaus keine glänzenden. Während HENNIG erzählt, dass es ihm immer bis auf einen Fall gelang, in 6—72 Stunden die krankhaften Erscheinungen behoben zu haben, konnte Verfasser durchaus nicht so günstige Erfolge aufweisen, vielmehr beobachtete er, dass zwar eine günstige Beeinflussung, mitunter sogar Heilung der Gelenksaffektion eintrat, dass aber sehr häufig noch während der Behandlung mit Salipyrin der entzündliche Prozess ein oder mehrere andere Gelenke befiel oder in den zuerst erkrankten Gelenken recidivirte.

Das Sinken der Temperatur, sowie die Abnahme der Schmerzen und der Schwellung in fieberfreien Fällen von Rheumatismus fand zumeist mit ausserordentlich profusen Schweissen statt, welche oft schon nach den ersten Dosen begannen, so dass wiederholt die Wäsche gewechselt werden musste. In dieser Beziehung verdient das salicylsaure Antipyrin vor dem salicylsauren Natron keinen Vorzug.

Bereits bestehende Complikationen seitens des Herzens wurden durch Salipyrin ebensowenig beeinflusst, wie durch ein anderes Salicylpräparat, auch ihr Zustandekommen nicht verhindert.

Bei chronischem Gelenksrheumatismus erwies sich das Salipyrin als äusserst unzuverlässlich. Es trat wohl dann und wann eine geringe Abnahme der Schmerzen ein, doch war sie nie von anhaltender Dauer, noch viel weniger glückte es, die Schmerzen und die Unbeweglichkeit der Gelenke definitiv zu beseitigen.

III. Salipyrin als Specificum gegen Influenza.

Es ist nicht zu läugnen, dass nach einigen Gramm Salipyrin der lästige Kopfschmerz zu schwinden pflegt, schwerer verliert sich schon der Gliederschmerz. Als Prophylacticum gegen Pneumonien und andere Complikationen wirkt es entschieden nicht, ebensowenig, wie es auch nur den geringsten Einfluss auf die Bronchitis oder gegen das dieselbe begleitende Gefühl von Wundsein auf der Brust ausübt. Bei Schnupfen besserte sich der begleitende Kopfschmerz und das unbestimmte Unwohlbefinden nicht unerheblich, während ein Einfluss auf die Sekretion in den wenigen beobachteten Fällen absolut vermisst wurde und ebensowenig eine Abkürzung des Verlaufes eintrat.

IV. Salipyrin als Antineuralgicum.

Die besten Wirkungen, welche das Salipyrin aufwies, waren solche als Antineuralgicum. Zur Behandlung kamen vier Fälle von Myelitis chronica mit lancirenden Schmerzen in den unteren Ex-

tremitäten und im Kreuz, von denen zwei Patienten schon durch vier Dosen zu 0·5 *gr* pro die den ganzen Tag hindurch schmerzfrei blieben; bei den beiden anderen jedoch, in schon vorgeschritteneren Stadien, trat statt der bohrenden Schmerzen das Gefühl von Pelzigsein auf, auch stellte sich hier schon nach neun Tagen eine gewisse Angewöhnung ein, so dass zu stärkeren Dosen, und als diese Magenbeschwerden verursachten, zu anderen Medikamenten gegriffen werden musste. Der Schmerz begann meist nach der zweiten Dosis zu 0·5 *gr* nachzulassen. Bei einem Falle von Ischias war nach drei Pulvern zu 0·5 *gr* noch kein Nachlass der Schmerzen bemerkbar, derselbe trat erst nach fünf Dosen zu 0·5 *gr* ein und hielt einen halben Tag an. Wurde das Salipyrin gegen Abend genommen, so blieb die Nacht schmerzfrei. Bei Lumbago setzten zwei Dosen zu 1·0 *gr*, im Intervall von einer Stunde genommen, die Schmerzen so herab, dass der bisher fehlende Schlaf in der Nacht wiederkehrte. Bei einem Falle von Paralysis agitans mit neuralgischen Schmerzen schafften 3·0 *gr* Salipyrin eine nur mässige, nicht lange anhaltende Erleichterung. Eine Supraorbitalneuralgie war nach sechs Dosen zu je 0·5 *gr* wesentlich gebessert. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen wurden Kopfschmerzen durch 1·0 *gr* Salipyrin beseitigt, auch zwei Fälle von rheumatischem Zahnschmerz, ebenso einige Male jene collapsartigen und adynamischen Zustände, welche abendlichen Alkoholexcessen am Morgen zu folgen pflegen.

Zu den häufigsten Nebenerscheinungen, welche dem Gebrauche grösserer Mengen Salipyrin folgten, gehören Kopfschmerzen. Dieselben traten schon nach fünf halbgrammigen Dosen auf. Eine der lästigsten Beschwerden waren für die Patienten das überaus häufig eintretende Sodbrennen, Aufstossen und der Brechreiz, welcher nicht selten zu wirklichem Erbrechen führte, das sich bei einer Patientin, die 6·0 *gr* in viertelstündlichen Intervallen nehmen sollte, von 7½ Uhr Abends bis 5 Uhr Morgens sechsmal wiederholte. In dem zuletzt Erbrochenen war noch Salipyrin durch die violette Eisenchloridreaction nachweisbar. Das so häufig nach Verabreichung grösserer Mengen von Salipyrin eintretende Erbrechen ist für die an Rheumatismus leidenden, oft wie bewegungslos im Bette liegenden Kranken eine sehr lästige und den Heilwerth des Salipyrins bedeutend herabsetzende Nebenwirkung. Von Sodbrennen und Aufstossen blieben nur wenige mit Salipyrin behandelte Patienten verschont, mitunter liess sich dies durch Natrium bicarbonicum beseitigen.

Von sonstigen Nebenerscheinungen war der Schweiss am häufigsten. Er trat schon nach geringen Mengen, drei Dosen à 0·5 *gr* ein, fast regelmässig, wenn Salipyrin als Antipyreticum oder Antirheumaticum gereicht wurde, und zwar meist schon eine halbe Stunde nach der ersten Dosis. Er war bald ausserordentlich profus, bald nur gering, und schien nicht proportional der angewandten Menge, sondern mehr abhängig von der individuellen Disposition zu Schweissen zu sein. Auffallend war darum, dass gerade bei Phthisis pulmonum die Schweisssekretion keine sonderlich gesteigerte war. Ohrensausen wurde nur bei zwei Patienten beobachtet, und stellte sich schon nach 2—3 *gr* ein.

Von besonderem Interesse war das Auftreten eines Arzneiexanthems in zwei Fällen, von denen eines auf die Vola manus und planta pedis beschränkt war, während das andere bei einer an Erysipel erkrankten, äusserst robusten Patientin, welche innerhalb neun Tagen 50·0 *gr* Salipyrin genommen hatte, auftrat, und zwar nachdem das Salipyrin schon zwei Tage ausgesetzt worden war. Das Exanthem zeigte sich hauptsächlich auf der Streckseite, weniger an der Beugeseite der Arme und unteren Extremitäten, dann am Abdomen und der Brust, weniger am Rücken, ziemlich dicht beisammenstehend, stark juckend, auf Fingerdruck erblassend, hirsekorn- bis linsengross, an verschiedenen Stellen confluirend, nicht über die Haut erhaben in rothen Flecken, welche nach Verlauf von zwei Tagen unter Abschuppen verschwanden.

Auf die Herzthätigkeit scheint Salipyrin keinen direkten Einfluss zu haben. Pulsirregularität, Kollaps, Dyspnöe kamen trotz der ziemlich grossen und rasch hintereinander genommenen Mengen nicht zur Beobachtung, wenn sie sich nicht aus der Grundkrankheit erklären liessen, wie z. B. bei den mit Herzfehlern komplizirten Rheumatismen. Die Diurese blieb unbeeinflusst, abnorme Bestandtheile fehlten meist im Urine oder waren, wie z. B. geringe Mengen von Albumen und Aceton, auf das vorhandene Fieber zurückzuführen, da sie schon vor dem Gebrauche des Salipyrins vorhanden waren. Die Ausscheidung des Salipyrins im Harne erfolgte bei Verabreichung eines Grammes schon 25 Minuten nach dem Einnehmen und hielt 22 Stunden an. Im Speichel und Schweiss konnte das Salipyrin nicht nachgewiesen werden.

Den Versuchen lag das Präparat von Riedel zu Grunde, welches nach der Anweisung Hennig's des unangenehmen Geschmackes wegen als Pulver in Oblaten oder in Schüttelmixtur mit Glyzerini 14·0, Syrup. rub. Idaei 30·0 und Aq. destill. 40·0 gegeben wurde, welch letztere Mischung aber immer noch recht widerlich schmeckte und auch vor Magenbeschwerden nicht schützte. Das Salipyrin erwies sich als unschädliches, in manchen Fällen nützliches, im Ganzen aber recht unzuverlässiges Präparat, welches nur dann einen sicheren Erfolg hat, wenn es in grossen Gaben verabreicht wird, dann aber meist lästige Schweisse und Magenbeschwerden verursacht. Da dasselbe in seiner Wirkung keinesfalls seine Komponenten, das Salicyl und Antipyrin, übertrifft, ausserdem gegenwärtig noch hoch im Preise steht, so dürfte es kaum eine allgemeine Anwendung finden.

Dr. Tietze: Corticale Epilepsie — temporäre Schädelresektion — Exstirpation zweier Cysticerken aus dem motorischen Rindengebiet — Besserung der nervösen Erscheinungen.

In der Sitzung der schlesischen Gesellschaft stellte Dr. Tietze einen Fall von Corticaler Epilepsie — temporärer Schädelresektion — Exstirpation zweier Cysticerken aus dem motorischen Rindengebiet — Besserung der nervösen Erscheinungen vor der sowohl in diagnostischer als therapeutischer Beziehung von besonderem Interesse ist. Wir bringen die Mittheilung sowie die Diskussion, die sich an die Demonstration knüpfte, nach dem Berichte der Deutschen medizinischen Wochenschrift.

Meine Herren! Der Kranke, welchen ich mir erlaube, Ihnen vorzustellen, ist der chirurgischen Klinik des Herrn Geheimrath Mikulicz im Sommer dieses Jahres mit folgender Anamnese zugegangen: Patient giebt an, aus einer gesunden Familie zu stammen und, mit Ausnahme seines jetzigen Leidens, niemals ernstlich krank gewesen zu sein. Lues wird entschieden in Abrede gestellt. Ihm Jahre 1869 gerieht er auf einem Ballfest mit einer Anzahl von Leuten einen Streit, im Verlaufe dessen er mit Knitteln und Fäusten derart bearbeitet wurde, dass er «halbtodt» zu Boden sank und schliesslich die Flucht ergriff. Er selbst legte dem Unfalle kein grosses Gewicht bei, fühlte sich aber doch in der nächsten Zeit matt und abgeschlagen und nach einer nicht allzu langen Weile erzählte ihm seine Mutter, mit der er das Schlafzimmer theilte, er habe in der Nacht aufgeschrieen und sich im Schlafe herumgewälzt und um sich geschlagen. Er selbst wusste nichts davon, war aber sehr matt. Nach einigen Wochen fiel er plötzlich bei Tage mitten während einer leichten Beschäftigung bewusstlos zusammen, ein bald hinzugezogener Arzt konstatirte, dass er Krämpfe hatte. Der weitere Verlauf war nun folgender: Patient wurde seine Krampfanfälle nicht mehr los. Dieselben traten zuerst selten, später häufiger auf, waren bald mit Bewusstseinsverlust verknüpft, bald ohne denselben. Eigenthümlich war, dass dieselben sich fast immer mit Zuckungen im linken Arm einleiteten. Dies ging bis zum Jahre 1887. Von da ab trat eine entschiedene Verschlechterung ein, die Anfälle wurden heftiger und zahlreicher, ausserdem änderte sich ihr Typus insofern, als dieselben jetzt in der Regel mit Zuckungen im rechten Arm begannen während der linke frei blieb. Später gesellten sich zu den Zuckungen im Arm gleichzeitig Zuckungen im Gesicht hinzu und seit drei Jahren bestehen Lähmungserscheinungen in den betroffenen Gebieten. Alles dies veranlasste den Patienten Herrn Prof. Wernicke aufzusuchen, welcher ihn der Klinik überwies.

Ich kann den Status bei der Aufnahme nicht besser schildern, als wenn ich Ihnen, meine Herren, das Begleitschreiben des Herrn Prof. Wernicke selbst vorlese: «Der Patient T. leidet an den Erscheinungen kortikaler Epilepsie seit langen Jahren, erst seit drei Jahren aber haben sich dazu Lähmungen eingestellt, welche

erst vorübergehend nach den Anfällen in dem Arm etc., in welchem die Aura sitzt, auftraten, allmählich aber dauernde geworden sind. Es besteht eine motorische Parese und Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand, ausserdem eine Sprachstörung, die ich auf den motorischen Stabkranztheil beziehen möchte und eine rechtsseitige Facialisparese. Das Bein ist ganz intact. Im äusseren Quadranten des rechten Gesichtsfeldes ist ein inselförmiger Defekt, welcher dem gebrauchten Traktusfascikel angehört» etc.

Was diesen letzten Punkt anbetrifft, so hat sich später bei einer Untersuchung in der Augenklinik ein ähnlicher Defekt auch im linken Gesichtsfelde gezeigt. Ausserdem will ich hinzufügen, dass die äussere Untersuchung des Patienten nichts weiter ergeben hat. Es fand sich über dem linken Scheitelbein zwar eine kleine Narbe, dieselbe war aber absolut verschieblich, Knochen an keiner Stelle verändert, innere Organe gesund. — Auf Grund dieser Befunde schloss man auf pathologische Veränderung im motorischen Gebiete der linken Grosshirnrinde und da das Leiden sich so unmittelbar an einen Unfall angeschlossen hatte, so nahm Herr Prof. WERNICKE entweder eine Narbe an jener Stelle an, oder als Folge eines früheren Blutergusses eine Cyste.

Nun wurde von Herrn Geheimrath MIKULICZ am 30. Juli die Eröffnung der Schädelhöhle vorgenommen und zwar wurde ein über handtellergrosser Hautknochenlappen mit der Basis nach unten gebildet. Der Knochen wurde mit der Kreissäge durchtrennt. Als nun die Dura gespalten wurde, fanden sich an den vermutheten Partieen zwei Cysticerken, der eine, die Hirnrinde durchbrechend, in das subcorticale Marklager eingebettet, im mittleren Theil der vorderen Centralwindung, der andere einen flachen Eindruck verursachend, im unteren Drittel. Reizung der unmittelbaren Nachbarschaft nach vorn von dem oberen Cysticerkus ergab isolirte Zuckung des rechten Daumens. Die Wunde wurde ganz geschlossen. Der weitere Verlauf war folgender: Patient hatte zuerst Erscheinungen, die man als diffuse Reizsymptome deuten müsste: völlige Bewusstseinsstörung, absolute Sprachlähmung, lähmungsartige Schwäche des rechten Armes. Die Erscheinungen gingen allmählich zurück, Patient wurde im September entlassen. Jetzt sind die Erscheinungen folgende: Dreimal sind seit der Operation Krämpfe eingetreten, zwei Mal mit Bewustseinsverlust, der letzte Anfall vor sieben Wochen. Augenbefund unverändert. Dagegen geht es dem Patienten sonst viel besser. Nicht nur ist das Allgemeinbefinden gehoben, Kopfschmerzen und Druck auf der Stirne verschwunden, sondern es ist die Facialisparese fast verschwunden; ebenso hat die Kraft des rechten Armes erheblich zugenommen, die feineren Bewegungen der Finger haben sich wieder eingestellt, so dass man, ohne sich Selbsttäuschungen hinzugeben, von einer bedeutenden Besserung sprechen kann.

Prof. WERNICKE: Die Diagnose konnte im vorliegenden Falle auf eine Heerderkrankung im mittleren Drittel der vorderen Centralwindung und zwar wesentlich der Markfaserung dieser Gegend gestellt werden. Auf das motorische Marklager wies der rein motorische Charakter der Lähmungen hin. Zur Ortsdignose überhaupt war man berechtigt, weil dauernde Lähmungen bestanden, während die Erscheinungen der sogenannten kortikalen Epilepsie, obwohl sie hier sehr ausgesprochen waren, nach meiner Meinung für sich allein noch keine Ortsdiagnose — über die Seite der Erkrankung hinaus — gestatten. Wäre letzteres der Fall, so hätte man viel häufiger die Gelegenheit, zu operiren. Dass ausser dem diagnostizirten Ort noch ein zweiter Heerd, unabhängig davon wahrscheinlich sei, wurde schon vor der Operation aus dem homogenen hemiopischen Defekte erschlossen. Die bei der Operation gefundenen Cysticerken lassen die Frage offen, ob es gerathen sei, noch einmal über dem linken Hinterhauptslappen zu operiren. Die erreichte Besserung bezieht sich nicht nur auf die jetzt nur vereinzelt auftretenden epileptischen Anfälle und die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand, welche der Patient jetzt wieder zu allen Verrichtungen benutzen kann. Sie ist ganz besonders augenfällig hinsichtlich der psychischen Funktionen. Patient war vorher halb blödsinnig und hatte den entsprechenden Gesichtsausdruck. Jetzt ist sein Gesicht belebt und sein ganzes Wesen intelligent.

J. Evan: Plötzlicher Tod in Folge spontaner Ruptur der Arteria iliaca interna. (Lanc. Dez. 1892.)

Der vorliegende Fall ist nicht allein an sich vermöge des höchst seltenen Vorkommens einer spontanen Zerreissung dieser Arterie überhaupt und speziell unter analogen Umständen, wie sie hier vorlagen, interessant, sondern demonstrirt, wie EVAN bemerkt, die Wichtigkeit der Nekroskopie in allen plötzlichen Todesfällen und bevor die Todesursache ärztlich bescheinigt wird.

Der 50 Jahre alte Patient war früher etwa zwei Monate im Hospital gelegen, und befand sich 22 Tage in der Dorset-Versorgungsanstalt. Bei seiner Aufnahme daselbst zeigte er die Erscheinungen allgemeiner Paralyse und absoluter Demenz. Einige Tage blieb der Zustand des Kranken völlig unverändert, als sich am achten Tage epileptiforme Anfälle einstellten, die bis zum folgenden Morgen anhielten. Am 21. Tage erneuerten sich die Anfälle und dauerten bis gegen drei Uhr Morgens. Um $3^1/_4$ Uhr wurde das Athmen stertorös und eine Viertelstunde darauf verschied der Kranke.

Die Nekroskopie ergab im Gehirn die bei allgemeiner Paralyse vorhandenen pathologischen Befunde, Verdickung und Adhärenz der Hirnhäute, Degeneration der Hirnsubstanz, Sklerose der Hirnarterien. Brust- und Unterleibsorgane gesund. Beim Abheben der dünnen Gedärme fand man eine bedeutende Menge geronnenen Blutes an der Vorderfläche des Ilio-psoas. Dasselbe wurde behutsam entfernt und bei weiterer Besichtigung gewahrte man einen Riss in der Arteria iliaca interna (in welcher ist nicht angegeben. Anm. d. Ref.) nahe der Abzweigung der Iliolumbaläste. Dies und nicht, wie man auf Grund der Krankheit des Patienten anzunehmen berechtigt schien, eine Läsion des Gehirns, war die direkte Todesursache.

Lg.

Dr. Julius Taub (Budapest): **Die Anwendung der Intubation beim Keuchhusten.** (Gyógyászat 1892. — Pester Medizinisch-Chirurgische Presse Nr. 11, 1893.)

Wie aus den an sich selbst vorgenommenen, genauen laryngoskopischen Untersuchungen HERFF's hervorgeht, ist beim Keuchhusten die am meisten entzündliche und empfindliche Partie der Schleimhaut der Luftwege einerseits die regio interarythenoidea, resp. die zwischen der Rima glottidis befindliche Larynxpartie, andererseits vermochte HERFF nachzuweisen, dass der Hustenanfall stets durch die mechanische Reizung einer in der Höhe der Glottis befindlichen Schleimmasse, beziehungsweise dieser Larynxtheile ausgelöst wird. Vermöchte man demnach die Empfindlichkeit dieser Schleimhautpartien zu sistiren, zu verringern, dann würden auch die Hustenanfälle seltener werden, eventuell ganz wegbleiben. Diesen Bedingungen vermag man durch die Intubation zu entsprechen, da man nahezu bei jedem intubirten Falle beobachtet, dass selbst nach relativ kurzer Anwendung des Tubus nicht nur eine längere Zeit andauernde Heiserkeit, sondern auch eine Anästhesie sämmtlicher Larynxschleimhäute zurückbleibt. Ist es ja doch grösstentheils diesem Umstande zuzuschreiben, dass der Intubation so häufig eine Schluckpneumonie folgt.

Von so mancher Seite dürfte der Einwand erhoben werden, wie man unter solchen Verhältnissen an die Anwendung der Intubation denken könne, wo doch die gefürchteteste Komplikation des Keuchhustens die katarrhal. Pneumonie ist. Hierauf sei erwidert, dass nicht jeder Pertussisfall zu intubiren sei und dass sich die Hustenanfälle mittelst Intubation nicht unter allen Umständen sistiren lassen, sondern die Intubation ist nur in jenen Fällen indicirt, wo die Anfälle so häufig, intensiv und mit Asphyxie einhergehend sind, dass das Leben des Kindes bei einem jeden Paroxysmus gefährdet ist, demnach die Intubation nur dort anzuwenden wäre, wo eine Indicatio vitalis vorliegt. Denn was nützt die Furcht vor der Pneum. katarrh., wo das Leben des Kindes bei jedem einzelnen Paroxysmus gefährdet ist. Gelingt es nur in einem solchen Falle die Intensität der Anfälle zu verringern, dann hat man bereits zur Rettung des Kindes viel gethan.

Aus dem Angeführten folgt von selbst, dass man meistentheils bei im ersten Kindesalter befindlichen Kranken zur Intubation

greifen wird. Im Uebrigen ist die Intubation nicht wie bei der Laryngitis crouposa, wo man den Tubus 48 Stunden liegen zu lassen pflegt, sondern viel kürzere Zeit anzuwenden; stets lag der Tubus blos 4—6 Stunden lang, hernach verblieben die Kinder möglichst lange ohne Tubus. Bis nun wandte TAUB dieses Verfahren blos in zwei Fällen an, doch war der Erfolg ein so befriedigender, dass er nicht umhin kann, die Fälle zu publiciren.

Die beiden Fälle waren folgende:

1. Am 25. September 1892 ward TAUB zu einem sechsmonatlichen Knaben geholt, der seit nahezu drei Wochen von einem sehr häufig einsetzenden Husten geplagt wird. Die Hustenanfälle stellten sich angeblich viertelstündlich ein. Zwei Geschwister husten ebenfalls bereits seit fünf Wochen; hier ist jedoch der Husten weniger intensiv. Bei der Untersuchung fand TAUB Craniotabes, hochgradige Schwellung der oberen Lider, in beiden Lungen geringen Katarrh. Das Kind wird von einer Amme gestillt; in letzterer Zeit jedoch saugt das Kind wenig und erbricht häufig nach dem Husten. Während der Untersuchung hustete das Kind und war der Husten ausgeprägt krampfhaft und währte sehr lange; charakteristisch war der von enorm elongirtem Exspirium begleitete saccadirte Husten, dessen Ende kaum abzuwarten ist. Nebstdem schwillt das Gesicht des Kindes an, wird livid-roth und erscheint zwischen den cyanotischen Lippen etwas feiner, schäumender Schleim. Ein schwer Laryngospasmus beendet den qualvollen Husten. Das Kind war nach dem Anfalle ganz erschöpft und gleichsam in einem posteklamptischen Zustande.

Dass man in einem solchen Falle mit den üblichen Behandlungsmethoden nicht zum Ziele gelangt und sich das Kind vollkommen auftreibt, war offenbar. So griff denn TAUB zum Tubus und führte er ihn zum ersten Male am 25. Nm. 5 Uhr ein, innerlich Bromkali reichend. Die Intubation löste wie gewöhnlich einen heftigen Hustenanfall aus, doch alsbald beruhigte sich das Kind. Der Tubus ward bis 8 Uhr Abends darin belassen. Während dieser Zeit hatte das Kind keinen einzigen Krampfhustenanfall; wohl hustete es zuweilen ein- zweimal, doch milde. Gelegentlich der Extubation ein kurzer Hustenanfall. Die Nacht verlief ruhig, vier Stunden lang kaum ein Hustenanfall.

Am 26. Vorm. löste TAUB beim Kinde einen Hustenanfall aus, der sich jedoch kaum von den früheren unterschied. Trotzdem griff er abermals um viertel 10 Uhr zum Tubus, mit der Absicht, ihn länger liegen zu lassen. Diesmal lag der Tubus viereinhalb Stunden lang. So lange die Intubation dauerte, hustete das Kind kaum; bei der Extubation einige leichte Hustenstösse. Bis 7 Uhr Abends kein Husten. Auf Reizung der Epiglottis vermochte TAUB wohl einen Anfall auszulösen, doch gemahnte er mehr an Pertussis.

In den nächsten vierzehn Stunden hustete das Kind zehnmal; die Intensität der Anfälle steigerte sich allmählig, so dass der Husten am 27. Morgens wohl ausgeprägt keuchhustenartig war, doch war der Anfall nicht sehr intensiv, so dass TAUB nicht intubirte. Um halb 12 Uhr Nachts jedoch musste er wieder den Tubus einführen und trug TAUB den Eltern auf, denselben nach fünf Stunden zu entfernen. Die Nacht verbrachte das Kind schlafend. Zu erwähnen ist, dass Patient während der Intubation keine Nahrung bekam.

Am 28. Morgens war das Kind frisch, saugt gut. Noch zweimal, am 30. Mittags und am 3. Oktober Abends 8 Uhr musste man den Tubus anlegen und verblieb er beide Mal fünf Stunden lang im Kehlkopfe. Der Husten verlor allmählig den neurotischen Charakter und vier Wochen nach der ersten Intubation genas das Kind vollkommen.

Gleichzeitig behandelte TAUB einen zweiten Fall, der sich auf ein achtmonatliches Kind bezog. Seit zwei Wochen angeblich schwerer Keuchhusten. Als TAUB das Kind am 6. Oktober zum ersten Male sah, bot die Lunge mässigen Katarrh und in der Axillarlinie Bronchophonie dar. Nebstdem bestand akuter Intestinalkatarrh, der sich im Anschlusse an die Ablactation ausbildete. Apyrexie. Ein Hustenanfall dauert drei bis vier Minuten und endet gewöhnlich mit Erbrechen. Auch hier wandte TAUB die Intubation an, wiewohl die umschriebene Infiltration nicht verheissungsvoll winkte, andererseits jedoch war der Gesammteindruck ein günstigerer, wie im vorigen Falle.

1. Intubation am selben Tag, Nachmittags 2 Uhr. Das Kind schlief ein und stellte sich in den nächsten drei Stunden kein Anfall ein. Auch nach der Extubation war das Kind ziemlich ruhig, blos des Nachts ward der Husten abermals krampfhaft.

2. Intubation am 7. Nachmittags halb 6 Uhr. Dauer derselben viereinhalb Stunden. Ruhige Nacht. Am nächsten Tag war der Husten nicht ausgeprägt pertussisartig. Tagsüber neun Anfälle. Temp. 38 Grad. Am 9. Morgens 6 Uhr musste abermals intubirt werden. Diesmal sollte der Tubus fünf Stunden lang liegen, doch nach viereinhalb Stunden hustete das Kind denselben heraus. Das Kind bekam nämlich um diese Zeit Milch, ward von einem heftigen Hustenanfalle erfasst; der Husten ist demnach auf Deglutitionsbeschwerden zurückzuführen. Am 11., Abends 8 Uhr, abermalige Intubation. Die Abendtemperaturen schwankten zwischen 38—38·5 Grad; die Lungeninfiltration persistirt. Bei dieser Gelegenheit ward der Tubus um 1 Uhr Nachts entfernt und musste man am 14. wieder zur Intubation greifen. Dauer der Intubation fünf Stunden. Noch am 17. und 21. intubirte man, wobei der Tubus vier Stunden liegen gelassen wurde. Nach weiteren zwei Wochen Heilung.

Der Verlauf der Fälle rechtfertigte vollauf die an die Intubation geknüpften Erwartungen. Dass die katarrhalische Pneumonie die Intubation nicht kontraindicirt, ja dass die Intubation auf den Verlauf der katarrhal. Pneum. nicht schädlich einwirkt, bezeugt obige Beobachtung, wo noch eine Diarrhoea ablactationis den Verlauf der Krankheit complicirte. Bei Kindern über zwei Jahre dürfte die Intubation weniger zur Anwendung kommen, da in diesem Alter die Widerstandsfähigkeit bereits eine grössere ist, andererseits auch die Anfälle minder intensiv sind.

Allenfalls wären hier klinische Beobachtungen am Platze, um die Indikation und Anwendungsweise der Intubation genau zu präcisiren, selbst wenn die erzielten Resultate zu Beginn minder günstig verlaufen würden, hat man doch auch auf Grund von Misserfolgen die Intubation bei der Laryngitis crouposa verworfen und doch hat sich diese Methode bei der Behandlung dieser Krankheit bewährt, wie dies die Croup-Statistik des Stefanie-Kinderspitales glänzend bezeugt.

Dr. Adalbert Czerny: Beobachtungen über den Schlaf im Kindesalter unter physiologischen Verhältnissen. — (Jahrb. f. Kinderheilkunde Bd. 33, 1 und 2. — Deutsche Medizinal-Zeitung. Nr. 21, 1893).

CZERNY hat auf der Klinik von Prof. EPSTEIN in Prag Untersuchungen über den Schlaf junger Kinder angestellt. Er bediente sich zur Prüfung der Tiefe des Schlafes bei Kindern des Induktionsstromes, indem er zunächst die Reizschwelle der Sensibilität für einen Oeffnungsinduktionsstrom bei Kindern bis zum 6. Lebensjahre im wachen Zustande bestimmte, um alsdann über die zum Unterbrechen des Schlafes erforderlichen Stromstärken ein Urtheil zu gewinnen. Es ergab sich nun, dass die Sensibilität für Induktionsströme am geringsten beim Neugeborenen ist und sich während des ersten Lebensjahres zu einer Intensität steigert, die bis zum 8. Lebensjahre nur eine geringe Abnahme aufweist (400—50 Milliampére). Die Prüfung der Tiefe des Schlafes bei Kindern, die die ganze Nacht durch schliefen (im Alter von neun Monaten bis zu sechs Jahren) ergab, dass die Schlaftiefe innerhalb der ersten Stunde ihr Maximum erreicht, dann innerhalb der zweiten sehr rasch, sodann langsamer sinkt, um in der fünften oder sechsten Stunde auf einem Minimum verweilend, noch ein zweites Mal in den Morgenstunden, jedoch langsam zu steigen. Bei der zweiten Gruppe von Kindern, Säuglingen, die längstens drei Stunden hintereinander schliefen, zeigt die Kurve der Schlaffestigkeit nur einen einzigen Anstieg, von dem die Schlaftiefe nur sehr langsam bis zum Erwachen absinkt. — Bei zwei Säuglingen, die nur einmal in der Nacht, um Nahrung zu nehmen, kurze Zeit erwachten und alsbald wieder einschliefen, zeigte sich, dass die Schlaftiefe aus zwei eingipfligen Kurven besteht, von denen die zweite viel geringere Höhe erreicht als die erste, so dass hier ein Uebergang zu der Kurve der Schlaftiefe bei die Nacht durchschlafenden Kindern gefunden ist.

Der Nachmittagsschlaf beeinflusst die Kurve der nächtlichen Schlaftiefe in der Weise, dass der erste Anstieg langsamer erfolgt und nur eine kleinere Höhe erreicht; die Schlafdauer erscheint nicht wesentlich beeinflusst. — Ferner machte CZERNY Beobachtungen über die die Abhängigkeit der Schlaftife von der Wärmeabgabe, auf welche schon Johannes MÜLLER und PURKINJE hingewiesen hatten. Durch mangelhafte Bedeckung der Säuglinge litt die Schlaffestigkeit ganz bedeutend, während Kinder mit besser entwickeltem Wärmeregulirungscentrum auch bei unbehinderter Wärmeabgabe in ihrer Schlaftiefe in ihrer Schlaftiefe nicht beeinflusst wurden. Durch auf die Stirn gebrachte, in einer Gummihülse befindliche poröse Tonplatten, die vor und nach den Versuchen gewogen wurden, bestimmte CZERNY die Wasserabgabe durch die Haut während des Schlafes und kam zu dem Schlusse, dass die Zu- und Abnahme der Wasserabgabe der Haut vollkommen parallel geht mit den Schwankungen der Schlaftiefe. In dem Verhalten der Wasserabgabe durch die Haut einerseits sehen wir einen Anhaltspunkt für die Erklärung des raschen Abfalls der physiologischen Schlaftiefe; andererseits lernen wir auch das Mittel kennen, das der Organismus besitzt, um die physiologische Schlaftiefe nicht über jenes Mass ansteigen zu lassen, wo der Schwellenwerth für peripheren Reize unendlich wird, d. h. wo der Schlaf in den Zustand der Narkose übergeht. Die Temperaturbeobachtung während des Schlafes ergab, dass die Körperwärme mit zunehmender Schlaftiefe etwas ansteigt, gleichzeitig mit derselben etwas absinkt, jedoch bereits vor dem zweiten Anstieg der Schlaftiefe wieder die initiale Höhe erreicht. — Den Einfluss des Schlafes auf Athmung und Puls hat CZERNY mittels des KNOLL'schen Polygraphen studirt. Nach dem Einschlafen wird die Athmung langsamer, flacher, die Exspiration gedehnter, bis sich allmählich eine Athempause herausbildet. CHEYNE-STOKES'sches Athmen hat CZERNY nicht bei Kindern im Schlaf gefunden. Die Aenderung des Athmungstypus spiegelt sich wieder im Pulse. Es kommen Schwankungen in der Frequenz und Grösse der Pulsschläge vor.

O. Haab: Die Verwendung sehr starker Magnete zur Entfernung vor Eisensplittern aus dem Auge. (Verhdl. d. oph. Gesellsch. i. Heidelberg 1892. — Oest. ungar. Centralbl. f. d. medizin. Wissenschaften Nr. 7, 1893.)

HAAB berichtet über vier bemerkenswerthe Fälle von Entfernung von Eisensplittern aus dem Auge mittelst Magnet. Besonders interessant ist der eine Fall: Einem 22 jähr. Manne war beim Hacken auf dem Felde ein Splitter in den Glaskörper gedrungen. Der Arzt, der den Patienten zuerst unmittelbar nach der Verletzung sah, hatte noch mit dem Augenspiegel die Anwesenheit des Splitters im Glaskörper konstatiren können. HAAB konnte wegen der inzwischen vorgerückten Linsentrübung nur noch feststellen, dass bei starken Bewegungen des Auges in der Tiefe des corp. vitreum ein heller Schimmer sich hin- und herbewegte. Am 8. Juli — zwei Tage nach dem Unfall — brachte HAAB das Auge des Patienten in unmittelbare Nähe des 6 Centimeter dicken Eisenkerns eines sehr starken Elektromagneten (im physikalischen Laboratorium des Polytechnicums). Nachdem das Auge einige Male in nächster Nähe des Eisenkerns vorbeibewegt worden war, erschien zum grössten Erstaunen des Beobachters der Splitter in der vordern Linsenkapselwunde. Die gänzliche Entfernung des Splitters gelang dann in relativ leichter Weise und ohne Irisausschneidung. Der Splitter war also im Eintrittswundkanal durch Glaskörper und Linse wieder zurückmarschirt. Diese Beobachtung ist durchaus neu. In einem andern Fall zog HAAB mittelst der gleichen Methode einen Splitter, der 3 Wochen in der hintersten Partie der Linse gesteckt und theilweise in den Glaskörper hineingeragt hatte, in die vordere Kammer hervor, von wo er leicht nach aussen befördert werden konnte. Bei einem dritten Fall gelang die Methode auch an einem Auge, wo der in den Glaskörper eingedrungene Splitter bereits Infektion und Eiterung erzeugt hatte. Die Enucleation musste aber in diesem Falle wegen zunehmender infektiöser Entzündung nachträglich doch gemacht werden. Bei einem vierten Patienten, wo der Splitter seit $1\frac{1}{2}$ Monaten ganz unten in der Peripherie der Retina festsass, liess die Methode im Stich. Die Entfernung des Corp. alien. musste mittelst des bekannten Skleralschnittes vorgenommen werden. Der Erfolg war ein guter. Die oben erwähnte Methode hat also umsomehr Aussicht auf Erfolg, je frischer der Fall ist.

Tagesnachrichten und Notizen.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Geh. Medizinalrath Professor Georg Lewin feierte am 26. März sein 25 jähriges Jubiläum als Professor an der Berliner medizinischen Fakultät. — Carl Ewald Hasse, vormals Professor der Pathologie in Leipzig, Heidelberg, Göttingen, beging am 19. März in Hannover sein 60 jähriges Doktorjubiläum. — Dr. Meunier ist zum Prof. der internen Pathologie an der medizinischen Schule in Tours ernannt worden. — Dr. Werner ist zum Lector der Augenheilkunde an der katholischen Universität in Dublin ernannt worden. — Prof. Macé ist zum Professor der Hygiene an der medizinischen Fakultät in Nancy ernannt worden. — Dr. Pasquale hat sich bei der medizinischen Fakultät in Neapel als Privatdozent für Hygiene habilitirt. — Dr. Bureau ist an der medizinischen Schule in Nantes zum Direktor ernannt worden

(Auszeichnung.) Dem Chefarzte des Militär-Curhauses in Abbazia und ausserordentlichen Professor Dr. Julius Glax wurde der Titel eines Regierungsrathes verliehen.

(Dr. Adolf Fischhof†). Dr. Fischhof, der am 26. d. M. mit ausserordentlichen Ehren zu Grabe getragen wurde, hat, wenn auch nicht in der medizinischen Wissenschaft, doch immerhin als Arzt eine hervorragende Rolle gespielt und er verdient wohl, dass er nicht nur als Freiheitsheld, sondern auch als edler und vortrefflicher Mensch in der Erinnerung seiner Kollegen fortlebe. Dr. Fischhof, der in der freiheitlichen Bewegung des Jahres 1848 einer der geistigen Führer war, ist am 23. März d. J. in Emmersdorf bei Klagenfurt, wo er seit 20 Jahren zurückgezogen gelebt hat, nach kurzer Krankheit verschieden. In Pest 1816 geboren, studirte Fischhof in seiner Geburtsstadt Medizin, ging sodann nach Wien und wurde hier Sekundararzt des allgemeinen Krankenhauses. Als Sekundararzt hielt Fischhof am 13. März 1848 im Hofe des Landhauses in der Herrengasse eine begeisterte Rede, mit welcher er zur That aufforderte, nachdem er die Ziele der Bewegung scharf gekennzeichnet hatte. Mit einem Male ein gefeierter Volksmann, wurde Fischhof bald Präsident des Sicherheitsausschusses, Mitglied des Reichsrathes, sodann Ministerialrath; 1849 verhaftet, musste er neun Monate lang in Untersuchungshaft schmachten, bis man ihn wegen Mangels an Beweisen freisprach. Er nahm nun die ärztliche Praxis in Wien auf, war ein überaus beliebter Arzt und erwarb sich Reichthümer, welche er aber nicht zu bewahren verstand, so dass er wieder arm war, als er sich 1873 krankheitshalber zurückziehen musste. Er lebte schliesslich in Emmersdorf von einer Pension, welche ihm die «Concordia» ausgesetzt hatte, betrieb auch hier die Praxis, jedoch blos unentgeltlich als Armenarzt und Wohlthäter. Dr. Fischhof war ein vornehmer Mann, das Ideal eines Arztes. Sein Andenken bleibt geehrt bei Allen.

Budapest. Der ungarische balneologische Landesverein hat, unter noch spärlicherer Theilnahme als im Vorjahre (von den 261 verzeichneten Mitgliedern sind kaum 70 erschienen und unter diesen auch zumeist Budapester praktische Aerzte) am 20. d. M. seine diesjährige Generalversammlung abgehalten. Präsident Prof. Tauffer eröffnete dieselbe mit der Verlesung einer obligaten Rede, in welcher er die bisher erzielten Resultate des Vereines in gewohnter Weise — höchst lobend hervorhob. — Darauf folgte der ähnlich gefärbte Jahresbericht des Generalsekretärs Dr. Löw, aus welchem der Kassastand des Vereines thatsächlich sehr günstig hervorleuchtete, indem demselben zu entnehmen ist, dass die Einnahmen von 1892 die Ausgaben mit 471 fl. 48 kr. überstiegen. Zur Vorbereitung eines (im Vorjahre von Dr. Mangold beantragten) Badegesetzes, sind bereits Einleitungen getroffen und wurde unter Anderen Sanitätsinspektor Dr. Téry mit der Sammlung der auf die Bäder und Mineralwässer bezughabenden Gesetze betraut. Die Neuwahlen resultirten: Vereinspräsident und Generalsekretär wie

bisher Tauffer und Löw; Präsident der medizinischen Sektion Prof. Bókai, der wissenschaftlichen Sektion wieder Prof. Schwimmer; Schriftführer Dr. Pap und Reichstag-Abgeordneter Smialovszky. In den zehngliederigen Ausschuss wurden drei Bade- und sieben praktische Aerzte gewählt; lucus a non lucendo! Nach der Generalversamlung folgte allsogleich der III. balneologische Kongress, der am 22. und 23. März fortgesetzt und am 23. Abends geschlossen wird. Weiteres über die Vorgänge und Verhandlungen des Kongresses nächstens.

(Die Abkürzung «Dr.») Wegen unbefugter Führung des Doktortitels war der Geheime Hofrath, Hofzahnarzt Dr. v. G. vom Schöffengericht in Berlin zu einer Geldstrafe von 20 Mk. verurtheilt worden. Da der Verurtheilte gegen das Erkenntniss Einspruch erhoben hatte, gelangte die Sache auch vor dem Landgerichte zur Erörterung. Auf dem Schilde, welches der Angeschuldigte an seiner Wohnung angebracht hat, befindet sich die Bezeichnung: «Geh. Hofrath Dr. v. G., Hof-Zahnarzt». Da der Genannte den Doktortitel bei der Universität Florida erworben hat, so verlangt die Anklagebehörde, dass er sich auf dem Schilde als «Dr. phil.» bezeichne, da durch die einfache Bezeichnung «Dr.» in dem Publikum der Glaube erweckt werde, der Angeschuldigte sei eine geprüfte Medizinalperson. Sein Vertheidiger bestritt im gestrigen Termine, dass ein solcher Irrthum im Publikum hervorgerufen werden könne, denn durch den Zusatz «Hof-Zahnarzt» werde der Charakter des Angeschuldigten genau gekennzeichnet. Auch sei die Erwerbung des Doktordiploms bei der Universität Florida höher zu schätzen, als ein bei der Universität Philadelphia erworbener Doktortitel. Der Gerichtshof entschied sich für die Auffassung des Staatsanwalts und verwarf die Berufung. Dadurch, dass der Angeklagte sich nicht als Dr. phil. bezeichnete, müsse angenommen werden, dass er als Dr. med. angesehen werden wolle. Es erregte Heiterkeit beim Gerichtshofe, dass das von der Universität Florida ausgestellte Doktordiplom einen argen Fehler enthielt, indem «patronibus» anstatt «patronis» geschrieben war. Nach einer neuerlichen Entscheidung des Strafsenats des Kammergerichts in Berlin versteht man in Deutschland die bekannte Abkürzung des Doktor Dr. dahin, dass damit die in Deutschland erworbene Doktorwürde einer der vier Fakultäten ausgedrückt wird. Wer daher an einer ausländischen Universität, selbst bei einer solchen, die anerkanntermassen mit Recht diese Würde zu verleihen hat, den Doktortitel erlangte, darf selbst, wenn er eine inländische Approbation besitzt, nicht ohne weiteres die erwähnte Abkürzung gebrauchen, sondern muss die im Auslande ertheilte Würde nach dem Wortlaute anführen, da andernfalls der Glaube erweckt werden kann, dass der Betreffende die Absicht habe, das Publikum in Bezug auf die Art seines Doktortitels in Täuschung zu versetzen, woraus sich ein Verstoss gegen § 145 der Gewerbeordnung und § 360,8 des Strafgesetzbuches ergeben würde. Ob solche Absicht vorgelegen hat, hat der Richter zu prüfen; in den hier vorliegenden Fällen hat die Strafkammer auch zu ermitteln, wie die aus den erwähnten Paragraphen Angeklagte dazu gekommen sind, sich den Doktortitel im Auslande zu beschaffen.

(Zur Besteuerungsfrage der Aerzte.) Wie der «Reichsanzeiger» berichtet, hat das Oberverwaltungs-Gericht für das deutsche Reich durch Entscheidung vom 16 Jänner d. J. ab angenommen, dass zu den gemäss § 9, I, Nr. 6 des Einkommensteuer-Gesetzes abzugsfähigen Beiträgen auch die von dem Steuerpflichtigen für die Versicherung gegen Unfall bei einer Aktien-Gesellschaft zu entrichtenden Prämien zu rechnen sind. Mit Rücksicht hierauf ist der Abzug derartiger Prämien in Zukunft unbeanständet zuzulassen. Die entgegenstehende Verfügung des Finanzministers vom 18. Dezember 1891 tritt ausser Kraft.

(Verletzungs-Anzeigen). Seitens der Krankenhäuser sind Verletzungs-Anzeigen an die kompetenten Behörden nur dann zu erstatten, wo der Verdacht einer strafbaren Handlung vorliegt. Die Verwaltungen der allgemeinen öffentlichen Krankenhäuser wurden seinerzeit angewiesen, dass sie in allen jenen Fällen, wo verletzte Kranke in die Anstalt aufgenommen werden, sofort eine diesbezügliche Verletzungs-Anzeige der kompetenten Behörde zukommen lassen und auch seinerzeit der Verpflegskosten-Rechnung die erhaltene Mittheilung über das Resultat der eingeleiteten, wegen Mangels an Beweisen oder aus sonst einem anderen Grunde eingestellten gerichtlichen Untersuchung beilegen. Ueber Anregung einer Krankenhaus-Verwaltung wurde nunmehr erklärt, dass unter «allen jenen Fällen» bloss solche Fälle zu verstehen sind, wo der Verdacht einer strafbaren Handlung thatsächlich vorliegt, oder wo alle Umstände vorhanden sind, welche auf eine strafbare Handlung mit Wahrscheinlichkeit schliessen lassen. Um hierüber jeden Zweifel auszuschliessen und dem Landesausschusse des Königreiches Böhmen für die Kontrole eine gleichmässige und bestimmte Basis zu bieten, haben die Verwaltungen der allgemeinen Krankenhäuser die Verletzungsanzeige in den oben gedachten Fällen unbedingt an das zuständige Gericht zu erstatten, das Resultat der gepflogenen gerichtlichen Untersuchung abzuwarten und sodann den bezüglichen Akten beizuschliessen, wogegen in allen anderen Fällen, in denen nach dem gewissenhaften Ausspruche des Arztes das Verschulden eines Dritten oder der Verdacht eines solchen Verschuldens nicht zu Tage liegt, dieser Umstand in den Krankenkosten-Liquidationen stets hervorzuheben ist

(Gegen die Anpreisung von Arzneifabrikaten). Das k. k. Ministerium des Innern hat an sämmtliche politische Landesbehörden einen Erlass gerichtet, welcher die Ueberwachung der in Druckschriften verbreiteten Anpreisungen von Arzneifabrikaten u. s. w. zum Gegenstande hat und sich auf den gleichen Gegenstand behandelnden Erlass des Justizministerium an die Oberstaatsanwaltschaften vom 27. März v. J. bezieht.

Aerztliche Stellen.

Direktorstelle im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten (Niederösterreich) in der VI. Rangklasse, mit den Bezügen jährlicher 2400 fl. nebst 350 fl. Aktivitätszulage sowie zwei Quinquennien im Betrage von je 300 fl. und mit dem Genusse einer Natural-Wohnung. Bewerber haben ihre mit den Personal-Dokumenten, dem Doktordiplome und den Zeugnissen über ihre bisherige Verwendung belegten Gesuche bis 20. April 1893 beim k. k. n.-ö. Statthaltereipräsidium, und zwar solche Bewerber, welche bereits in einem öffentlichen Dienste stehen, im Wege ihrer vorgesetzten Dienstbehörde, andere Bewerber unmittelbar daselbst einzubringen.

Distriktarztesstelle für den Sanitätsrayon Ober-Berkowitz mit dem Sitze in Cernouschek (Böhmen) mit 12 Gemeinden, 5074 Einwohnern und 67 Qu.-Kilom. Gehalt 400 fl. und für je 10 Qu.-Kilom. 20 fl. Reisepauschale. Die im Sinne des § 5 des Gemeinde-Sanitätsgesetzes vom 23. Februar 1888 instruirten Gesuche sind bis 5. April l. J. bei dem Bezirksausschusse in Raudnitz a./E. einzureichen.

Werkarzt in Thörl (Steiermark) mit 1000 fl. (Eintausend Gulden) Fixum. Die Betriebs-Krankenkassen der Johann von Penng'schen und Ignaz Fürst'schen Eisenwerke in Thörl schreiben hiemit eine Arztesstelle mit dem Wohnsitze in Thörl aus, nachdem der bisherige Arzt seinen Posten verlässt, um sich einem Spezialfache zu widmen, und daher seinen Wohnsitz in eine Stadt verlegt. Die Bewerber hiefür müssen Doktoren der Medizin sein, eine nach gesetzlichen Vorschriften komplet eingerichtete Apotheke führen, sowie mit allen erforderlichen chirurgischen Instrumenten versehen sein. Hiefür sichern die beiden Betriebs-Krankenkassen dem Arzte je 500 fl., somit 1000 fl. ö. W. als jährliches Pauschale für Visiten bei den in den Betriebs-Krankenkassen versicherten Personen zu, wobei betont wird, dass die Frauen und Kinder der Arbeiter nicht assekurirt sind. Medikamente werden besonders verrechnet. Dem Werksarzte steht nicht nur die Werkspraxis zu, sondern hat derselbe eine ganz gut lohnende Praxis in der Umgebung Thörl ist nämlich der Mittelpunkt der Gemeinden St. Ilgen, Etmissl, eines Theiles der Fölz, Palbersdorf, Hinterberg, sowie der ausgedehnten Ortschaft Einöd. In St. Ilgen liegt das im Aufschwunge begriffene Hotel «Bodenbauer» in Buchberg. Ferner ist jetzt die Bahnstrecke Kapfenberg—Seebach im Baue begriffen, an welcher Strecke Thörl gerade im Mittelpunkte gelegen ist Der Wohnsitz des Arztes ist also an der Bahn gelegen, wodurch auch die umliegenden entfernteren Orte der Privatpraxis nähergerückt sind. Im Kollisionsfalle der Werkspraxis und der übrigen prävalirt erstere. Gesuche wollen bis 15. April 1893 an Dr. Friedrich Fürst in Thörl eingesendet werden. Derselbe ertheilt bereitwilligst alle Auskünfte.

Kundmachung.

Bei der mährischen Landes-Krankenanstalt in Brünn gelangt eine **Primararztesstelle** der Abtheilung für interne Krankheiten zur Besetzung.

Mit dieser Stelle ist der Bezug eines Gehaltes von jährlichen 1200 fl. mit dem Anspruche auf drei zur Pension anrechenbare Quinquennalzulagen à 200 fl. nebst der Naturalwohnung mit normalmässiger Beheizung in der Anstalt und der halben Aktivitätszulage jährlicher 180 fl. verbunden.

Bewerber um diesen Posten haben ihre mit dem Nachweise der Erlangung des medizinischen Doktorgrades, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der Kenntniss beider Landessprachen, sowie mit den Nachweisen über ihr Alter, ihren Stand und Charakter, über ihre bisherige Verwendung, ihre besonderen Fachkenntnisse und sonstigen Befähigungen und Verdienste belegten Gesuche bis zum 15. April 1893 bei dem mährischen Landesausschusse in Brünn einzubringen.

Brünn, am 10. März 1893. Der mährische Landesausschuss.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit 1. April 1893 begann ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen **alle Postämter** und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom 1. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende März erloschen ist, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"

Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

VII. Jahrgang. **Wien, 9. April 1893** **Nr. 15.**

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen“** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern

Ueber spezifische Bacillen des Chalazion.

Von **Dr. J. Deyl,**

Dozent der Augenheilkunde an der k. k. böhm. Universität in Prag.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Ich wandte mich nun der Bakteriologie zu, durch welche mehrere Forscher den Ursprung des Chalazions zu ergründen bestrebt waren. Die Untersuchungen wurden im pathologischen Institut des Herrn Prof. HLAVA ausgeführt. PANCET, BOUCHERON fanden unter dem Mikroskope, Mikroorganismen «in Form eines Doppelpunktes», mit welchem BOUCHERON bei Kaninchen Chalazion hervorbrachte. VASSAUX konnte sie jedoch in 6 Fällen nicht finden. BURCHHARDT erwähnt feinste bewegliche Körnchen um die Kerne der Zellen, die Bewegungen waren denen an den Zellen des Mundspeichels sehr ähnlich. Färbungen gelangen nicht. Einmal fand er «feine Pilzfäden», einmal Acarus folliculorum. ADDAREI behauptet in 4 Fällen, es wären nicht die Mikroorganismen die Ursache, in einem anderen Falle, in welchem ein kleiner «Eiterheerd» gefunden wurde, war es möglich bei der Kultur auch mit der GRAMM'schen Methode in den Schnitten Staphylococcus (albus) zu finden. KRAUSE fand in 9 Fällen Staphylococcus aureus und albus, mikrococcus liquefaciens.

MICHEL bezeichnet in seinem Lehrbuche Mikroorgnismen als Ursache, DEUTSCHMANN fand «Mikrokokkenhäufchen» in Präparaten des Chalazion. In diesen verschiedenen Berichten war es mir allerdings schwer mich zu orientiren. Wie ich bereits früher erwähnt habe, ist es mir niemals gelungen, in den Schnitten Kokken zu finden; nicht einmal als ich ganze Reihen von Chalazion untersucht hatte, deren Inhalt ich so weit als es möglich war, auf Deckgläschen ausgedrückt habe, konnte ich pyogene Kokken sehen, wie ich selbe sonst bei Eiterungsprozessen zu finden gewohnt war. Nichts destoweniger begann ich zuvörderst meine Versuche mit Staphylokokken. Zunächst untersuchte ich 10 Hordeola mikroskopisch und bakteriologisch. In allen fand ich massenhafte und reine Staphylokokken. Bei zwei poliklinischen Patienten, die mit Gruppen von Hordeolen nahe an den Ausführungsgängen der MEIBOM'schen Drüsen behaftet waren, strich ich den Eiter längs der Ausführungsgänge der MEIBOM'schen Drüsen, legte feste Verbände an, in der Meinung, eine Infektion der MEIBOM'schen Drüsen zu befördern. In zwei Tagen waren allerdings wieder neue Gerstenkörner da, die nach einigen Tagen verheilten, aber keine Chalazion oder etwas dem Aehnliches an den MEIBOM'schen Drüsen zu bemerken.

Bei 10 verschiedenen Patienten habe ich mit Platinöse in die Oeffnungen der MEIBOM'schen Drüsen reine Staphylokokken einzureiben versucht und sie gleichfalls mit Verbänden geschützt; wieder konnte ich in 8 Fällen nur Hordeolen hervorrufen. Bei Kaninchen habe ich feine Drähte, die in Staphylokokkenkultur eingetaucht waren, eingeführt oder kleine Tröpfchen eingespritzt; entweder entstand keine bedeutende Reaktion oder nur eine reichlichere Sekretion aus den Ausführungsgängen, welche ausgebuchtet und ringsherum geröthet waren. Im Sekrete fand ich immer nach einigen Tagen Kokken in solcher Menge, dass, falls Chalazion beim Menschen von ihnen bedingt wäre, sie unmöglich hätten übersehen werden können. Spritzte ich einen grösseren Tropfen (aus Asbestspritze mit Paraffinumguss) ein, so entstand ein Abscess. In keinem dieser Fälle trat selbst später nicht, ein dem Chalazion ähnlicher Prozess ein, sondern meistens weisse narbige Streifen an der Stelle und in der Richtung der Ausführungsgänge der MEIBOM'schen Drüsen unter der Conjunktiva.

Diese negativen Resultate erlangen freilich dann erst den wahren Werth, wenn sie bestätigt werden durch die positiven Erfolge, zu welchem ich erst mit Hilfe detaillirter klinischer Beobachtung über die Entwicklung des Chalazion gelangt bin. Ich habe mich mit Bestimmtheit davon überzeugt, dass das Granulationsgewebe, welches wir Chalazion nennen, nur eine langsamere Entwicklung der Krankheit darstellt, welche auch den Namen hordeolum internum oder hordeoleum Meibomianum führt. Es

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 14, 1893.

ist bekannt, dass diese Affektion sehr oft unter Erscheinungen von Druck, Thränen, Röthung der Haut der Lider, Injektion der Conjunktivalgefässe unter dem Bilde eines subconjunktivalen Abscesses. auftritt (Lehrbucher von ARLT, ABADIE etc.).

Ich habe erwähnte akute, unter dem Namen Hordeolum Meibomianum bekannte, mit Eiterbildung verbundene Prozesse absichtlich wochenlang beobachtet und geschont bis sich Granulationstumoren im Augenlid entwickelten, welche wir unter dem Namen Chalazion kennen. In 15 Fällen von derartigen «Chalazion incipiens» gelang es mir, Bakterien nachzuweisen, die den LÖFFLER-HOFMANN'schen Pseudodiphtheriebacillen ähnlich sind. Am besten verfährt man, wenn man den conjunktivalen Eiterherd unter nöthigen bakteriologischen Cautelen ansticht und die zähe, gelblich-weisse Masse direkt auf menschliches Blutserum oder Glycerinagar überträgt. Nach 2—3 Tagen entsteht bei T. 32—37° ein feiner hauch- oder thauähnlicher Ueberzug (Verlust des Glanzes des Nährbodens); erst später gegen den 10. Tag, selten früher, erscheinen namentlich auf Agar isolirte charakteristische Kolonien, höchstens $1-1^1/_2$ *mm* im Durchmesser, den sie auch nach Wochen wenig überschreiten. Die Kolonie ist weisslich, durchscheinend, nicht feucht, eher fest, etwa wie Wachskerzentropfen, im Centrum ein hervorragender Knopf, um denselben herum ein oder zwei Ringe, die Umrandung wellig oder leicht gezähnt. Auf Gelatine wachsen die Bakterien noch bedeutend langsamer, im Stich erscheinen nach 14 Tagen isolirte, um den Stichkanal sitzende punktförmige Kolonien, welche oben (auf der Oberfläche beim Stich später ähnlich gestachelte, oben beschriebene Kolonien bilden. In Bouillon, das alkalisch bleibt, gedeihen sie schlecht; es entsteht keine Trübung, nur zahlreiche gelbliche, wie Krystallchen oder Bröckel aussehende Partikelchen, die später einen Bodensatz bilden.

Mit diesen Bakterien — in aq. dest. suspendirt — habe ich bei Kaninchen dem Chalazion incipiens, später dem menschlichen Chalazion ähnliche Prozesse hervorgerufen, die ich wochenlang beobachten konnte. Unter der feinen Haut des Kaninchenohres erzeugen dieselben Abscesse, welche fast ohne Hautreaktion wochenlang andauern. Aus den künstlich gebildeten Chalazion oder Ohrabscessen kann man auf Blutserum oder Glycerinagar dieselben Bakterien mikroskopisch nachweisen und rein züchten, (selbstverständlich ohne Kokkenbeimischung), die, wenn sie gedeihen, was nicht immer der Fall ist, ein üppigeres Wachsthum als früher zeigen; die Kolonien sind schmutzig-weiss, konfluirend, die Bouillon wird getrübt und sauer reagirend. Hat man viel bakterienhaltige Masse eingebracht, so entsteht oben im Bouillon ein graubläuliches Häutchen. Von diesen Kulturen genommen, erzeugen die Bakterien Abscesse im Unterhautzellgewebe von Meerschweinchen und Kaninchen, was man mit ursprünglichen gewöhnlich nicht erzeugen kann. Die Tauben, Meerschweinchen, Hausmäuse, weisse Mäuse, weisse Ratten und Kaninchen bleiben am Leben, auch wenn man 2—3 Pravaz'sche Spritzen Suspensions- oder Bouillonkultur unter die Haut injicirt. Die Virulenz scheint sehr zu wechseln, denn es ist mir mit Herrn Dr. HOAL gelungen, diese Bakterien bei einem Falle von schwerer Blenorrhoea adultorum (klinisch charakterisirten Fall) mit bekannter harter Infiltration der Conj bulbi und Hornhautverlust neben zahlreichen Gonokokken vermittelst der von WERTHEIM angegebenen Blutserumagarplatten nachzuweisen und rein zu züchten. Diese von der bezeichneten Blenorrhoe stammenden Bakterien 2 Kaninchen unter die Haut injicirt, tödteten die Thiere nach einigen Tagen; an der Impfstelle war nur schmieriges Oedem, kein Abscess zu sehen. Leider habe ich nur einen Fall zur Verfügung gehabt, so dass man nicht wagen kann, den Schluss zu ziehen, dass diese Bakterien, die von den diphtheritischen KLEBS-LÖFFLER'schen Bacillen manchmal nicht zu unterscheiden sind, bei Anwesenheit von Gonokokken die hochgradige Virulenz wieder gewinnen.

Es ist interessant, das wir diese Bakterien neben reichlichen Gonokokken auch bei schwerer Blenorrhoea neonatorum mikroskopisch und bakteriologisch rein nachgewiesen haben, ja es gibt Fälle bei neugeborenen Kindern, wo man klinisch die Diagnose Blenorrhoea stellen muss, wo wir aber nur diese Bakterien, keine Gonokokken nachgewiesen und gezüchtet haben. Ebenfalls bei Neugeborenen konnte ich bei heftiger mit starkem Lidoedem und mucöspurulentem Ausfluss verbundener Conjunctivitis, diese Bakterien in sehr zahlreichen Kolonien (bei direkter Glycerinagar- und Blutserumimpfung) rein züchten. Dasselbe war der Fall bei dem Kollegen Dr. P., dem bei Reinigung der Tracheae Kanüle eines an schwerer Diphtherie später verstorbenen Kindes, der Schleim in's Gesicht geschleudert wurde; er bekam eine starke mit mucöspurulentem Sekret, mit Schwellung und Follikelbildung verbundene Conjunctivitis, Lidoedem, sehr schmerzhafte Schwellung der Praeauricular- und Inframaxillardrüsen. Die von diesem Falle stammenden Bacillen in Bouillon gebracht, trübten dasselbe nicht, die Reaktion aber wurde sauer. Noch eine interessante Erscheinung kann mit dieser Bakterienart in Zusammenhang gebracht werden. Bei einem mit Phlyctaenen der Hornhaut, des Limbus und Conjunctiva auf der nasalen Seite behafteten Patienten, entstand ein fast linsengrosses, die Conjunctiva und die oberflächlichen Lagen der Sclera einnehmendes Geschwür nasenwärts neben dem Limbus, wo früher Phlyctaenen sassen; in dieses Geschwür passte gerade ein über hanfkorngrosser Chalazion-Granulationsknopf im inneren Drittel des unteren Lides. Das Geschwür mit gelblich-weissem schmierigen Grund und unterminirten Rändern breitete sich nach unten und in die Sclera aus, so dass die Pigmentlagen schwer hindurchschimmerten. Die Ränder wurden abgetragen, keine Tuberkelbacillen, weder mikroskopisch noch durch Impfung in der vorderen Kammer des Kaninchens nachgewiesen, (3 Monate beobachtet) sondern nur Chalazionbacillen gefunden. Aehnliche Geschwüre bekam ich bei Kaninchen, denen ich die Bakterien in die oberflächlichen Lagen der Conjunctiva gebracht habe. Das Geschwür heilte nach Abtragung der Ränder und der Chalaziongranulation unter lauen Einspritzungen rasch.

Die Chalazionbacillen sind in hängenden Tropfen unbeweglich, glänzen stark; nach BUCHNER wochenlang aufbewahrt, lassen sie sich gut färben, wachsen aber nicht weiter. Sie nehmen Anilinfarben, namentlich Gentianaviolett sehr gut an, werden sehr schön nach GRAMM gefärbt; in Schnitten am besten nach WEIGERT (Gentianaanilinöl — Jod-Jodkali — Anilinöl Xylol). Was das mikroskopische Aussehen anbelangt, wechselt die Form ungemein.

In ganz frischen Fällen von Chalazion incipiens in Strichpräparaten findet man — manchmal wie in einer Reinkultur — Stäbchen von 1 μ Länge, dicker als die Tuberkelbacillen, aus zwei ovalen Theilen bestehend; einem grösseren, plumpen, dickeren, der etwas intensiver gefärbt ist, und einem am abgewandten Ende zugespitzten, schmäleren und kleineren; dazwischen ein etwas heller, weniger gefärbter Strich; sie sitzen in Gruppen in Zellen um den Kern herum. Manchmal sieht man das Protoplasma theilweise oder gänzlich verschwunden, oder man sieht runde, der Grösse nach den gewesenen Zellen entsprechende Hohlräume, die mit diesen Bakterienhaufen gestopft sind; endlich sieht man Stellen von zahllosen in Gruppen angeordneten Bacillen zwischen den Zellen; in Schnitten sitzen dieselben oft in spaltförmigen Hohlräumen; um manche Bakterien herum findet man hie und da einen kapselartigen, lichten, scharf begrenzten Hof; die Kapselfärbung gelang mir nicht. In den Kulturen trifft man diese kleinen Doppelgliederbakterien sehr selten, was auch für die älteren Chalazion (3 Wochen) gilt. In diesen Fällen findet man beide Glieder in Länge und Dicke bauchig ausgewachsen (bis zu 17 μ in älteren Kulturen). An beiden Enden einer solchen Doppelgliederbakterie sieht man grosse, tief gefärbte, ovale Theile, welche gegen das Centrum, wo sie sich berühren, der Quere nach in immer kürzer werdende Stäbchen zerfallen, welche gegen den Berührungspunkt sich etwas weniger intensiv färben. Im derben Vergleich ähneln sie zwei mit Köpfchen aneinander-

hängenden Blutegeln, deren Kopf und Halstheil in Querstücke zertheilt erscheint. In ganz frischen Kulturen und Chalazionfällen werden die kurzen Doppelgliederstäbchen manchmal nicht länger, sondern nur dicker, sitzen in Haufen, so dass man beim ersten Blick glaubt, Kokken vor sich zu haben. Vielleicht haben PONCET und DEUTSCHMANN diese Gruppen gesehen. Im älteren Bouillon, Gelatine, überhaupt in alten Kulturen bilden sich sehr bizarre Formen aus: Keulenförmige, mantelförmige, ja streptokokken- und kokkenartige Gruppen, man kann aber immer in diesen Kokkenreihen oder Haufen das eine tief gefärbte ovale plumpe Stück finden, zu dem sie zusammengehören. Bevor mir diese Veränderlichkeit bekannt war, habe ich geglaubt, verschiedene Bakterien vor mir zu haben, obzwar ich dieselben im ausgedrückten Chalazioninhalt schon im Jahre 1891 gesehen habe. Der erste Fall, wo ich die zahlreichen typischen Bacillen mikroskopisch und bakteriologisch gefunden habe, war ein 3 Tage alter abscessähnlicher Prozess im unteren Augenlid eines 10 jährigen Knaben D. J. am 21. Juli 1892.

Zuerst habe ich das Gelatine- und Agarplattenverfahren angewandt, was sehr schwer gelingt, weil die langsam wachsenden kleinen Bacillenkolonien überwuchert werden. Die Reinisolirung gelang mir erst am 25. September 1892 beim Patienten Chleb., der mit Chalazion incipiens und Anophthalmus nach Enucleation behaftet war, so dass die Reinigung des Conjunctivalsackes ausgiebig vorgenommen werden konnte.

Aus dem Hôpitale Tenon in Paris.

Ueber die gastro-intestinale Atonie*).

Ein klinischer Vortrag

Von **Prof. Dr. Cuffer** in Paris.

Allgemeine Betrachtungen.

Der pathologische Zustand, den ich Ihnen heute erörtern will, wird selbst in den grösseren Werken «über spezielle Pathologie und Therapie» nur kurz und unvollständig abgehandelt. Sie würden vergebens darin nach einer zusammenhängenden Beschreibung der Atonie des Magen-Darmkanals, vom Standpunkte ihrer Semejologie, ihrer Ursachen und ihrer Folgen aus betrachtet, suchen. In dieser Vorlesung hoffe ich indess, Ihnen darzuthun, von welch' grosser klinischen Bedeutung dieser Gegenstand, wie ausgedehnt sein Gebiet ist und unter wie vielen Gesichtspunkten derselbe die Aufmerksamkeit des Arztes auf sich zu lenken verdient.

Zu Beginn dieser Betrachtungen dürfte es angezeigt erscheinen, vor Allem die Bezeichnung «Atonie» genau zu definiren. «Atonie», sagen LITTRÉ und ROBIN, «ist ein Mangel an Tonus, die Schwäche eines kontraktilen Organs . . . . . . Sie drückt einen Zustand von Gewebserschlaffung aus». Lange Zeit wurde sie mit der Paralyse verwechselt und noch heute kommt diese Verwechslung täglich vor. Indess gibt es zwischen beiden krankhaften Zuständen eine erhebliche Differenz. Atonie: das ist Trägheit, verminderte, mangelhafte Thätigkeit eines Organs, jedoch bei fortdauernder Funktion; das Funktionsvermögen ist vermindert, jedoch nicht erloschen. Die Paralyse hingegen involvirt die gänzliche Unterdrückung einer Bewegung, den Verlust der Funktion. Wenn eine Muskelgruppe von einer Lähmung betroffen ist, dann muss man nothwendigerweise eine Affektion entweder der Nervenzentren oder der Nerven, mit anderen Worten: eine Unterbrechung der Beziehungen zwischen der betreffenden Muskelgruppe und deren motorischen Centrum oder ein Aufhören der Thätigkeit dieses Centrums annehmen. Wenn hingegen ein Muskel einfach atonisch ist, befinden sich Nervencentren und periphere Nerven im intacten Zustande; der Muskel selbst weist keine empfindliche Alteration seiner Struktur auf. Es existirt also, wie Sie sehen, mehr als eine Nuance es besteht vielmehr ein bedeutender Unterschied, der genau zu merken ist.

*) Mitgetheilt nach dem «Bulletin Medical» vom 8. März 1893 von Alfred del TORRE.

Nachdem wir diesen Punkt festgestellt haben, gestatten Sie mir, dass ich Ihnen zur leichteren Auffassung der verschiedenen Mechanismen, welche zur Atonie Anlass geben können, einige Grundsätze allgemeiner Physiologie in's Gedächtniss zurückrufe.

Damit ein Muskel sich gut kontrahire, damit er seinen normalen Tonus besitze, müssen mehrere Bedingungen vorhanden sein: zunächst die Integrität der Struktur der Muskelfasern, dann die Integrität der Innervation, der arteriösen, venösen und lymphatischen Cirkulation und des Blutes selbst; endlich ein normaler Zustand der den Muskelfasern umliegenden Gewebe. Mit anderen Worten ausgedrückt: es ist nothwendig, dass die kontraktile Substanz ihre normale Struktur bewahre, dass eine genügende Nervenkraft vorhanden sei, dass das Blut im reichlichen Masse zu dem Muskel gelange, genügend Sauerstoff enthalte und nicht mit infektiösen oder toxischen Produkten überladen sei; dass die wegführenden Gefässe wegbar seien um die Elimination der schädlichen Produkte der Muskelarbeit zu ermöglichen; endlich, dass die mit dem Muskel in Zusammenhang stehenden Schleimhäute oder serösen Membranen selbst intakt seien.

Das sind die Hauptbedingungen, welche einem Muskel seine Contraktilität und Elasticität sichern, d. i. zwei Eigenschaften, welche den Muskeltonus charakterisiren. Erstere, die mehr direkt abschätzbar ist, bildet eine aktive Eigenschaft, des Muskels, dank welcher er eine nützliche Arbeit vollbringt. Letztere ist die passive Eigenschaft, kraft welcher ein distendirter Muskel seine ursprüngliche Form wieder annimmt. Wenn auch minder augenfällig als erstere ist sie doch nicht weniger wichtig. Sie ist es thatsächlich, welche den antagonistischen Muskeln gestattet, mit der erforderlichen Kraft und Genauigkeit zu wirken. Wenn z. B. ein Streckmuskel geschwächt ist, verliert der entsprechende gesund gebliebene Beugemuskel stets einen Theil seiner Contraktionstüchtigkeit. Fordern Sie einen mit Radialislähmung behafteten Kranken auf, Ihnen die Hand zu drücken, so werden Sie wahrnehmen, dass er es weniger kräftig thut, als unter normalen Verhältnissen, weil ihm der Stützpunkt fehlt, den ihm die Elasticität der Extensoren abgeben soll. Wenn Sie nun diesem Mangel an Elasticität der Extensoren dadurch abhelfen, dass Sie den Kranken im Handgelenk stützen, so verleihen Sie den Flexoren ihre vollste Contraktionskraft.

Prüfen wir nun näher die einzelnen Bedingungen, die ich oben als nothwendig hingestellt habe, damit ein Muskel gut funktionire. Um Ihnen den grossen Werth einer jeden dieser Bedingungen zu zeigen, werde ich im Nachfolgendem eine gewisse Zahl klinischer Thatsachen anführen.

1. Damit der Tonus normal sei, muss vor Allem das Muskelgewebe, wie ich bereits sagte, intakt sein. Denken Sie an die Myositiden beim Typhus und bei den Blattern. Nicht selten beobachtet man nach diesen Infektionskrankheiten eine hochgradige Muskelschwäche. Man möchte zuweilen mit Sicherheit behaupten, es handle sich um eine Lähmung eines Muskels oder einer Muskelgruppe, und doch ist das nur ein Schein. Die Muskelfaser ist ein wenig entartet, das ist Alles. GUBLER, welcher diese Erscheinungen einem genauen Studium unterzogen hatte, klassificirte sie unter die Rubrik: Paralysies amyotrophiques diffuses des convalescents (Diffuse amyotrophische Lähmungen der Rekonvalescenten). Die Bezeichnung Lähmungen ist unrichtig, richtig ist nur die Benennung amyotrophisch. Die Muskeln sind schlecht genährt, sie erlangen aber rasch ihre Funktionsfähigkeit wieder bei einer rein tonischen Behandlung, während, wenn es sich um eine wirkliche Lähmung handelt, immer eine längere Zeit nothwendig ist, bis sie wieder leistungsfähig werden; und dazu muss man überdies zu energischen Stimulantien, zur Elektricität, etc. seine Zuflucht nehmen. In der Rekonvalescenz nach Infektionskrankheiten, befinden sich also die Muskeln einfach in einem Zustand von Asthenie (Amyosthenie). Ich erinnere Sie

übrigens an das, was ich Ihnen in einer früheren Vorlesung bezüglich des Zustandes des Herzens bei denselben Infektionskrankheiten bemerkt habe; ich wies damals auf die Degeneration des Myokardiums hin, die sich durch mesosystolisches Galoppgeräusch manifestirt: das ist die Atonie des Herzens.

Aber selbst die Degeneration eines Muskels ist nicht erforderlich, um die Atonie desselben herbeizuführen. Damit er von seiner Elasticität einbüsse, genügt, dass er für längere Zeit einem Maximum von Ausdehnung ausgesetzt werde: wir haben dann einen forcirten Muskel vor uns, gleichwie ein Kautschukband in einem forcirten Zustande sich befindet, wenn es überdehnt wird. Es hat seine Tonicität eingebüsst. Zur Illustrirung dieser Thatsache führe ich einige Beispiele an: Der puerperale Uterus. Was ist denn anders die auf die Geburt folgende Trägheit des Uterus, als das Ergebniss einer Hyperdistension der Uterusmuskulatur infolge einer Zwillingsschwangerschaft, eines Hydramnios oder einer anderen in gleicher Weise wirkenden Ursache? Man könnte ebenso richtig diesen Zustand als Atonie des Uterus bezeichnen. Aus einem analogen Grunde bietet in der Regel die Bauchwandundung der Mehrgebärenden jene besondere Erschlaffung dar, die Sie alle kennen. Nehmen Sie endlich den Fall, wo man während einer längeren Zeit dem Bedürfnisse zu uriniren widerstanden hat. Will man dann Urin lassen, so bemerkt man, dass die Blase für einige Zeit ihre Funktion versagt. Das kommt daher, dass die Blasenmuskulatur in Folge des stets wachsenden excentrischen Druckes, hyperdistendirt, folglich forcirt wurde: das ist die Atonie der Harnblase.

Jedes Mal also, als ein Muskel in einem schlechten Ernährungszustande sich befindet, oder einfach einer Hyperdistension ausgesetzt ist, verliert er seine Elasticität und wird in Folge dessen atonisch.

2. Eine zweite ebenso nothwendige Bedingung für eine gute Funktionirung eines Muskels besteht in der Integrität seines arteriösen Kreislaufes, oder, anders ausgedrückt, in einem genügenden Blutzufluss. Wenn in einem gegebenen Momente diese Bedingung sich nicht erfüllt findet, dann wird der betreffende Muskel atonisch. Man sagte früher: Ein blutleerer Muskel verfällt der Paralyse. Der Ausdruck ist aber nicht exakt: Das ist keine Lähmung, es ist nur eine Beeinträchtigung der Vitalität des Muskels, eine Parese, wenn man will. Man beobachtet niemals in solchen Fällen die sekundären Degenerationen, die der wahren und eigentlichen Lähmung eigenthümlich sind. Ein seines Blutes in Folge der Verengerung oder Obliteration seiner Hauptarterie beraubter Muskel, gleichviel ob dies durch eine Thrombose oder eine Embolie bedingt ist, befindet sich nothwendiger Weise in einem Zustande von Schwäche; er erlangt jedoch seine ganze Leistungsfähigkeit wieder, sobald der Kreislauf durch Collateralgefässe hergestellt ist. Eine Verengerung der Coronararterien führt verhängnissvoller Weise nach einem mehr oder minder kurzen Zeitraume zu eine Cardioasthenie.

Eine Aortenaffektion hat zur nothwendigen Folge eine beträchtliche Herabsetzung sämmtlicher Funktionen der Lebensökonomie, weil sowohl die Muskeln des Beziehungslebens, als auch jene des vegetativen Lebens weniger Blut zugeführt bekommen. Diese Kranken klagen stets über äusserste Ermüdung; sie sind ausser Stande eine etwas anstrengende Arbeit auszuhalten. Das ist der Typus der Atonie. Es gibt demnach eine Atonie, die bedingt ist durch einen ungenügenden Zufluss von Blut.

3. Es genügt aber nicht, dass das Blut in normaler Menge zugeführt werde, es ist auch nothwendig, dass die Austäusche sich fort vollziehen, dass die schädlichen Produkte der Muskelthätigkeit durch die vasa efferentia fortgeführt werden. Wenn die venöse Circulation behindert ist, dann tritt Muskelatonie auf. In der Praxis bildet die häufigste und typischeste Ursache der Beeinträchtigung des venösen Kreislaufes eine Mitralinsufficienz, wofern diese auf das rechte Herz zurückwirkt. Da sich in diesem Momente die Kompensation nicht mehr erhalten kann, so bildet sich eine allgemeine venöse Stauung; die Kranken mit beginnender Asystolie klagen also auch über eine ungewöhnliche Muskelermüdung.

Im Uebrigen befällt diese Atonie nicht allein die Muskeln des Beziehungslebens. Wenn sie vom Herzen abhängt, so ist dieses selbst, welches vor Allem und mehr als alle anderen Muskeln atonisch wird, weil die Blutstauung in erster Linie in den Herzmuskelvenen statt hat. Zu den Folgen dieser venösen Stase, der rein mechanischen Störung, gesellt sich übrigens der Einfluss der toxischen Substanzen (Kohlensäure, Kreatin), die das Venenblut enthält. Es besteht also hier eine doppelte Ursache der Atonie.

4. Das Blut wird in hinreichender Menge zu- und abgeführt, es muss aber auch seine Zusammensetzung normal sein. Ein Muskeltonus kann bei dem Mangel von Sauerstoff nicht vorhanden sein, den die Combustion dieses Gases nährt den Muskel und sichert daher dessen Funktionirung. Die Kohle setzt die Maschine in Bewegung; so ist auch die Muskelarbeit in direktem Verhältniss zur verbrannten Sauerstoffmenge. Nehmen Sie z. B. die Bleichsüchtigen: ihre Muskeln ermüden leicht. Das rührt daher, dass sie atonisch sind, und zwar weil das Hämoglobin des Blutes das Oxygen nicht mehr mit genügender Energie festhält. Ein Gleiches geschieht bei gewissen Intoxikationen, insbesondere bei der Kohlenoxydgasvergiftung. Sie lähmt gleichsam die rothen Blutkörperchen, was zuerst Cl. Bernard hervorgehoben hat, während Leudet (aus Rouen) als Erster auf die klinischen Folgen dieses Zustandes hingewiesen hat. In Folge seiner höheren Affinität zu dem Kohlenoxyd kann das Hämoglobin den Sauerstoff nicht fixiren: die Muskeln werden also nach wie vor Atonie betroffen. Das erklärt den Lidfall, den Strabismus, den man manchmal unter solchen Umständen beobachtet. Augenscheinlich, wenn man sich gegenüber wirklichen Lähmungen befände, würde man gar nicht begreifen, wie Sauerstoffinhalationen genügen könnten, um binnen einigen Stunden die *restitutio ad integrum* herbeizuführen.

(Fortsetzung folgt.)

Die Ischias und die Pistyaner Thermen.

Von **Med. u. Chir. Dr. S. Weinberger**, Badearzt in Pistyan.

Die Ischias kommt jetzt viel häufiger vor, als in früherer Zeit und da man dieselbe in den meisten Fällen auf eine nachweisbare Erkältung als kausales Moment zurückführen kann, so muss man entweder annehmen, dass sich die Menschen dieser Schädlichkeit jetzt häufiger aussetzen als ehedem, oder aber dass sie gegen diese Schädlichkeit weniger widerstandsfähig geworden sind. Ich meine hiemit selbstverständlich nur die genuine, für sich allein bestehende Ischias; von der symptomatischen und konsekutiven Ischias spreche ich hier gar nicht.

Die Krankheit kommt bei Männern auffallend häufiger vor, als bei Frauen, was durch die obenerwähnte, in der Mehrzahl der Fälle nachweisbare causa morbi genügend erklärt wird. Bei Männern kommt sie überdies meistens am linken, bei Frauen häufiger am rechten Beine vor. Die Krankheit befällt immer nur einen Ischiadicus; wenn aber das Leiden längere Zeit besteht, kommt es vor, dass sich auch am zweiten Beine mässige Schmerzen einstellen, die aber nie so heftig werden, als in dem ursprünglich erkrankten Beine. Eine an beiden Beinen gleichmässig auftretende Ischias muss immer den Verdacht auf ein centrales Rückenmarkleiden erwecken. Bei jugendlichen Individuen bis zum 20. Lebensjahre kommt die Krankheit sehr selten, vom 2. Jahre aufwärts in jedem Lebensalter vor.

Die Schmerzen sind nicht immer gleich vehement. Bei Manchen treten sie anfallsweise stürmisch auf, bei Anderen sind sie permanent, Morgens und Abends remittirend. Zuweilen treten sie auch regelmässig intermittirend auf und verlocken dadurch immer und immer wieder zu einer Behandlung mit Chinin, welche leider meistens ohne Erfolg bleibt. Auch die Puncta dolorifica sind nicht bei Allen in gleicher Anzahl vorhanden; aber an der

Austrittstelle der Nerven, in der Vertiefung hinter dem grossen Trochanter und in der Kniekehle sind sie immer zu finden.

Hat das Leiden längere Zeit gedauert, so atrophirt die Muskulatur des betreffenden Beines und manchmal findet man am äusseren Knöchel der bezüglichen Extremität eine kleine Anschwellung. Die Patienten bekommen, wenn sie sich in der Nacht im Bette dehnen, sehr leicht Krampf in der Muskulatur der Wade, seltener in der Muskulatur des Oberschenkels.

Die eitrigen Symptome, das zeitweilige Gefühl des Ameisenkriechens als ob der Fuss einschlafen wollte etc. sind hinlänglich bekannt.

Sehr unangenehm, weil sehr hartnäckig, sind jene Formen, welche mit schiefer Haltung des Körpers auftreten. Es entwickelt sich da ein permanenter Krampf der Rückenmuskulatur der bezüglichen Seite, so dass die Wirbelsäule nach dieser Seite concave und der ganze Körper nach dieser Seite geneigter erscheint. Bei Manchen lässt sich diese abnorme Stellung mechanisch absolut nicht ändern. Versucht man den Körper gerade zu richten, bekommen sie heftige Schmerzen und wenn man, diese ignorirend, den Versuch fortsetzt, kommt man zu der Ueberzeugung, dass man den Krampf der Muskulatur absolut nicht überwinden kann. Auch die elektrische Bürste, welche bei einer gewöhnlichen Lumbago so vorzüglich wirkt, vermag hier nichts auszurichten. Bei Andern hingegen lässt sich diese Schiefstellung mit geringem Kraftaufwande mechanisch ändern, schnappt aber dabei sonderbarerweise sofort in eine Schiefstellung nach der anderen Seite um. Wenn z. B. der Körper nach der linken Seite geneigt ist und man versucht ihn mit Gewalt gerade zu machen, bleibt er nicht gerade, sondern wie ein Knackmesser neigt sich die Wirbelsäule plötzlich nach der entgegengesetzten Seite und der Körper ist nunmehr nach der rechten Seite geneigt. Der Patient ist jedoch jetzt ebensowenig im Stande, seine Situation selbst zu ändern, als er es früher vermochte.

Die Ischias gehört bekanntlich zu den hartnäckigsten und qualvollsten Neuralgieen. Es gelingt allerdings in vielen recenten Fällen dieselbe durch eine diaphoretische Kur zu koupiren. Aber wer einmal einen Ischiasanfall gehabt hat, bekommt ihn, wenn er kalte oder nasse Füsse bekommt, leicht wieder und der zweite Anfall wird nicht mehr so leicht behoben. In den meisten Fällen wird die Ischias chronisch und da widersteht sie oft jeder medikamentösen Behandlung. Auch Elektricität und Point de feu versagen sehr oft. Die Massage, welche bei heftigen Ischiasschmerzen in der Regel Erleichterung bringt, kann, wenn auch systematisch fortgesetzt, das Leiden niemals gründlich kuriren.

Um so erfreulicher ist es, dass wir in den Pistyaner Thermen ein Heilmittel besitzen, welches gegen die chronische Ischias, auch wenn sie schon mehrere Jahre alt ist, geradezu spezifisch wirkt. Es kommt sehr häufig vor, dass der vielgeplagte Ischiadiker, nachdem er alle möglichen Kuren ohne Erfolg durchgemacht und in Folge dessen sein Vertrauen zu der ärztlichen Kunst nahezu ganz verloren hat, durch andere Patienten, die hier von ihrer Ischias befreit geworden, auf Pistyan aufmerksam gemacht wird. Er kommt dann hierher und appellirt an unsere Therme wie an einen obersten Gerichtshof und ich kann es ohne Ueberhebung sagen, dass er in den allermeisten Fällen schon nach einer einmaligen hiesigen Badekur seinen Prozess gewinnt.

Vor einigen Jahren kam ein Herr aus Warschau zu mir. Er sah elend aus, klagte mir, dass er seit 10 Jahren von einer Ischias gepeinigt werde, dass er alle möglichen Kuren gegen dieselbe ohne Erfolg gebraucht, dass er seinen Erwerb nicht ausüben könne, den grössten Theil seines Vermögens aufgebraucht habe etc. und dass man ihm Pistyan als letzten Rettungsanker empfohlen habe. Ich will mich nun, sagte er, hier einer Badekur unterziehen und wenn ich auch hier nicht réussire, dann habe ich den Revolver bereit, und hiebei zeigte er mir die Mordwaffe.

Dieser Mann wurde nach einer einmaligen hiesigen Badekur ganz gesund. Im nächsten Jahre kam er wieder, kam fröhlich lachend auf mich zu und sagte: «Herr Doktor ich habe in Pistyan eigentlich nichts mehr zu thun, mir ist ganz gut geworden, aber ich will meine Dankbarkeit bezeugen.»

Unsere Therapie, so arm an Specificis, sollte billigerweise willig darnach greifen, wo sich ein solches bietet. Und Pistyan ist gegen die genuine, chronische Ischias, selbst wenn diese schon Jahrelang bestanden hat, ein Specificum.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Verein der Aerzte in Steiermark.

Sitzung vom 20. März 1893.)*

Prof. Dr. Franz Müller: *Ueber Syringomyelie.*

Der Vortragende bespricht zuerst die Geschichte der von Olivier 1837 mit dem Namen Syringomyelie (συριγγς = Flöte, Röhre) bezeichneten Spalt- und Röhrenbildung im Rückenmarke, deren Bekanntschaft bis in die Achtziger Jahre hinein stets nur auf dem Secirtische gemacht wurde, bis endlich durch die bahnbrechenden Arbeiten von Schultze und Kahler der Ariadnefaden durch das Labyrinth der Krankheits-Erscheinungen glücklich gefunden und die Diagnose intra vitam ermöglicht wurde.

Müller wendet sich dann behufs besseren Verständnisses der klinischen Lehre von der Syringomyelie zur normalen Anatomie des Rückenmarkes, wobei derselbe an der Hand instruktiver, kolorirter Abbildungen die für die Erkenntniss der feinen Architektur des Rückenmarkes ungemein fruchtbringenden und eine ganz neue Perspektive eröffnenden jüngsten histologischen Untersuchungen von Ramón y Cajal, Golgi, Kölliker, Hiss und Retzius eingehend darlegte und insbesonders die von den beiden erstgenannten Autoren entdeckten «Collateralen» mit ihren «Endbäumchen» gebührend hervorhob. Durch diese Untersuchungen ist endlich auch histologisch-anatomisch mit aller Schärfe die Existenz von verschiedenen Nerveneinheiten, sogenannten Neuronen, erhärtet und festgestellt. Jede Nerveneinheit besteht aus einer Ganglienzelle und Nervenfaser mit ihren Collateralen und Endbäumchen.

So bestehen die motorischen Leitungen und Nerven aus zwei Neuronen; das eine Neuron (das Neuron II. Ordnung) beginnt mit der Pyramidenzelle in der Centralwindung verläuft abwärts im Rückenmark als Pyramidenbahn und endet mittelst Collateralen in Endbäumchen unmittelbar an den multipolaren Ganglienzellen in den Vorderhörnern. Nervennetze existiren nicht.

Das andere Neuron, das Neuron I. Ordnung, beginnt mit der multipolaren Ganglienzelle im Vorderhorn, verläuft als motorischer peripherer Nerv und endet mit seinem Ranvier'schen Endbäumchen, der sogenannten motorischen Endplatte im Muskel, die nach den grundlegenden Untersuchungen Rollets direkt mit dem Sarkoplasma des Muskels zusammenhängt.

Aus dieser Einheit erklärt sich ganz ungezwungen, dass jede Erkrankung multipolarer Ganglienzellen Signale nach der Peripherie senden muss. Damit kommt der Vortragende zur Besprechung der normalen und pathologischen Physiologie des Rückenmarkes. — Derselbe weist zuerst auf die zwei motorischen Funktionen der multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner hin, die sowohl ein integrirender Theil der Willkürbahn, als auch des spinalen Reflexbogens sind. Die dritte vielumstrittene sogenannte trophische Funktion der genannten Zellen erscheint im Lichte der heutigen Forschung definitiv gelöst. Durch den Tod der Zelle verfällt die dazugehörige Muskelfaser naturnothwendig der degenerativen Atrophie. Irritative Prozesse, wie etwa gewisse, ungemein langsam sich entwickelnde Wucherungen (Neubildungen) in der Nachbarschaft der multipolaren Ganglienzellen, oder degenerative in letzterer selbst sich sehr schleichend abspielende Prozesse (chronische Pigmentatrophie) verrathen sich an der Peripherie durch die bekannten fibrillären Muskelzuckungen.

Progressive, degenerative Muskelatrophie mit fibrillären Zuckungen und erloschenen oder herabgesetzten Reflexen weist in erster Linie auf eine sehr chronische Erkrankung der Vorderhörner hin.

*) Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark.

Ueber die Funktionen der Hinterhörner und Hinterstränge divergiren die Ansichten heute noch ungemein stark, doch steht soviel fest, dass die Bahnen für den Tast- und Muskelsinn einerseits, sowie Schmerz- und Temperatur-Sinn anderseits nicht nahe bei einander liegen und dass demzufolge bei Rückenmarks-Läsionen, die hauptsächlich die Hinterhörner befallen, der Schmerz- und Temperatur-Sinn tief geschädigt sein können bei ganz normalem oder wenig alterirtem Tast- und Muskelsinn. Auf diese partielle Empfindungslähmung, sowie deren ausserordentliche Häufigkeit bei Syringomyelie haben SCHULTZE und KAHLER zuerst aufmerksam gemacht und damit die Syringomyelie der klinischen Diagnose zugeführt.

Progressive, gewöhnlich an den oberen Extremitäten und zwar in der Regel an den Handmuskeln einsetzende Muskelatrophie mit fibrillären Zuckungen und partieller Empfindungslähmung, den Temperatur- und Schmerzsinn betreffend, sind das Alpha und Omega im klinischen Bilde der Syringomyl ie.

Dazu kommt häufig noch eine dritte Reihe von Erscheinungen. Klinischpathologisch-anatomische Erfahrungen zeigen, dass Erkrankungen der Hinterhörner und der grauen Brücke zuweilen trophische Störungen der Haut, Knochen und Gelenke, sowie auch vasomotorische und sekretorische Symptome setzen.

Läsionen der Pyramiden-Seitenstrangbahnen künden sich frühzeitig durch lebhafte Steigerung der Reflexe insbesondere der tiefen Reflexe (Sehnenreflexe) an und setzen unterhalb der Läsionsstelle motorische Extremitäten-Lähmungen, welche — die Integrität der unter der Läsionsstelle liegenden multipolaren Ganglienzellen vorausgesetzt — sich zuerst durch lebhafte Reflexe und später durch deutliche Spasmen und Kontrakturen charakterisiren müssen. So setzt eine doppelseitige Läsion der Pyramiden-Seitenstrangbahnen im Cervical oder oberen Dorsalmarke — dem gewöhnlichen Sitz der Syringomyelie — in den unteren Extremitäten spastische Paraparese, respektive Paraplegie mit erhöhten Reflexen.

Die pathologische Anatomie der Syringomyelie unterliegt hinsichtlich ihrer Genese noch vielfach der lebhaftesten Diskussion und verweist diesbezüglich MÜLLER auf HOFFMANS ausführliche Arbeit. Als sicherer Besitz kann angesehen werden, dass die Syringomyelie keine primäre, kongenitale, sondern eine sekundäre Höhlenbildung ist, hervorgegangen aus einer diffusen Gliawucherung (primäre Gliose), die entweder in den Epithelzellen der Wand des Centralkanales oder an den normalen Gliazellen, besonders gerne hinter dem Centralkanale in der grauen Substanz beginnt, in die Hinter- oder Vorderhörner, respektive in beide weiter dringt und auf ihrem Marsche die Nervensubstanz zuerst reizt, dann usurirt und und erdrosselt, dabei aber selbst allmählich im Centrum einzuschmelzen anfängt und durch Verflüssigung und Resorption verschieden gestaltige Hohlräume setzt, die das Rückenmark nach der Quere, sowie besonders gerne nach der Länge durchsetzen, so dass dasselbe in vorgeschrittenen Fällen eine Adelsberger Grotte en miniature darstellt.

Der Polymorphismus der primären Gliose und ihrer Maulwurfsarbeit, der sekundären Höhlenbildung, bedingt mit eherner Konsequenz ein proteusartiges, höchst mannigfaltigen Krankheitsbild, in welchem aber gewisse charakteristische Hauptzüge und Farbentöne fast immer angetroffen werden. MÜLLER theilt entsprechend der primären Gliawucherung und sekundären Höhlenbildung die Symptome in zwei Reihen: in Reizsymptome und Lähmungssymptome. Die wichtigsten Reizsymptome liegen auf dem Gebiete des Schmerz- und Temperatur-Sinnes, sowie der Schweisssekretion. Paralgien und leichte Schmerzen in den Händen, Armen, Gesicht — subjektive Temperatur-Sinnstörungen, insbesonders: feuriges Brennen des Handrückens, eisiges Kältegefühl eines Ohres, der Finger oder anderer Theile der oberen Extremitäten. Von Seite der Schweiss-Sekretion klagte einer der Patienten des Vortragenden lebhaft über das subjektive Gefühl von triefend nass sein, wie wenn der Körper im Schweissbade läge. Die motorischen Reizsymptome bestehen in fibrillären Muskelzuckungen und zuweilen nur ephemeren klonischen und tonischen Spasmen.

Unter den Lähmungserscheinungen stehen obenan die verschieden intensiven und extensiven Lähmungen des Schmerzsinnes (Analgesie), sowie des Wärme- und Kältesinnes (Thermo-Anästhesie) bei normalem oder fast normalem Verhalten des Tast- und Muskelsinnes, solange die Hinterstränge normal sind — im anderen Falle treten hochgradige Störungen der letzgenannten Qualitäten mit Ataxie auf. Die partiellen Empfindungslähmungen sind n i c h t an die bekannten anatomischen Bahnen und Territorien der peripheren sensiblen Nerven gebunden, sondern diffus und segmentartig ausgebreitet — oft in Jacken-, Handschuh-, Aermelform!

MÜLLER schildert weiter eingehend die motorischen Lähmungen — die oculo-pupilären Lähmungs-Symptome — die Scoliose — den elektrischen Befund — das Verhalten der Reflexe, sowie die zuweilen sehr stark dominirenden trophischen Störungen der Haut-Weichtheile und Knochen der oberen Extremitäten.

In allen vom Vortragenden beobachteten Fällen konnte eine genaue Anamnese die scheinbar spontanen Phlegmonen und Panaritien auf Verletzungen und dadurch ermöglichte Infektion zurückführen. Die MORVAN'sche Krankheit hält MÜLLER in Uebereinstimmung mit den meisten neueren Autoren klinisch wie anatomisch für Syringomyelie.

Im grossen Ganzen charakterisirt sich das klinische Bild der Syringomyelie, die stets ungemein schleichend, insidiös beginnt, durch etwas Unfertiges, Halbes, so dass die Kranken durch viele Jahre, oft 5 bis 10, 20 und mehr Jahre herumgehen können. Intelligenz und Psyche bleiben intakt, desgleichen die Funktionen des Olfactorius und Opticus, sowie wenigstens durch sehr lange Zeit auch die Blasen- und Mastdarm-Funktionen.

Hinsichtlich der Diagnose warnt Vortragender, aus der partiellen Empfindungslähmung allein einen diagnostischen Schluss zu ziehen — denn dieselbe findet sich gar nicht so selten bei den verschiedensten Rückenmarksleiden, peripheren Nervenleiden (Neuritiden) und bei Hysterie, und besitzt demnach an und für sich absolut keinen pathognomonischen Werth.

Hier gilt ganz besonders das Sprichwort: «Sage mir, mit wem du umgehst, und ich sage dir, wer du bist». Nur in der Gruppierung, Verkettung und Vergesellschaftung mit anderen Symptomen liegt der unbestritten hohe diagnostische Werth derselben. Differential-diagnostisch bespricht MÜLLER eingehend und ausführlich die Akroparästhesie (SCHULTZES) — die RAYNAUD'sche Krankheit (die lokale Synkope und Asphyxie, sowie symmetrische Gangräne der Finger) — die spinale progressive Muskelatrophie (Typus DUCHENNE — Aran) — die amyotrophische Lateralsclerose — die Dystrophia muscularis progressiva (ERB) — die Howard Tooth progressive Muskelatrophie oder neurale progressive Muskelatrophie — die Cervicalcaries, die extramedullären Tumoren, sowie die Pachymeningitis hypertrophica cervicalis — die intramedullären Tumoren mit der Gliomatose, die meistens frühzeitig schwere spastische Paralysen setzen und unter häufigen Schwankungen remittierend und exacerbirend in der Regel in drei Jahren oft unter Blasen-, Mastdarmlähmungen und Decubitus lethal verlaufen.

Die Rückenmarks-Syphilis und Neuritis multiplex bereiten der Diagnose gegenüber der Syringomyelie keine Schwierigkeiten. Die lepröse Neuritis ist als solche sattsam stigmatisirt.

Grosse Schwierigkeiten kann die Hysterie nur dem mit dieser Neurose nicht sehr vertrauten Arzte entgegenstellen. Vortragender weist u. A. auf die für den Kenner sehr grossen Differenzen insbesonders der verschiedenen Reflexe hin — die bei Hysterie eine deutliche Dissociation bei normalem Reflexe des dilatatur pupillae darbieten. — Man vergesse aber nicht, dass Hysterie + Syringomyelie, oder Syringomyelie + Hysterie vorliegen kann.

Gegen die primäre Gliose, dieser Massenmörderin centralen Nervengewebes, ist die heutige Therapie ganz ohnmächtig. Arsenik hat MÜLLER bislang ohne Erfolg gegeben. Es kann dermalen nur von einer symptomatischen Behandlung dieser ätiologisch noch ganz dunklen Krankheit die Rede sein.

Am Schlusse seines Vortrages demonstrirt MÜLLER drei interessante Fälle aus seinem Ambulatorium und zwar einen classischen Schulfall von Syringomyelie, einen 64 Jahre alten Mann, bei dem bereits vor 30 Jahren die Krankheit mit eisigem Kältegefühl des rechten Ohres begann, wozu sich später feuriges Brennen der linken und rechten Hand, insbesondere des Handrückens, gesellte. Seit einem Jahre besteht in den Händen das subjektive Gefühl, als ob Alles nass wäre, wo die Hände und Vorderarme

liegen. Diese Sensation wird Nachts so peinlich und qualvoll, dass der Patient das Bett verlassen muss, sich auf einen Stuhl setzt und so den übrigen Theil der Nacht zubringt. Patient konnte diese Empfindung gar nicht begreifen, da er sich stets mit den Augen überzeugte, dass die Hand thatsächlich gar nicht schwitzte, sondern im Gegentheil ganz trocken erschien. Sonst bietet der Mann, der ohne Stock sicher, wenn auch leicht ermüdend herumgeht, in ausgeprägter typischer Weise dar: progressive Muskelatrophie an den oberen Extremitäten mit fibrillären Zuckungen, starke Dorsalscoliose nach rechts und ausgedehnte Analgesie und Thermoanästhesie bei normalem Tast- und Muskelsinn. Temperaturen von 0° (Eis) und 95° C. werden nicht unterschieden, respektive gar nicht percipirt, auch nicht als Kälte- oder Wärmeschmerz — zuweilen als etwas «wax».

Als Gegenstück stellt MÜLLER einen 30jährigen Mann mit weit ausgebreiteter intensiver progresiver Muskelatrophie mit fibrillären Muskelzuckungen vor, die im zwölften Lebensjahre an den Füssen einsetzte, zu doppelseitigem Klumpfuss führte, später die Hände und Vorderarme ergriff, um in allerletzter Zeit auch die mm. zygomatici zu befallen.

Zu keiner Zeit subjektive Gefühlsstörungen — nur im Gesichte einmal schwaches Ameisenlaufen — keine Spur einer objektiv nachweisbaren Sensibilitäts-Anomalie. Haut- und Sehnenreflexe erloschen, respektive stark herabgesetzt. Geradezu überraschend ist das Ergebniss der elektrischen Untersuchung. In anscheinend normal funktionirenden und nicht atrophischen Muskeln (Stirn-Kinnmuskulatur) sowie beiden Deltoideis und den dazu gehörigen Nerven besteht, wie MÜLLER ad oculos demonstrirte, eine kolossale Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit, wobei die Zuckungen auf den far. Strom deutlich träge ausfallen; K a S z jedoch = > A n S z, letztere zuweilen mit etwas trägem Charakter.

Ein derartiger Fall scheint in der Literatur noch nicht hinterlegt zu sein. Vortragender rechnet ihn zur TOOTH'schen progressiven Muskelatrophie (sogenannter Peroneal-Typus) = HOFFMANN'schen neuralen progressiven Muskelatrophie.

Zu Beginn der Sitzung demonstrirte Dozent Dr. LAKER einen Kranken, bei welchem die Highmorshöhle, wegen Empyem derselben, von einem Zahnalveolus aus vom Dozenten Dr. BLEICHSTEINER mit einem amerikanischen Drillbohrer eröffnet wurde. In das Bohrloch wurde ein dickes Drainrohr eingeführt und Patient besorgt die tägliche Ausspülung selbst derart in einfacher Weise, dass er einen Schluck Wasser in den Mund nimmt und nun das Wasser durch das Drain in die Highmorshöhle presst, aus der es dann durch die Nase wieder nach aussen in breitem Strome abfliesst.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

Prof. Rosthorn: Gynäkologische Mittheilungen.

In der Sitzung vom 3. März 1893 berichtet Prof. ROSTHORN über 3 Fälle, welche allgemeines, ebenso sehr klinisches als anatomisches Interesse in Anspruch nehmen, die wir in Folgendem nach dem Referate der Prager medizinischen Wochenschrift bringen.

I. Ueber mannkopfgrosses intramurales Fibromyom der Gebärmutter. Rasches Wachsthum desselben in der Menopause. Eitrige Entzündung des Plexus lymphaticus spermaticus internus dext. nach Vereiterung des Myoms. (Streptokokken.) Sephthaemie. Totalexstirpation des myomatösen Uterus durch Bauchschnitt. Dabei Verletzung des rechten Harnleiters. Tod 24 Stunden nach der Operation unter Fortdauer der septischen Erscheinungen.

Aus der Krankengeschichte möge kurz folgendes Erwähnung finden: Die 54 Jahre alte, ledige Kranke, wurde am 18. Februar in recht hoffnungslosem Zustande auf die Klinik gebracht. Bei der theilweisen Somnolenz liess sich an anamnestischen Daten nur so viel gewinnen, dass die Kranke niemals geboren und seit mehreren Jahren an heftigen Gebärmutterblutungen gelitten habe. Seit einem Jahre befinde sie sich im Climacterium; während dieser Zeit nun sei eine Geschwulst bis zu vorliegender Grösse rasch angewachsen. Erst innerhalb der letzten Tage habe sich neuerlich eine sehr starke Blutung und dabei heftiger Schmerz im Bereiche des Unterleibes eingestellt.

Objektiver Befund bei der Aufnahme: Hochgradige Abmagerung und Blutleere. Lippen trocken, Zunge borkig. Temperatur 39·5, Puls 116, auch in der Qualität verschlechtert. Ausgedehnte, alte Brandnarben in der Unterbauchgegend, spec. in der Regio pubica (von einer Verbrühung herrührend). — An den Organen der Brusthöhle nichts Abnormes nachweisbar. Im Harne kein Eiweiss. Der Bauch stark vorgetrieben, druckempfindlich. — Palpatorisch ist diese Vortreibung, welche einen Nabelumfang von 86 *cm* ergibt, auf einen derb elastischen Tumor von über Mannskopfgrösse und rundlicher Form zurückzuführen, welcher den grössten Theil des Bauchraumes bis 3 Querfinger unter den Processus xiphoides reichend, einnimmt, glatte Oberfläche, wenig Beweglichkeit zeigt. Derselbe verjüngt sich gegen den Beckeneingang zu. Perkussionsschall über demselben leer. In der Regio epigastrica und in den Flanken, sowie gegen Leber und Milz zu, eine breite tympanitische Schallzone. — Genitalbefund; Aeusseres Genitale hochgradig atrophisch. Der Scheideneingang lässt kaum den Zeigefinger passiren. Ganz geringer, schleimig eitriger Ausfluss. Scheide eng, rugös, in den oberen Partien durch einen ovoiden, derben Tumor erweitert, welcher den Raum des kleinen Beckens zum grössten Theile ausfüllt, wenig beweglich ist und dessen Ausgangspunkt erst nach längerer Untersuchung festgestellt werden kann. Derselbe schliesst die Scheide nämlich vollkommen ab. Da die Portio fehlt, kann nur angenommen werden, dass diese den Ausgangspunkt bilde. Es lässt sich auch bald an der vorderen Fläche der Geschwulst ein feiner quer ausgezogener Saum nachweisen, welcher, da der Finger in einen weiten, plattgedrückten Kanal eindringen kann, als vordere Muttermundslippe aufgefasst werden muss. Rectalbefund und Spiegeluntersuchung bestätigen dies, doch klären sie die Verhältnisse nicht weiter auf. Da eine bimanuelle Untersuchung undurchführbar ist, indem die äussere Hand wegen des vorliegenden Tumors, welcher den ganzen Beckeneingang einnimmt, nicht weiter vorzudringen vermag, lässt sich etwas Sicheres über die Lage der Gebärmutter nicht aussagen. Der Versuch einer Sondirung misslingt.

Klinische Diagnose: Verjauchtes Myom des Uterus. Sephthaemie.

Bei der am 20. Februar ausgeführten Operation fand sich in der That ein grosses, tief in das Becken herabreichendes Myom, das, da eine Stielbildung unmöglich war, nur durch Totalexstirpation des völlig in dem Tumor aufgegangenen Uterus entfernt werden konnte. Die Operation verlief im Allgemeinen typisch, nur boten sich Schwierigkeiten, da der untere, in die Scheide vorragende Geschwulstabschnitt nicht zu heben und die Raumbehinderung bei der Abbindung der im Parametrium gelegenen Gefässe eine wesentliche war. Eine Komplikation war durch die Verletzung des rechten Harnleiters gegeben, welcher plattgedrückt, direkt auf der Geschwulstoberfläche verlaufend, mit in die Ligaturen gefasst worden war. Erst nach Durchtrennung wurde derselbe in den Massenligaturen erkannt.

Es wäre auch auf der linken Seite die Verletzung des Harnleiters unvermeidlich gewesen, hätte man denselben nicht nach jener schlimmen Erfahrung von oben her freigelegt, bis zur Unterbindungsstelle verfolgt und daselbst zur Seite gezogen. Weiters zeigte sich beim Durchtrennen der unterbundenen Gefässbündel der rechten Seite, dass einige Gefässlichtungen mit dickflüssigem Eiter angefüllt waren, dessen Abfliessen in die Bauchhöhle nur mit grosser Mühe verhütet werden konnte.

Bei der Weite jener Lichtungen wurde angenommen, dass es sich um eine eitrige Metrophlebitis handle, und da in den centralen Abschnitten der Gefässe Eiter zurückgelassen werden musste, war die Prognose eine recht schlechte.

Der exstirpirte Tumor war ein sehr weiches, interstitielles Myom von 6110 *gr* Gewicht, 62 *cm* Umfang und einem grössten breiten Durchmesser von 26 *cm*. — Ausgangspunkt desselben war die ganze hintere Corpus- und Collumwand in deren ganzer Länge. Der in der Scheide tastbare ovoide Tumor war der untere Geschwulstpol. In dem interstitiellen Bindegewebe der Geschwulst fand sich stellenweise reichlich seröser Eiter (Streptokokken). Die vordere Gebärmutterwand war in ihrer ganzen Höhe ausserordentlich verdünnt, der vordere Muttermund saumartig, fein, halbmondförmig

quer ausgezogen. Dahinter das Cavum uteri von vorn nach hinten vollkommen abgeflacht, verbreitert, 18 *cm* lang. Die Schleimhaut gelockert, geröthet, verdickt. Der Gebärmuttergrund als eine fingerdicke, breite Leiste an der vorderen Fläche der in Form dem schwangeren Uterus sehr ähnelnden Geschwulst angedeutet. Die Eileiter beiderseits auf 20 *cm* verlängert, die Eierstöcke hypertrophirt, walzenförmig ausgezogen. —

Der durchtrennte Harnleiter wurde in die Bauchwunde durch Nähte fixirt und mittelst eines sehr feinen Nelaton-Katheters drainirt, so eine Bauchdecken-Harnleiterfistel etablirt. — Von einer Nierenexstirpation wurde mit Rücksicht auf das schlechte Allgemeinbefinden der Kranken und den Umstand, dass man über den Zustand der linken Niere nicht unterrichtet war, Abstand genommen. —

Trotz einer vorübergehenden, scheinbaren Besserung unmittelbar nach dem schweren Eingriffe, erlag die Kranke doch der septischen Allgemeininfektion unter Fortdauer der ursprünglichen Erscheinungen am folgenden Tage. — Der Katheter im Harnleiter hatte gut funktionirt.

Die von Professor CHIARI ausgeführte Obduktion belehrte uns dahin, dass es sich um keine eitrige Metrophlebitis, sondern um eine Lymphangioitis des Plexus lymphaticus spermaticus internus der rechten Seite gehandelt hat. Von dem unterbundenen Stumpfe des Ligamentum infundibulo-pelvicum liessen sich die erweiterten, mit dicklichem Eiter gefüllten Lymphgefässe bis über die Theilungsstelle der Aorta hinauf zu einem Paquete geschwellter, retroperitonealer Lymphdrüsen verfolgen, welches ungefähr in der Höhe der Abgangsstelle der Arteria mesenterica inferior sass und gleichsam wie ein eingeschaltetes Bollwerk dem weiteren Vordringen der Eiterung vorläufig Halt geboten hatte. — Das Ganze ähnelte einem schönen Injektionspräparate der Lymphgefässe mit TEICHMANN'scher Masse.

Die Untersuchung der Nieren ergab, dass offenbar langandauernde Kompression der Harnleiter beiderseits zu Hydronephrose und Nieren-Atrophie geführt hatte, die Exstirpation einer Niere gewiss ein sehr gewagtes Unternehmen gewesen wäre.

Es fanden sich alte Narben im Rachen und Kehlkopf, sowie in der Leber (Lues?).

Ausserdem fand sich eine obsolete Spitzentuberkulose.

Betonenswerth muss beim Ueberblick dieser Krankengeschichte nun erscheinen: 1. Der Umstand, dass dieses gewiss seit Jahren von der Kranken getragene Myom in der Menopause so rasch vorliegende Dimensionen erreicht hat; ein eclatanter Beweis gegen die herrschende Lehre von dem regelmässigen Stillstand des Wachsthums oder der Verkleinerung der Myome im Climacterium. 2. Das Auftreten dieser schweren Streptokokkeninfektion, welcher die Frau so rasch erliegen musste, ohne dass von irgend einer Seite ein intrauteriner Eingriff vorausgegangen wäre. Die behandelnden Aerzte, welche wegen der plötzlich einsetzenden, schweren Symptome herbeigeholt worden waren, die Herren Kollegen Dozent Dr. RAUDNITZ und Dr. PIERING, versicherten mich, dass sie nach einfacher digitaler Exploration die Ueberführung der Kranken angeordnet haben. Es wurde auch keine Tamponade der Scheide vorgenommen. Vorher soll aber weder ein Arzt noch eine Hebamme gerufen worden sein. Eine Kontaktinfektion im gewöhnlichen Sinne war demnach ausgeschlossen. Die Infektionskeime können daher nur spontan von der Gebärmutterschleimhaut oder auf dem Wege der Blutbahn dem Myom zugeführt worden und in die Lymphbahnen desselben eingedrungen sein. Bei den entzündlichen Veränderungen des Endometrium erscheint wohl das erstere wahrscheinlicher und würde damit einen neuen Beweis dafür liefern, dass die Keimfreiheit im Cavum uteri oberhalb des inneren Muttermundes bei Erweiterung und Entzündungsprozessen verloren geht.

II. Rechtsseitiges intraligamentöses Fibromyoma uteri von über Manneskopfgrösse, komplicirt durch Gravidität im 4. Monate. Enorm rasches Wachsthum in der Schwangerschaft. Amputatio colli uteri supravaginalis mit retroperitonealer Stielversorgung nach CHROBAK. Heilung.

Bei der 41 Jahre alten Kranken, die 3 Mal normal geboren hatte, war bereits vor 2 Jahren von Aerzten in Riga in der Narkose eine kleine Geschwulst an der Gebärmutter konstatirt worden. Im Dezember vorigen Jahres stellte sich dieselbe an der Klinik mit der Anfrage vor, ob sie, da 2 Monate lang die Regel ausgeblieben war, schwanger sei. Die Frage konnte mit aller Entschiedenheit nach Aufnahme der objektiven Symptome bejaht werden. Doch war der dem Uterus entsprechende Tumor für die kurze Dauer der Amenorrhoe zu gross; ausserdem auch unsymmetrisch. Am rechten Gebärmutterhorne war deutlich eine über faustgrosse Hervorragung zu tasten, welche als ein Tumor in der Wandung des Uterus gedeutet werden musste. Die Kranke wurde angewiesen, sich genau zu beobachten und bei den geringsten abnormen Erscheinungen sich wieder einzufinden. Sie stellte sich denn auch nach 2 Monaten wieder vor und fühlte man nun diesen grossen Tumor, dessen oberer Pol bis 4 Querfinger an den Processus xiphoides heranreichte. Das Abdomen zeigte einen Umfang in Nabelhöhe von über 1 *m*. Die Distanzen zwischen Nabel zur Symphyse und zum Schwertfortsatz waren gleich, nahezu 20 *cm*. Der Konsistenz nach war der Tumor weich, stellenweise wie fluktuirend, der Form nach vollkommen rund und zeigte gute Beweglichkeit. Der Fundus des graviden Uterus war nicht gesondert abzutasten. Im Douglas fühlte man eine weiche, teigige Geschwulst; kein Balottement.

Die Diagnose musste mit Rücksicht auf den ersten Befund lauten: Myoma subserosum (cysticum) in Kombination mit Retroflexio uteri gravidi.

Die nunmehr durchgeführte Operation bestätigte die Diagnose. Nur handelte es sich um partielle Retroflexion, indem ein grosser Abschnitt der im 4. Monate schwangeren Gebärmutter über dem Bodeneingang gelagert, aber durch den unteren Geschwulstabschnitt gedeckt war. — Es wurde die Enucleation aus der mit fingerdicken Venen durchsetzten Kapsel nicht durchgeführt und da der Tumor in ganzer Breite mit der rechtsseitigen Kante der Gebärmutter solid verbunden war, auch keine Abtragung, sondern die Amputation des dünnen Halses mit dem Thermocauter und die retroperitoneale Versorgung des Stiels nach CHROBAK vorgenommen. Die Operation verlief vollkommen typisch. — Die Peritoneallappen waren etwas klein, doch liess sich der schmale Stiel ohne Schwierigkeit damit decken (18 Nähte). An dem intraligamentös entwickelten Myoma fand sich der rechte Eileiter, der eine Länge von 30 *cm* aufwies, im Bogen über die Konvexität verlaufend, der Eierstock fast taubeneigross, cystisch. — In der Wandung des abgetragenen Gebärmutterkörpers fand sich ein zweites, fast hühnereigrosses, auch mehr subserös entwickeltes Myom. Umfang der Geschwulst 45 *cm*, Breitendurchmesser 16 *cm*. Die linken Gebärmutteranhänge normal. —

Wie die vorliegende Kurve zeigt, stieg die Temperatur nie über 37·6 Grad, der Puls nie über 80. Beim ersten Verbandwechsel am 9. Tage wurden die Nähte entfernt. Die Wunde war per primam geheilt.

Der in diagnostischer Beziehung ganz hübsche Fall bot hauptsächlich deshalb Interesse, als wir denselben 2 Monate vorher untersucht hatten und nun in der Lage waren, die enorme Zunahme der Geschwulst innerhalb des kurzen Zeitraumes von 2 Monaten mit Sicherheit festzustellen. Es ist durch diese Beobachtung ein neuerliches Beispiel dafür geliefert, wie sehr die Schwangerschaft das Wachsthum der Myome fördert. Mit Rücksicht auf den Palpationsbefund erscheint es mir ferner bemerkenswerth, dass der weiche Tumor stellenweise derart Fluktuation vortäuschte, dass er selbst bei eröffneter Bauchhöhle noch für einen cystischen gehalten und der Versuch gemacht wurde, denselben durch Punktion zu verkleinern. Die subseröse Lage desselben hatte die Konzeption nicht verhindert.

III. Dermoidcyste des Ovariums als Geburtshinderniss; Dehnung des unteren Uterinsegmentes; die Frau bereits fiebernd; Punktion und Entleerung der Cyste von der Scheide aus; Perforation des im Beckeneingange vorliegenden Kindesschädels. Glatte Entbindung. Fieberfreies Wochenbett. Bei der Entlassung nichts von der ursprünglichen Cyste zu entdecken. Rückkehr nach 6 Wochen. Subinvolutio uteri. Cystischer Tumor von Kindskopfgrösse, verlagert nach der Gegend des Colon ascendens, straff fixirt durch Adhäsionen. Grosse Beschwerden.

Exstirpation derselben unter bedeutenden Schwierigkeiten; mehrfache Zerreissung der Sackwandung. Entleerung des eitrigen Inhaltes. Drainage der Wundhöhle durch die Bauchwunde mittels Jodoformgaze. Heilung.

Prof. Ph. Pick demonstrirt 2 Fälle aus seiner Klinik. Der erste Fall betrifft eine 47jährige Frau, mit Lupus-Carcinom, welche schon im vergangenen Jahre auf der Klinik behandelt wurde. Wie die Anamnese ergab, war sie bis auf ihr Leiden im Gesichte niemals schwerer krank gewesen. Sie ist Mutter von 6 Kindern, von denen 5 gesund sind und eines erblindete, jedoch aus einer Ursache, die mit ihrem Leiden in keinem Zusammenhange steht. Ihr Vater starb an einem Magencarcinom, die Mutter, über 60 Jahre alt, an einem chronischen Lungenleiden. Patientin selbst datirt ihr Leiden von ihrem 15. Lebensjahre her; sie wurde damals von einer Kuh in die Nase gestossen. Auf diese Verletzung trat eine Schwellung und Röthung um die Nase auf, welche längere Zeit anhielt, es stellte sich keine Deformität ein und zeigten sich keine weiteren Veränderungen. In ihrem 20. Lebensjahre bemerkte sie kleine Knötchen an den Nasenflügeln und dem vorderen Rande der Nasenscheidewand, welche verschiedene Veränderungen durchmachten, sich auch theilweise zurückbildeten, aber niemals vollständig schwanden. Die Knötchenbildung verbreitete sich langsam über die Wangen. Im vorigen Jahre trat sie mit einem Tumor in der Oberlippe in die Klinik ein, derselbe wurde entfernt und sie ging wieder nach Hause. Am 6. Februar d. J. kam sie wieder mit folgenden Veränderungen. Die Gesichthaut war angeschwollen, an den Wangen intensiv roth gefärbt, glänzend, gespannt, mit zahlreichen, theils isolirten, theils konfluirten Knötchen durchsetzt. Die Grenze des Weiterschreitens war durch einen peripheren Wall gekennzeichnet. Man hatte es hier zweifellos mit Lupus zu thun. In der Oberlippe sassen nahe aneinander drei Geschwülste von papillärem Bau, von diesen getrennt eine gänseeigrosse am Unterkieferwinkel. Die Umgebung dieser Geschwülste erschien derb infiltrirt. Die im vorigen Jahre exstirpirte Geschwulst hatte sich mikroskopisch als Carcinom erwiesen. Es blieb also kein Zweifel übrig, dass man es wiederum mit Carcinom zu thun habe, das aus floridem Lupusgewebe hervorgegangen ist. Vortragender bespricht nun die Eigenartigkeit dieser Art von Carcinom, das er für gutartiger hält als selbst die auf anderem z. B. Narbengewebe hervorgegangenen Hautkrebse. In prognostischer Beziehung halte Vortragender dafür, dass die Gefahr für die Kranke nicht im Carcinom, sondern im Lupus liege, der als Infiltrations-Lupus sehr tief greife und immer wieder Veranlassung zu neuerlicher Carcinomentwicklung gebe, wofür er als Beispiel einen Fall von Lupus-Carcinom anführt, den er vor einiger Zeit im Vereine vorgestellt hat, bei dem es im weiteren Verlaufe nach operativer Beseitigung eines gänseeigrossen Carcinoms nie mehr zu einem Rezidive an der Operationsstelle, wohl aber zu Carcinombildungen an weit abliegenden Stellen und zwar wieder auf floridem Lupusgewebe gekommen ist.

Sodann theilt der Vortragende einen Fall von Herpes Iris und circinatus mit.

Dieser Fall betrifft ein 6jähriges Mädchen, welches früher gesund gewesen sein soll und bei dem 8 Wochen vor der Aufnahme auf die Klinik ein Exanthem auftrat und zwar lokalisirt an den Interdigitalfalten der oberen Extremitäten. Bei der Aufnahme fand man an diesen Stellen mit einer trüben, eiterähnlichen Flüssigkeit gefüllte Blasen und in deren Nachbarschaft ganz kleine Bläschen, welche zum Theile so konfluirt waren, dass sie ringförmige blasige Abhebungen der Epidermis gebildet hatten. Ein isolirter Herd von solcher Blasenbildung war auch im Gesichte vorhanden. In den ersten Tagen des Aufenthaltes der Kranken auf der Klinik entwickelten sich an den genannten Stellen der oberen Extremitäten und dann auch an den unteren Extremitäten blasige Abhebungen der Epidermis mit eigenartiger Gruppirung. Sie standen im Kreise um eine centrale Borke, welche einer vorher geplatzten Blase entsprach. Es entwickelte sich zunächst ein Hof, bestehend aus kleinen Bläschen und durch Konfluirung derselben bildete sich eine grosse Blase, an der man noch ihre Entstehung aus kleineren unterscheiden konnte. Nach dem Entwicklungsgange und dem Aussehen des Krankheitsprozesses handelt es sich um eine Form von Blasenbildung der Haut auf erythematöser Basis, um Herpes Iris. Prof. PICK hatte in den letzten Jahren oft Gelegenheit, solche Fälle zu sehen. Sie bieten ganz das Bild der akuten Exantheme dar. Sie treten wie diese in bestimmten Jahreszeiten besonders auf, haben einen ähnlichen Verlauf, ein Prodromalstadium, ein wenn auch nur geringes Eruptionsfieber (nicht über 38 Grad Celsius) und es kommt auch zur Affektion an den Schleimhäuten, indem gleichzeitig mit dem Erythem an der Haut sich Trübung des Epithels einstellt mit nachfolgender Abstossung desselben. Auch katarrhalische Erscheinungen des Darmkanals treten auf. So stellt sich, wie der Vortragende betont, ein Gesammtbild ein, wie man es bei akuten Exanthemen findet.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. März 1893.

Dr. Gottschalk: *Lithopädion.*

Das durch Laparotomie entfernte Lithopädion ist von der jetzt 54jährigen Patientin 30 Jahre lang getragen worden. Dieselbe war mit 15 Jahren menstruirt, heirathete im 21. und gebar im 22. Lebensjahre eine Tochter. Im zweiten Jahre ihrer Ehe wurde sie aufs neue schwanger. Als sie am Ende der Schwangerschaft Wehen spürte, schickte sie zum Arzt, welcher, als trotz der stürmischen Wehen der Muttermund sich nicht erweiterte, die Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft stellte und, weil man damals die Laparotomie aus diesem Grunde noch nicht auszuführen pflegte, die Frau ihrem Schicksal überliess. Die Natur half ihr, sie wurde 18 Wochen an das Bett gefesselt und überstand eine heftige Peritonitis mit Schüttelfrost und Fieber, wurde dann wieder regelmässig menstruirt, konzipirte aber nicht wieder. Sobald sie eine Binde trug, welche das Kind hielt, empfand sie keine Beschwerden. Seit zwei Jahren war das Kind tiefer getreten, und zwar mit dem Kopfe in das Becken, so dass Harnbeschwerden entstanden. Ihre Umgebung versuchte ihr dadurch Erleichterung zu verschaffen, dass sie die Patientin alle acht Tage auf den Kopf stellte; alsdann rutschte das Kind zurück. In diesem Sommer exacerbirten die Beschwerden und vor einigen Tagen wurde Patientin an GOTTSCHALK zur Operation geschickt. Er fand das kleine Becken der ziemlich elenden Patientin ganz durch einen Tumor ausgefüllt, welcher die Konfiguration des kindlichen Schädels wiedergab. Oberhalb setzte sich der Tumor in die Bauchhöhle bis zur Nabelhöhle fort; man fühlte eine knochenharte Geschwulst mit starken Knochenhöckern. Bei der Operation fand sich die Oberfläche des Tumors mit Peritoneum, Netz und Darmschlingen verwachsen, doch gelang es, die Adhäsion zu lösen und bis zur Placentarstelle zu gelangen, welche auf dem linken Lig. latum gelegen und sehr reichlich vaskularisirt war. GOTTSCHALK umstach die stark blutende Stelle und fand nun, dass die linke Tube ganz gestreckt nach dem Lig. pelvicum heraufging. Die Operation ist glatt verlaufen, Patientin hat sich erholt.

Dr. E. HAHN hat vor mehreren Jahren ein Lithopädion operirt, welches von der Patientin ebenfalls 30 Jahre getragen worden war. Mikroskopisch konnte nachgewiesen werden, dass die Muskeln vollständig erhalten und auch an den anderen Organen die Theile vollkommen intakt waren.

* * *

Dr. Beckmann: *Nase und Nasenrachenraum in ihren Beziehungen zu einigen Krankheiten, namentlich Asthma und Skrofulose.*

Dr. BECKMANN geht davon aus, dass nach BLOCH's Versuchen die Athemluft in der Nase um $^5/_9$ ihres Temperaturabstandes von der Aussenluft erwärmt, mit Wasserdampf zu $^2/_3$ gesättigt und von Staub grösstentheils gereinigt wird. Fällt nun die Nasenathmung aus, so trocknet die durch den Mund eintretende Luft zunächst diesen aus, namentlich Nachts, wo der Mund nicht durch Schlucken oder Trinken angefeuchtet wird, und so entzieht die Athemluft allmälig immer tieferen Theilen des Respirationstraktus Feuchtigkeit und führt schliesslich zur Austrocknung der kleinsten Bronchien. So entsteht ein starker Reibungswiderstand für die Athemluft der bei der Inspiration, durch welche die Kanäle kräftig auseinander

gezogen werden, noch verhältnissmässig leicht überwunden wird. Bei der Exspiration jedoch werden die trockenen und durch unregelmässig angetrockneten Schleim noch mehr verengten und noch energisch zusammengepressten Bronchien der Luft einen solchen Widerstand bieten, dass derselbe nicht mehr überwunden werden kann; es kommt zur Retention von Luft, zur Lungenblähung und starker exspiratorischer Dyspnoe, zum asthmatischen Anfall. Die CURSCHMANN'schen Spiralen bilden sich aus dem eintrocknenden Schleim — die LEYDEN'schen Krystalle aus der auf die trockene Schleimhaut angesaugten und nun auch der Austrocknung verfallenden Lymphe, wie sie sich aus jeder langsam eintrocknenden Lymphe entwickeln.

Nach kürzerer oder längerer Dauer des Anfalls tritt, vielleicht unterstützt durch die Stauung im kleinen Kreislauf, eine Exsudation in die Bronchien ein, die zusammen mit dem vorher entstandenen Austrocknungsprodukten, den Spiralen und Krystallen, das charakteristische Asthmasputum bildet. Auf ähnliche, aber mehr schleichende Weise, auch durch Insufficienz der Nasenathmung denkt sich Vortragender das Emphysem entstanden, das aber einerseits auch Folgekrankheit des Asthmas ist, andererseits Asthmaanfälle begünstigt.

Die Insufficienz des Nasenluftweges, resp. die Mundathmung, wirkt nun besonders ungünstig auf den Respirationstraktus dadurch, dass mehr Staub und namentlich Spaltpilze, die sonst von der Nase zurückgehalten und unschädlich gemacht werden, in die tieferen Luftwege gelangen, und andererseits, dass durch Austrocknung die Schleimhaut ihrer natürlichen Schutzorgane, des Schleimes, der Thätigkeit des Flimmerepithels und der Durchwanderung der weissen Zellen beraubt, und daduch erst für Infektion empfänglich wird. Er hat dies namentlich für eine Reihe von Infektionen auch thatsächlich beobachtet, so für Entzündungen und Abscesse der Mandel, für Diphtherie, wobei er der Ansicht, dass die Infektion durch Ingesta zustande kommen könne, mit der Beobachtung entgegentritt, dass das Schlucken fester Sachen nach Tonsillotomieen am besten Infektionen der Wundflächen verhüte; ein Verfahren übrigens, von dem er auch bei Diphtherie gute Erfolge sah, und das er für das schonendste und wirksamste zur Reinigung wunder oder kranker Rachenpartieen hält. Chronische Rachen- und Kehlkopfkatarrhe sah er ebenfalls ausser durch Herabfliessen von Eiter und Schleim aus Nase und Nasenrachenraum fast nur durch Mundathmung veranlasst. Bei Tuberkulösen konstatirte schon BRESGEN in allen Fällen chronische Rhinitis. Auch Redner kann bestätigen, dass Tuberkulöse meist insufficiente Nasenathmungen haben. Er hält Funktionstüchtigkeit der Nase nicht nur prophylaktisch für sehr wichtig, sondern auch therapeutisch, indem das beste Klima bei Mundathmung dem erkrankten Respirationstraktus bei weitem keine so gute Athmungsluft zuführen kann, wie etwa unser hiesiges Klima bei Nasenathmung. Zum Schlusse spricht Vortragender über Skrofulose und ihre Abhängigkeit von Vergrösserung und Eiterung der Rachenmandel. Er unterscheidet drei Reihen von skrofulösen Erscheinungen: 1. eine periphere nicht tuberkulöse, die Nasen- und Ohreneiterungen, die Ekzeme, die Augenentzündungen, die Katarrhe der Respirationsschleimhaut, 2. eine theilweise tuberkulöse, die Erkrankungen der Drüsen, des Halses, der Bronchien und des Mesenteriums und 3. ausschliesslich tuberkulöse, die skrofulösen Knochen- und Gelenkentzündungen. Die erste Reihe der Erscheinungen werde direkt durch die eiternde Rachenmandel hervorgerufen, indem der von derselben gelieferte Eiter theils verschluckt werde, theils durch die Nase abfliessen und hier Ekzeme des Naseneinganges, der Oberlippe und des Gesichtes veranlasse. Von hier aus werde dann das infektiöse Sekret in die Augen, auf den Kopf verschleppt und erzeuge dort entsprechende Erkrankungen. Durch Infektion und Verlegung der Tube von Seiten der Rachenmandel werden Ohreiterungen veranlasst und unterhalten, und durch Verlegung des Nasenluftweges die Katarrhe. Von der Rachenmandel oder von den durch Mundathmung für Infektion zugängig gemachten Luftwegen oder von den Ekzemen gelangen Keime in die Lymphdrüsen, theils Tuberkelbacillen, theils andere Mikrobien und von den Lymphdrüsen gelangen dann die Tuberkelbacillen in das Blut, um hier die Erscheinungen der dritten Reihe zu erzeugen. Therapeutisch genügt die Amputation der Rachenmandel, um die Symptome der ersten Reihe entweder sofort zum Verschwinden zu bringen, oder dieselben der sonst machtlosen Therapie sehr zugängig zu machen. Auch einfache Drüsenschwellungen bilden sich darnach zurück. Der Symptomenkomplex der Skrofulose wird also meist durch die eiternde Rachenmandel ausgelöst und es sei am besten, den Begriff der Skrofulose fallen zu lassen. Eine Konstitutionsanomalie sei sie jedenfalls nicht und die Hartnäckigkeit der Erkrankung erkläre sich einestheils aus dem Fortbestehen ihrer Ursache, anderntheils aus ihrer Natur. In Bezug auf die Therapie wendet sich Vortragender gegen die Galvanokaustik, die nicht nur unangenehme Schwellung und Eiterung veranlasst, sondern meist auch unnütz funktionstüchtige Schleimhaut zerstört. Für die Anhänger der Reflexneurosen war sie ja rationell, aber nach den im Obigen entwickelten Anschauungen kommt es darauf an, die Eiterungen in der Nase zu beseitigen. Sekretstauungen zu verhindern und die Nase für ein dem Athembedürfniss genügendes Luftquantum durchgängig zu machen. Hierzu erweist sich am zweckmässigsten der Gebrauch schneidender Instrumente und die Anwendung der auch sonst üblichen chirurgischen Encheiresen, die sich natürlich den komplizirten örtlichen Verhältnissen der Nase anpassen müssen.

(Deutsche Medizinal-Zeitung, 1893, Nr. 27.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Handbuch der chirurgischen Operationslehre.

Für praktische Chirurgen und Studirende.

Von **Frederik Treves**,

F. R. C. S. Chirurgen und Dozenten der Anatomie am Londoner Hospital.

Aus dem Englischen von Dr. Med. R. Teuscher.

Mit 422 Abbildungen.

Verlag von Hermann Costenoble. Jena 1892.

TREVES Werk unterscheidet sich von den meisten bis jetzt bekannten Lehrbüchern der Operationstechnik vor Allem durch die ungemein breite Anlage. Der vorliegende erste Band (über 800 Seiten stark) enthält zunächst ein Kapitel über allgemeine Prinzipien, dann eines über die Anwendung der Anästhesie, während in den folgenden Kapiteln die Unterbindungen, die Operationen an den Nerven, Amputationen, Operationen an Knochen und Gelenken und die Tenotomie abgehandelt werden. Allen Abschnitten gemeinsam ist eine äusserst detaillirte Ausarbeitung und eine sehr eingehende Benützung der Litteratur, allerdings in hervorragendstem Masse der englischen, in verhältnissmässig geringem Masse der deutschen. Die anatomischen Verhältnisse sind genau besprochen und, wie die einzelnen Operationsphasen, durch sehr gute und ungemein zahlreiche Zeichnungen verdeutlicht. Indikationen und Contraindikationen der einzelnen Methoden werden aufgezählt und motivirt. Die Zahl der angeführten und genau beschriebenen Operationsmethoden ist eine enorm grosse. Mit Erstaunen wird der in der deutschen chirurgischen Litteratur bewanderte Leser bemerken, dass die gleichen Operationen in England nach ganz anderen Erfindern benannt sind als bei uns.

Der Uebersetzer des Werkes, der sich seiner Aufgabe im Ganzen mit grossem Geschicke entledigt hat, hätte den Werth des TREVES'schen Buches für die deutsche medizinische Welt entschieden erhöhen können, wenn er die Litteraturangaben TREVES ergänzt und der englischen Nomenclatur der Operationsmethoden, die bei uns übliche beigefügt hätte. Das individuellste Gepräge trägt der erste Abschnitt, dessen erstes Kapitel über den Kranken handelt, d. h. von dem Einflusse des Alters, der Konstitution, des Geschlechtes, der Lebenssitten etc. auf den Ausgang der Operation. Die meiste Besorgniss flössen TREVES Nierenkrankheiten ein. Nicht weniger lesenswerth sind des Verfassers Ansichten über die seitens des Operateurs erforderlichen Eigenschaften, als deren wesentlichste er anatomische Bildung und Geschicklichkeit bezeichnet. In dem vom «Operationszimmer» handelnden Kapitel findet sich eine brauchbare Skizze für die Anwendung eines aus einem Wohnzimmer zu improvisirenden Operationszimmers. Reiche Erfahrung spricht auch aus

TREVES Bemerkungen über die Instrumente im 4. Kapitel. Er verurtheilt in gewiss viel zu weit gehender Weise den Gebrauch der Hohlsonde, der er keinerlei Berechtigung zuerkennt.

Schliesslich ist der Nachbehandlung der Wunden ein eigenes Kapitel gewidmet. — Wir zweifeln nicht, dass TREVES Werk, dessen zweite Hälfte bald erscheinen dürfte, auch bei uns Eingang finden wird. Die Fülle des Materiales und die Kritik des erfahrenen Verfassers machen es zu einem sehr brauchbaren Werk für den Chirurgen, der kaum je vergebens darin nachschlagen wird. Die Ausstattung ist ungewöhnlich gut.« *J. S.*

Zeitungsschau.

Dr. Theodor Landau: Die chirurgische Behandlung der chronischen Eiterungen im Becken. (Berliner klin. Wochenschr. 1892, Nr. 38.)

Die Eiterungen im Becken sind entweder Krankheiten für sich oder auf Grund eines Prozesses zu Stande gekommen der selbst ohne Eiterung besteht, Eiterung hervorrufen kann und selbst nach Entfernung der Eiterung weiter bestehen bleibt. In diese zweite Kategorie gehören vereiterte Tumoren, (vereiterte Myome, jauchende Carcinome, vereiterte Ovariencysten), sowie Tumoren, welche zwar einen Abscess nicht in sich schliessen, ihn aber veranlasst haben. Die Operation wird da immer eine radikale sein, also Laparotomie und Totalexstirpation. Handelt es sich um einen inoperabeln Fall, so wird wenigstens die Entleerung des Abscesses mit allen möglichen Mitteln versucht werden.

Ausserdem gibt es Beckeneiterungen, bei welchen die veranlassende Ursache nicht mehr existirt, z. B. Eiterung infolge von Infektion eines Cervixrisses, welcher aber bereits geheilt ist, perityphlitischer Abscess in Folge eines kleinen Risses im Darm, der aber wieder geheilt ist, Ovarialabscess als Residuum einer abgelaufenen Gonorrhoe u. s. w.

Bei diesen von LANDAU als activc bezeichneten Eiterungen wird man sich verschieden je nach Sitz und Ausdehnung derselben verhalten. — Handelt es sich um einen circumscripten, isolirten Tumor, der sich vollständig von seiner Umgebung abhebt, so wird das Vorgehen so sein, als wäre es keine entzündliche, sondern eine genuine Neubildung d. h. es «kommt generell und prinzipiell die Laparotomie zu ihrem Recht».

Handelt es sich dagegen um diffuse, infiltrirende Geschwulstbildungen, welche mit mehreren Organen verwachsen sind, so hängt das Verfahren von der räumlich — topographischen Lage des pathologischen Befundes ab. Liegt die Geschwulst nahe den Bauchdecken, so wird man selbstverständlich diese indiciren; liegt sie nahe dem Scheidengrunde, so genügt, wenn peritoneale Adhäsionen vorhanden sind, ebenfalls die Incision, wo nicht — Incision nach Abschluss der Umgebung durch Naht oder temporär liegenbleibende Klemmen.

Nun gibt es aber endlich entzündliche Tumoren, die in der Tiefe, sei es intra- oder retroperitoneal gelegen, von den Bauchdecken, wie von der Scheide aus gleich schwer zu erreichen sind. Für diese Fälle, bei denen bisher nach PÉAN's Angabe die Eröffnung mit Totalexstirpation des Uterus verbunden war, empfiehlt LANDAU als neues Verfahren die Resection des Uterus. (Centralbl. für Gyn. 1892, Nr. 35.) Die Tendenz dieser Operation ist dieselbe, wie die Resection der Rippen bei Empyem des Thorax. Es gilt einerseits eine ausgiebige Drainage zu sichern, andererseits die Möglichkeit zu schaffen, dass die Abscesswände behufs Heilung wieder zusammenfallen können.

Man geht vor wie bei der Totalexstirpation, nur kann der Uterus wegen des zu Grunde liegenden Prozesses nicht herabgezogen werden und man muss daher in situ operiren. Nach der Methode des PÉAN'schen Morcellements wird zunächst das Collum abgekappt, dann die Uteruswand entweder an einer oder an beiden Kanten soweit resecirt, dass es gelingt mit dem palpatorisch vordringenden Finger oder einem stumpfen Instrumente das Eiterdepôt ausgiebig zu eröffnen. Zur Blutstillung dienen ausschliesslich liegen bleibende Klemmen, die Wundbehandlung ist eine vollkommen offene. Zwei nach dieser Methode behandelte Fälle wurden geheilt.

Dr. A. Kronfeld (Wien): Zur Antipyrinwirkung. — (Oesterreich Aerztliche Vereinszeitung Nr. 5, 1893.)

Folgende Zeilen beschäftigen sich mit einer sehr erfolgreichen Versuchsreihe, in welcher das Antipyrin bei mannigfaltigen Krampfzuständen, sei es nun genuine Epilepsie, Hystero-Epilepsie, Chorea, zur Anwendung gelangte. Der Umstand, das Antipyrin bei den verschiedensten Krankheitsformen von mächtiger therapeutischer Wirkung ist, war vor Allem massgebend hiefür, dass ich es bei obigen Neurosen zur Anwendung brachte.

Denn unter allen modernen Arzneikörpern hat sich wohl das Antipyrin den grössten Wirkungskreis erworben. Es gehört gewissermassen zum eisernen Vorrath des Klinikers und des praktischen Arztes und alle Konkurrenztherapeutica, welche Tag für Tag wie Pilze aus dem Boden schiessen, haben sich in ihrer Wirkung weder als so verlässlich, noch als so wirksam bei ganz distinkten Krankheitsgruppen erwiesen.

Die Literatur des Antipyrins ist seinem Werte entsprechend kolossal angewachsen. Sehr verlässliche Beobachter rühmen seine Wirkung vor Allem als Antipyreticum. Hier tritt seine leichte Löslichkeit und sein nicht unangenehmer Geschmack im Gegensatze zum Chinin besonders vortheilhaft hervor. Bei Gelenksrheumatismus und Arthritis scheint es gerade in jenen Fällen, wo uns das universelle salicylsaure Natron im Stiche lässt, ein sehr werthvolles Therapeuticum zu sein. Seine Bedeutung als Nervinum ist so allgemein bekannt, dass es nicht selten vom Publikum ohne ärztliche Verordnung gebraucht und wohl auch missbraucht wird. Von sonstigen Krankheiten war es speziell der Keuchhusten, bei welchem Verfasser auffallend günstige Resultate mit der Antipyrintherapie erzielt hat.

Verfasser hat es sich speziell angelegen sein lassen, die Wirkung des Antipyrins bei Krampfzufällen zu beobachten. Hiezu haben ihn folgende Beobachtungen veranlasst: WOLLNER sah von ausgiebigen Antipyrindosen (3 *gr* pro die) bei einem 16 jährigen chlorotischen Mädchen eine ziemlich heftige Chorea minor rasch heilen. (Münchener Med. Wochenschrift Nr. 5, 1892). LEGROUX theilte in der Akadémie de Médecine zu Paris (27. Dezember 1887) mit, dass er 6 Fälle von Chorea durch Antipyrin geheilt habe. Er drückte sich recht drastisch aus, indem er meinte, es sei ihm gelungen, in 6—27 Tagen Heilung bei einer Krankheit herbeizuführen, deren gewöhnliche Dauer 70—90 Tage beträgt, GRÜN und LILIENFELD berichten ebenfalls über auffallend rasche und güntige Heilungen Choreatischer mittelst Antipyrin.

Auffallend selten scheint das Mittel bei Epilepsie versucht zu werden. So melden ROBIN und MENDEL, dass dem Antipyrin auf den Krampfanfall selbst keine Wirkung zukomme; doch glaubt ROBIN, dass es im Stande sei, die sekundären psychischen Störungen abzuschwächen.

Auch die Wirkung des Mittels bei Hysterie nennt MENDEL (Therap. Monatshefte Nr. 7, 1887) zweifelhaft; das Mittel soll hier am häufigsten seine unangenehmen Nebenwirkungen entfalten. Ja, HIRSCH (Therap. Monatshefte Nr. 10, 1888) erklärt es als entschieden kontraindizirt bei Hysterie.

Für Verf. Entschluss, die Wirkung des Antipyrins neuerdings bei Chorea, Hystero-Epilepsie und Epilepsie, also bei den häufigsten in einem grossen Krankenhause zur Beobachtung gelangenden Krampfformen, systematisch zu prüfen, waren theils unsere Anschauungen über diese Krankheitsgruppen, theils einzelne Ergebnisse des Thierexperiments massgebend.

Wenn auch die Ergebnisse der mannigfaltigen und von guten Beobachtern angestellten Versuchen mit Antipyrin sich nicht vollständig decken, so ist doch Eines unzweifelhaft sichergestellt — das Antipyrin beeinflusst den Blutdruck in hohem Grade. DEMME (Fortschritte der Medizin 1886) beobachtete bei Thieren eine Erregung der muskulo- und vasomotorischen Centren und hiemit im Einklang ein Steigen des Blutdruckes in die Erscheinung, ohne direkte Einwirkung auf das Herz. Dass das Herz bei antipyrinvergifteten Thieren nicht direkt beeinflusst wird, hatte schon vorher COPPOLA (Riv. di chim. med. et farm. 1884) nachgewiesen. BETTELHEIM (Med. Jahrbücher 1885) sah bei kurarisirten Thieren vorerst ein Sinken des Blutdruckes. Nach 5 Versuchen am

Kaninchen muss KRONFELD sich ebenfalls der Anschauung anschliessen, dass das Antipyrin nach mehrfachen Schwankungen des Blutdruckes ein schliessliches energisches Sinken desselben bewirkt, Verf. übergeht an dieser Stelle andere experimentelle Untersuchungen und schliesst sich jener Mehrzahl von Beobachtern an, welche vom Antipyrin eine sehr energische Beeinflussung des Blutdruckes mit schliesslichem Sinken desselben gesehen haben.

Die Pathogenese der genuinen Epilepsie, der Hystero-Epilepsie, der Chorea ist zwar noch in tiefes Dunkel gehüllt; dass jedoch abnorme Verhältnisse des Cirkulationsapparattes bei allen drei Krankheitsgruppen eine hervorragende Rolle spielen, wird kaum bestritten.

Die «epileptische Veränderung» der normalen Erregbarkeit steht mit einer Verminderung, respektive mit einem Wegfall der zentralen Hemmungsvorgänge in innigem Zusammhange. Der einzelne Anfall ist — bei genuiner Epilepsie — nicht durch gröbere anatomische Läsionen bedingt, sondern kann nur auf vorübergehenden Anomalien der Blutvertheilung beruhen. Durch Reizung der vasomotorischen Centra in der Medulla oblongata entsteht höchst wahrscheinlich Anämie der Grosshirnrinde und als direkte Folge Bewusstlosigkeit und das Bild der Konvulsionen.

Die Krampfformen der Hysterischen decken sich zum Theile mit denen der genuinen Epilepsie! ja, sie sind in vielen Fällen von der echten Epilepsie kaum zu trennen, was ja der Name «Hystero-Epilepsie» andeutet. Die Ursachen der Hysterie, die Frage, worauf diese erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems mit gesteigerten Reflexen in der in der sensorischen und speziell sekretorischen Sphäre beruht, ist noch nicht endgiltig beantwortet. Eines ist jedoch klar: Ein abnorm veränderliches Nervensystem kann schliesslich und endlich nur ein abnorm ernährtes sein.

Ohne sich irgendwie der Anschauung anzuschliessen, die Chorea sei eine «Hysterie des Kindesalters», glaubt Verf. auch Choreatische mit ihren coordinatorischen Bewegungsstörungen in die Versuchsreihe ziehen zu sollen. Die choreatische Disposition hat mit der Epilepsie und Hysterie das Eine gemeinsam, das wir über ihre letzten Ursachen ganz im Unklaren sind. Der Umstand, dass es sich zumeist um anämische und chlorotische Individuen handelt, zwingt uns, wohl auch hier an eine erworbene oder angeborene Anomalie im Cirkulationsapparate zu denken.

Pauly: Syphilitische Tabes (Lyon méd. 12. Juni 1892. — Centralbl. f. klin. Medizin Nr. 12, 1893).

Der Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes ist zwar durch zahlreiche, einwandsfreie Beobachtungen gesichert. Besonders deutlich aber wird derselbe durch Fälle illustrirt, in denen rasch nach der syphilitischen Infektion, im sekundären Stadium oder bald danach eine Tabes sich in rapider Weise ausbildet. Diese Fälle sind äusserst selten; FOURNIER hat nur 2 solche beobachtet, von denen überdies der eine nicht ganz einwandsfrei war; im Ganzen finden wir nur 5 in der französischen Literatur.

PAULY fügt in der vorliegenden Abhandlung einen neuen hinzu.

Es handelte sich um einen Mann, der im September 1891 den Primäraffekt sich zugezogen hatte. Bereits nach 4 Monaten zeigten sich die ersten ataktischen Erscheinungen, und nach 5 Monaten war die Tabes ausgebildet. Trotz sehr intensiver antiluetischer Kur gelang es nicht, die Erscheinungen zu bessern. Kurz vor den ersten Symptomen der Tabes waren die Sekundärerscheinungen der Lues sehr heftig aufgetreten (doppelseitige Iritis dabei) und dauerten auch nach völliger Ausbildung der Tabes noch weiter fort. Die Prognose dieser Tabes ist natürlich eine ungünstige wegen der Erfolglosigkeit der Behandlung und des rapiden Verlaufes.

Dr. L. Bremer (St. Louis): **Ueber einige Formen von Vagusneurosen.** (Weekly Med. Review. — Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 19, 1893).

Patientin, ein 13jähriges Mädchen mit neuropathischer Belastung, war bis zum 10. Jahre gesund, wo sie die Masern bekam. Noch bevor sie ganz genesen war, erkältete sie sich und fühlte seit der Zeit Schmerzen in der Gegend des Magens, die vier Jahre hindurch täglich, besonders nachmittags, anfallsweise auftraten und eine halbe bis zwei Stunden dauerten. Plötzlich hörten sie eines Tages auf und Patientin begann tief und mühsam zu athmen. Die Anzahl der Respirationen beträgt 12—8 in der Minute, alle Hilfsmuskeln werden hierbei in Anspruch genommen. Der Thorax ist abnorm expandirt, die linke Schulter erhebt sich höher als die rechte und der Kopf ist nach rechts geneigt. Bei der geringsten physischen Anstrengung sind diese Besonderheiten noch stärker ausgeprägt. Bei absoluter Ruhe und horizontaler Lage verschwinden die dyspnoischen Symptome fast ganz. Nur alle 10—15 Minuten macht Patientin eine tiefe Inspiration, während die anderen schneller und oberflächlicher sind. Sonst fühlt sie sich wohl, der Puls ist zwischen 70 und 80. Dieser Zustand besteht bereits 10 Monate.

Es ist im höchsten Grade wahrscheinlich, dass wir es hier mit einer abnormen Beschaffenheit des Blutes zu thun haben, das auf das Athmungscentrum störend einwirkt. Das ganze klinische Bild, besonders die Unfähigkeit eine körperliche Arbeit zu verrichten ohne die Athemnoth zu steigern, das excessive Gähnen zeigt einen Oxygenhunger des ganzen Organismus an, der durch eine abnorme Thätigkeit des Respirationscentrum hervorgebracht wird. Strychnin brachte für einige Wochen Besserung, dann aber war die Kraft des Mittels erschöpft. BREMER wandte darauf kleine Dosen von Extr. Quebracho an; hierdurch besserte sich die Respiration stetig, im Verlaufe einiger Monate athmete Patientin normal.

Der folgende Fall erklärt und bestätigt einigermassen den ersten.

Es handelte sich um einen 36jährigen Mann, dessen Vater ein Trunkenbold war. Er war in seiner Jugend ein scheuer, stiller Knabe. Leichte Emotionen brachten ihn ausser Athem. Er trank und rauchte nicht, da er die Folgen fürchtete. Jahre hindurch hatte er Schmerzen im Epigastrium, die von Athemnoth begleitet waren. Er leidet an Verdauungsstörungen und erbricht häufig. Er athmet leichter bei Ruhe, doch strengt ihn das Sprechen mehr an, als seine Arbeit (Patient ist Schmied). Er hat öfter Schwindel und leidet an Kopfschmerz. Die Processus spinales sind schmerzhaft, ebenso die Nackenmuskeln. Daneben sind Zuckungen der Gesichtsmuskeln vorhanden. Das Herz steht manchmal still, dabei besteht Präkordialangst. Nach dem Koitus, den er zweimal wöchentlich ausübt, verschlimmern sich die dyspnoischen Symptome.

Das hervorstechendste Merkmal, das dem Beobachter vor Allem auffällt, sind die sonderbaren Bewegungen, die Patient macht, um seinen Oxygenhunger zu befriedigen. Mit diesen centralen Störungen des Vagus sind hier aber auch solche des Herzens und Magens verbunden, so dass der ganze Vagus und leichthin auch der Facialiskern affizirt ist. Mit Ausnahme von Kaltwasserbegiessungen schlug hier jedes andere Mittel fehl.

Dignat: Monoplegisches Zittern erfolgreich behandelt durch den inducirten Strom. (Le Progrès Médical 1893, Nr. 9.)

Darüber hat Dr. DIGNAT in der Sitzung vom 16 Februar l. J. der «Société française d'Electrothérapie» berichtet. Es handelt sich um ein Individuum, 72 Jahre alt, welches seit 4 Jahren nacheinander sämmtliche Symptome einer monoplegiformen Paralysis agitans der oberen rechten Extremität darbot: Stark ausgesprochene Rigidität der Muskeln, isochrones und kontinuirliches Zittern, sich während des Ruhezustandes des Körpers äussernd und charakterisirt durch langsame und regelmässige Flexionsbewegungen der Phalangen und durch analoge Bewegungen der ganzen Hand gegen den Vorderarm zu; Gefühl von Hitze, Starrheit des Blickes etc. Unter Ausschliessung jeder anderen Behandlung wurde der Induktionsstrom örtlich auf die verschiedenen Muskelgruppen der betroffenen Extremität angewendet. Der Kranke sah allmälig und definitiv die Muskelrigidität und den Tremor verschwinden. Verfasser hebt besonders hervor, dass sein Patient, welcher trotz des vorgeschrittenen Alters im vollen Besitze der geistigen Fähigkeit ist, weder in letzterer Zeit noch in seinen hereditären und persönlichen Antecedentien irgend etwas dargeboten hat, das an eine Sklerose en plaques

oder eine Hirnerweichung oder an eine Hysterie hätte denken lassen können. Es muss indess bemerkt werden, dass Patient schon einmal im Jahre 1858 während einer Revolte in Mexiko von einem allgemeinen Tremor befallen wurde, welcher nach einigen Monaten von selbst ohne jede Behandlung zurückging. *A. D.*

Guinon und Souques: Tabes und Diabetes. (Arch. de neurol. 1892. No. 66—68. — Centralblatt für klinische Medizin. 1893. Nr. 10.)

Die Verfasser geben zunächst eine Erklärung ihres Themas. Man kann sprechen:

1. von tabischen Symptomen bei Diabetes: Verlust des Kniereflexes (BOUCHARD), lancinirenden Schmerzen etc.;

2. von Glykosurie im Verlauf der Tabes als Symptom der Ausdehnung des sklerotischen Prozesses auf den 4. Ventrikel (Fälle von OPPENHEIM, REUMONT, FISCHER);

3. tabische Personen können hereditär belastet sein durch Diabetes in der Ascendenz oder umgekehrt;

4. Tabes und Diabetes können beide selbständig bei einer Person auftreten.

Nur die beiden letzten Gruppen fallen in das Bereich der Arbeit. GUINON und SOUQUES theilen eine grosse Zahl genealogischer Tabellen mit — vorzüglich der Praxis CHARCOT's entlehnt, — aus welchen hervorgeht, dass Tabes, Hysterie, Epilepsie, Lähmungen, Psychosen, sehr oft mit Rheumatismus, Gicht, Diabetes, Nierensteinen alternirend in demselben Geschlechte auftreten Die jüdische Rasse stellt ein besonders reiches Kontingent, sowohl zu der grossen Klasse der Neuropathien, wie zu der der Leiden mit harnsaurer Diathese.

Die Verfasser berichten ausführlich über 6 eigene Beobachtungen: in 5 derselben waren Tabes und Diabetes beide ausgebildet, aber zu verschiedenen Zeiten selbständig aufgetreten. Bei 3 dieser Kranken ist keine Heredität nachweisbar. Ein Patient hatte nur Tabes, sein Vater Gicht und Zuckerkrankheit; in der väterlichen Familie bestanden Neuropathien; die Mutter hatte Tuberkulose.

Die Verfasser kommen zu folgenden Resultaten: Beiden Krankheiten gemeinsam, also weder für Pseudotabes diabetica, noch für tabische Glykosurie entscheidend sind:

1. lancinirende Schmerzen;

2. Anästhesien, Hyperästhesien und Parästhesien;

3. Verlust des Kniephänomens;

4. trophische Störungen: Mal perforant, Ausfall der Zähne und Nägel, lokale Anhidrosis;

5. Kälte und Impotenz;

6. ROMBERG's Phänomen.

Dagegen dienen der Differentialdiagnose:

1. Larynxkrisen, welche bei echtem Diabetes wahrscheinlich nicht vorkommen;

2. motorische Inkoordination: typischer ataktischer Gang nur bei echter Tabes, bei toxischer Pseudotabes «Steppage»;

3. Blasenstörungen: bei Diabetes allenfalls Retention, Inkontinenz nur bei Tabes;

4. Augenstörungen: Myosis und Starre sprechen für Tabes; besteht bei Diabetes wirklich Atrophia optici, so sind stets beide Papillen gleichmässig atrophisch, bei Tabes ist so gut wie immer ein Auge stärker ergriffen. Dagegen spricht für Diabetes: Katarakt, Accommodationslähmung, Retinitis, Glaskörperblutungen.

Der Urin ist bei originärer Glykosurie meist hochgestellt, es besteht Polyurie. In den beschriebenen Fällen tabischer Melliturie stieg der Zuckergehalt nie über 1·3 Perzent, die höchste Zuckerausscheidung pro Tag betrug 39 *gr*, während Diabetiker 200 *gr* und mehr ausscheiden.

Polyphagie, Polydipsie, Furunkulose spricht für echten Diabetes, endlich kann ex juvantibus (Diät) die Differentialdiagnose gestellt werden.

Bei tabischer Glykosurie kommen andere Bulbärerscheinungen vor; es fehlen nie:

1. Anästhesie im Gebiet des Trigeminus;

2. erhöhte Pulsfrequenz.

Es können noch vorhanden sein (OPPENHEIM):

1. gastrische und Larynxkrisen;

2. Funktionsstörungen der Stimmbänder;

3. Krampfhusten, Erstickungsanfälle.

Die Autoren sprechen von Kombinationen der echten Tabes mit originärem Diabetes, wenn

a) zu bestehendem Diabetes hinzutreten: typische Ataxie, Blasen- und Augenstörungen und wenn diese Symptome einer antidiabetischen Diät nicht weichen;

b) zu bestehender Tabes sich hoher Perzentgehalt des Urins, Polyurie, Polydipsie ohne Bulbärerscheinungen hinzugesellt.

Zum Schluss der Arbeit bringen die Verfasser eine interessante Beobachtung von Dr. SATIL. In einer Familie mit hereditärer Ataxie sind in der 2. Generation 3 Kinder ataktisch, 1 diabetisch; in der 3. von 17 Personen 4 ataktisch, 1 choreatisch. In der 4. Generation ist die Ataxie erloschen; von 12 Kindern leidet ein Mädchen an Astasie-Abasie; die übrigen sind von Neuropathien frei.

Dr. Sedziak (Warschau): **Beitrag zur Frage des sogenannten Nasencroup. (Rhinitis crouposa fibrinosa).** — (Nowiny Lekarskie Nr. 10, 1892.)

Verfasser führt einen neuen Fall an zur Erhärtung seiner bereits früher aufgestellten Behauptung, dass Nasencroup, wenn auch selten, doch unzweifelhaft vorkommt und sich sowohl durch den klinischen Verlauf als auch durch die Art des Virus von der Nasendiphtherie unterscheidet. In dem mitgetheilten Falle spricht die geringe Allgemeinaffektion, der Mangel der Halsdrüsenschwellung, von Symptomen seitens der Rachen-Nasenrachenhöhle und der Ohren, von nachfolgenden Lähmungen und von Komplikationen seitens anderer Organe (Nieren), ferner die Anwesenheit typischer Membranen auf dem Nasenseptum, die sich ohne Blutung leicht abziehen liessen ohne Geschwüre zu hinterlassen und endlich das Resultat der bakteriologischen Untersuchung (Fehlen von KLEBS-LOEFFLER'schen Bacillen) wie auch der negative Impfungserfolg an Kaninchen für die Anwesenheit von Nasencroup und gegen Diphtherie. *Sp.*

Kal. chloricum als Galaktagogum.

Alex. HARKIN (Bull. gén. de thérap.) theilt mit, dass ihm und seinen Freunden seit einem halben Jahrhundert das chlorsaure Kali zur Steigerung der Milchsekretion bei stillenden Frauen besonders nützlich sich erwies. Nachtheil für die Mutter oder Kind wurde nie beobachtet HARKIN verordnet:

Rp. Kalii chloric.	28·0
Aqu. dest.	560

MDS. 3 Mal täglich vor der Mahlzeit 2 Esslöffel.

Schon im Beginne der Behandlung, häufig nach 24 Stunden, merkt die Stillende, dass die Brustdrüsen an Volumen zunehmen; bald zeigt sich auch eine Zunahme der Milchsekretion und eine bessere Ernährung der Kinder. Nicht nur bei Frauen, sondern auch bei säugenden Thieren hat sich dieses Mittel, wie durch mehrere Versuche in grösseren Meiereien festgestellt worden ist, sehr gut bewährt. So wurde bei Kühen und Ziegen zunächst die Milchmenge 4 Tage hindurch Morgens und Abends vor und ebenso lange Zeit nach Verabreichung von Kal. chloricum bestimmt. Es zeigte sich nun stets während der 4 Tage nach der Verabreichung des Kal. chlor. eine sofortige Zunahme der Milchsekretion bis zu 40 Procent, die noch durch weitere 4 Tage anhielt; dabei war das Kal. chlor. nicht nur ohne Nachtheil für die Thiere, sondern besserte noch das Allgemeinbefinden derselben. In einem Falle, in dem eine Kuh in Folge des Puerperalfiebers die Milch verlor, setzte das Kal. chlor. die Temperatur rasch herunter und stellte die Milchsekretion wieder her. Ist die Milchsekretion erhöht, so erzeugt das Kal. chlor. keinerlei Wirkung. Unmittelbar nach der Entbindung begünstigt es die Milchsekretion, wenn dieselbe fehlt, in erheblichem Masse.

Zuschrift an die Redaktion der „Intern. Klinischen Rundschau"

Humanität.

Von **Dr. Mensinga** in Flensburg.

Mit wahrem Hochgenuss registrire ich die in dem letzten Dezennium in wachsender Zahl ausgeführten heroischen Thaten seitens kompetenter Aerzte, welche darauf hinauszielen, den natürlichen Wünschen gefährdeter Frauenleben gerecht zu werden. So beleuchtete ich a. a. O. vor wenigen Jahren das Verfahren SIPPEL's in Frankfurt a. M., welcher bei einer Vielgebärenden die indicirte Laparotomie vollzog und in besonderer Berücksichtigung des berechtigten Wunsches der Patientin durch gänzliche Entfernung der afficirten Ovarien die Fruchtbarkeit der Besagten aufhob. Ebenso hat er kürzlich die indicirte doppelseitige Ovariektomie an einer Patientin vollzogen, welche den berechtigten Wunsch ausgesprochen nicht steril zu werden, so dass er ein kleines scheinbar gesundes Stückchen des linken Ovariums zurückliess, und zwar mit dem Erfolge, dass Patientin 2 Jahre später ein gesundes, kräftiges Kind gebar.

Auffallend rasch hat sich ferner das Verfahren CHAMPNEY's (in England) Anhänger verschafft. Ich berichtete über dasselbe vor längerer Zeit in diesem Blatte. Er führte bei einer Kreissenden die Sectio caesarea aus, zugleich aber ligirte er doppelt und durchtrennte die Tuben um die Patientin jeglicher weiteren Gefahr ex coitu zu entziehen. Die Verhandlung der Gesellschaft für Geburtshilfe in London vom 2. März 1893 zeigt, welchen Aufschwung dieses Verfahren genommen.

Dr. LEITH NAPIER caesarotomirt eine II para mit $6^2/_3$ *cm* Conj. vera, deren erstes Kind durch Ovariotomie entbunden wurde, und unterbindet doppelt und durchtrennt die Tuben um die Patientin steril zu machen, ohne ihr Geschlechtsleben zu beeinflussen Mutter und Kind am 34. Tage gesund entlassen.

Dr. JOHN SHAW macht bei einer I para mit $6^1/_3$ *cm* Conj vera ebenfalls den Kaiserschnitt mit Erfolg für Mutter und Kind, und entfernt dann die Ovarien; geheilt entlassen.

Dr. CULLINGWORTH macht bei einer 21jährigen mit 6 *cm* Conj. vera den Kaiserschnitt, mit selben Erfolg, ligirt beide Tuben. Entlassung nach 24 Tagen.

W. BLAND SUTTON, Kaiserschnitt mit günstigem Erfolg, Ligatur der Tuben.

Dr. HORROCKS übt auch die Unterbindung der Tuben und macht den Porro nur mehr da, wo andere Gründe als blosse Sterilisirung massgebend sind.

Dr. DUCAN hält die Verhinderung der Konzeptionsfähigkeit beim Kaiserschnitt, und die dadurch erreichte völlige Genesung, sowie Gefahrbeseitigung für die Mutter für einen unermesslichen Vortheil. Derselbe hat s. Z. die Indikation des Abort. artif. bei Tuberkulose aufgestellt und mit Erfolg durchgeführt, trotz der starren Buchstabengesetze der High Church in England. Das die Universität Leyden (Prof. TREUB) denselben Humanitätsprinzipien huldigt, habe ich neulich an dieser Stelle nachgewiesen. Von den Universitäten Breslau, Kiel und Basel habe ich gelegentlich Akte der reinsten Humanität registriren können, obgleich solche in Widerspruch standen mit den alten überkommenen starren, pergamentenen Grundsätzen.

In diesen herzerquickenden Humanitätsreigen ist unlängst auch die Universität Strassburg eingetreten, wie eine Inaugural-Dissertation des Dr. SCHELB-Bremen beweist. Diese ist betitelt: «Ueber Indikation und Ausführung des künstlichen Abortus», sie trägt das «Imprimatur» des Prof. Dr. M. FREUND und ist entstanden unter Leitung des Dr. H. FREUND. Sie ist eine Arbeit, die jeder human denkende Arzt mit Genugthuung wird in die Hand nehmen. Sie ist durchdrungen von innigstem Mitleid mit dem schuldlos nothleidenden Weibe. Die Arbeit verlässt zwar den streng wissenschaftlichen Boden nicht, doch wird dieser überall als an der Hand der Humanität geleitet, eingeführt. So z. B. wirft S. bei der Besprechung der Hyperemesis über den abzuwartenden Zeitpunkt der Unterbrechung die Frage auf: «Wozu kann man in vielen Fällen mit Recht fragen, die Frauen so quälen? So weit geht das Recht der erst wer'enden Kinder doch nicht!» d. h. dass man die Mutter erst an den Rand des Grabes kommen lassen muss. So spricht er ferner bei der Besprechung der progressiven perniciösen Anämie, nachdem er die Gefahren besprochen, die Worte aus: «Lieber einmal unmuthiger Weise den Abortus eingeleitet, als einmal verabsäumt zu haben, durch denselben eine Mutter ihrer Familie zu erhalten.» Derartig eingestreute eigene und von Autoritäten ausgesprochene Bemerkungen findet man wiederholt. Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung führt er die einzelnen Indikationen mit den nöthigen wissenschaftlichen resp. autoritativen Belegen an.

Zum Schlusse derselben (der prophylaktischen Indikation) bringt er einen Fall von artif. Abort: «wegen Gravidität nach früher glücklich geheilter Uterusruptur», mit der kurzen Bemerkung: «der künstliche Abort erscheint wegen der kurzen Frist, die seit der Ruptur (1 Jahr) mit ihren Folgen verstrichen, indicirt.»

Der ausführlich beschriebene Fall, welcher überhaupt die Veranlassung zur genannten Arbeit gegeben, ist derselben angehängt:

In der sechsten Gravidität rechtzeitig erkannte Uterusruptur (10. Jänner 1890). Laparotomie, Foetus todt; die konsekutiven sehr bedenklichen Affektionen (Pneumonie, Empyem, Rippenresektion etc.) werden genauestens mitgetheilt. Entlassung im April 1890. Am 15. Jänner 1891 gutes Befinden. Wegen Retroflexio uteri Hebelpessar mit Erfolg; am 5. Februar wurde statt dessen ein Occlussivpessar eingelegt, welches aber die verheimlichte Ende Dezember 1890 eingetretene Gravidität nicht zu ändern vermochte. Am 25. März kommt Patientin wieder, das Pessar bedroht harmlos das Orificium des im dritten Monat graviden Uterus.

Man kann sich den Seelengang im unglücklichen Weibe ausmalen. Sie ist s. Z. wie durch ein Wunder am Leben geblieben, wird nach Hause entlassen, ist, ob auf Rath des Arztes oder spontan dem Coitus ausgewichen. Hat denselben eingeräumter Massen in den Weihnachtsfeiertagen ein Mal gestattet, und hat sofort das Gefühl schwanger zu sein. Desshalb kommt sie am 15. Jänner in Todesangst in die Klinik; der Frau «in blühender Gesundheit», wird ein Hebelpessar für den retroflektirten Uterus eingelegt — sie wagt nichts zu sagen — am 5. Februar macht sie Andeutungen ihrer unbeschreiblichen (und berechtigten) Angst vor Gravidität, sagt noch nichts — es wird aber ein Occlusivpessar eingelegt — endlich am 25. März muss sie mit der Sprache heraus: Der im dritten Monat gravide Uterus ist anteflektirt, steht in der linken Beckenhälfte, ist seitlich und hinten etwas fixirt. Derselbe ist durch die verdünnten Partieen der Bauchnarbengegend fast direkt zu betasten, nicht fixirt, an der Oberfläche etwas uneben: Narbe fühlbar, Cervix lang und rigid.

Stelle ich mich nun einmal auf den alten strenggläubigen dogmatischen Standpunkt, auf den der bis dahin üblichen Kathederlehre: So habe ich ein gut veranlagtes blühend aussehendes Arbeiterweib vor mir von 33—34 Jahren das 5 Mal geboren hat, durch die sechste Gravidität mit dem Tode rang, und hergestellt, fortwährend mit Angst vor solchem abermaligen schweren Verhängniss, gekämpft hat.

Ein einziger erfolgreicher Coitus nach 8 Monaten bringt ihr alle Schrecknisse wieder lebhaft vor Augen. Sie eilt zu ihren Rettern, sie wagt aber nichts zu sagen; kommt wieder und wieder. Nach dem oben angegebenen Standpunkt hätte ich die Frau mit billigen, sogenannten Trosteswortem ohneweiters nach Hause schicken müssen, ihr sagen sollen: «lassen Sie es nur hingehen und schicken Sie zu mir wenn Ihnen etwas Schlimmes passiren sollte, eine augenblickliche Gefahr ist nicht vorhanden, jetzt ist nichts mehr daran zu ändern, Sie haben ja gewusst, dass der Coitus Ihnen Gefahr bringt, Sie haben es also selber gewollt.»

Nicht also sagen und denken SCHELB und sein Mentor H. FREUND, sie haben ein Herz im Leibe, sie bedenken, dass die Gattin nicht Herr über ihren Körper ist. Die Garantie dafür, dass die obschon blühend aussehende Frau durch die allmälig weiter gedeihende Gravidität nicht dennoch eine abermalige Ruptur uteri acquiriren könnte, konnten sie nicht leisten; der Ausgang der gegenwärtigen Gravidität bleibt also höchst problematisch. Wohl konnten sie eine Garantie dafür geben, dass der Uterus, wenn er augenblicklich seines Inhaltes entleert könnte, unter keinen Umständen einer Ruptur anheim fallen würde; sie nahmen daher das

Gewisse für das Ungewisse, führten den Abort aus, dessen Vorgang in der Krankengeschichte genauestens angegeben ist, und konnten von sich sagen: Sie hätten unter allen Umständen das unersetzliche Leben einer theuren Gattin und unentbehrlichen Mutter erhalten. Sie haben ein Gottgesegnetes Werk vollbracht!

Tagesnachrichten und Notizen.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Primararzt Dr. Nedopil in Brünn wurde zum Direktor der dortigen Landes-Krankenanstalt ernannt. — Der Oberphysikus des Barcser Komitats Dr. Ludwig Benkö erhielt in Anerkennung seiner in dieser Eigenschaft während eines langen Dienstes erworbenen Verdienste den Titel eines kön. Raths; dem Physikus der Stadt Mikolcz und Gerichtsarzte Dr. Thomas Kun wurde in Anerkennung seiner langen und ausgezeichneten Dienste das Ritterkreuz des Franz Josephs-Ordens verliehen. — Dr. Ziegler hat sich als Privatdozent für Chirurgie an der Universität München habilitirt. — Dr. W. Obraszow ist zum Professor der speziellen Pathologie und Therapie an der Universität Kiew ernannt worden. — Dr. Mollier hat sich als Privatdozent für Anatomie an der Universität München habilitirt.

(Frequenz der Wiener medizinischen Fakultät.) An der medizinischen Fakultät der Universität Wien haben im verflossenen Wintersemester 57 Professoren und 70 Dozenten und Assistenten 223 Vorlesungen und Kurse abgehalten. Von den 5995 Hörern, welche an der Wiener Universität iskribirt waren, entfielen 2879 (2102 ordentliche und 777 ausserordentliche) auf die medizinische Fakultät; hievon gehörten 2461 der österreichisch-ungarischen Monarchie und 418 dem Auslande an. Am stärksten war Niederösterreich mit 554 Hörern vertreten; es folgten in absteigender Reihe: Galizien mit 355, Ungarn mit 317, Mähren mit 314, Böhmen mit 298, Bukowina mit 113, Schlesien mit 111, Oberösterreich mit 68, Kroatien mit 45, Siebenbürgen mit 39, Slavonien mit 31, Steiermark und Krain mit je 28, Kärnten, Triest, Dalmatien mit je 27, Tirol mit 26, Salzburg mit 22, Istrien mit 14, Görz und Gradiska mit 11, Vorarlberg und Bosnien mit je 3 Hörern. Von Ausländern frequentirten 94 Russen, 89 Amerikaner, 61 Rumänen, 39 Serben, 28 Preussen, 22 Bulgaren und in geringerer Anzahl Vertreter sämmtlicher Kulturstaaten die Vorlesungen an der Wiener medizinischen Fakultät. Die Zahl der ausländischen Aerzte, welche die Wiener medizinische Fakultät frequentiren, ist wohl weit grösser als im Lektionskataloge angegeben, da die Belästigung, mit welcher Inskriptionen bei der Quästur verbunden sind, viele Ausländer veranlassen mag, die Vorlesungen wohl zu besuchen, aber die Einschreibung zu umgehen.

(Aus dem österreichischen Abgeordnetenhause) In der Sitzung des österreichischen Abgeordnetenhauses vom 23 und 24. März wurde der Gesetzentwurf, betreff Aufbringung der Mittel zum Baue eines chirurgisch-klinischen Pavillons für die Universität Wien angenommen, wobei Abgeordneter Graf Stürgkh den Ankauf der Alserkaserne und die Uebernahme des Wiener allgemeinen Krankenhauses in die Verwaltung des Unterrichtsministeriums empfahl. — In der Sitzung des österreichischen Abgeordnetenhauses vom 24. März wurde der Gesetzentwurf, betreffend die Aufbringung der Mittel zum Baue eines anatomisch-physiologischen Instituts-Gebäudes für die Universität in Lemberg angenommen.

Göttingen. Die Deutsche Anatomische Gesellschaft wird ihre diesjährige Versammlung vom 21.—24. Mai in Göttingen unter dem Vorsitze von Prof. Waldeyer abhalten. Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet: Prof. Toldt (Wien): Geschichte der Mesenterien, Prof. Schwalbe (Strassburg): Endigung der Nerven in den Sinnesorganen, Prof. Franz Eilhard Schulze (Berlin): Die Bezeichnung der Lage und Richtung im Thierkörper.

(Todesfall.) In Göttingen starb, 90 Jahre alt, Gustav Herbst, ausserordentlicher Professor der Physiologie.

(Aerztliches Vereinsleben.) Die nächste Sitzung des Wiener Medizinischen Klub findet am 12. April 1893 um 7 Uhr Abends im kleinen physiologischen Hörsaale (Gewehrfabrik) statt. Programm: 1. Dozent Dr. Pick: Ueber Beziehungen einiger Hauterkrankungen zu Störungen des Verdauungstraktes. 2. Dr. A. Hock: Ueber Prodromalerscheinungen des akuten Gelenksrheumatismus. — Die nächste Sitzung des Wiener Medizinischen Doktorenkollegiums findet Montag, den 10. April, mit folgendem Programm statt: 1. Dr. Anton Loew: Der Samariterbund und sein Verhältniss zu den Aerzten. 2. Professor Dr. Gustav Gaertner: Ueber elektrische Medizinalbäder. (Mit Demonstrationen.)

XI. internationaler medizinischer Kongress.

Der XI. internationale medizinische Kongress findet vom 24. September bis 1. Oktober 1893 in Rom statt. Das unterzeichnete Komité, welches sich konstituirt hat, um die österreichischen Aerzte zur lebhaften Betheiligung an diesem Kongresse anzuregen, hat sich mit den medizinischen Fakultäten Cisleithaniens in Verbindung gesetzt, um deren gütige Unterstützung zu dem gedachten Zwecke nachsuchend. Ausserdem beehrt sich das Komité auch auf diesem Wege, sowohl die einzelnen Herrn Kollegen auf den Kongress hinzuweisen, wie die ärztlichen Vereine, welche dies noch nicht gethan haben, zu ersuchen, einige Mitglieder als Delegirte des internationalen Kongresses zu Rom bezeichnen zu wollen.

Zuschriften werden erbeten unter der Adresse:

An die I. medizinische Klinik zu Wien, Allgemeines Krankenhaus. (Angelegenheit des internationalen Kongresses zu Rom.

Nothnagel. Albert.
Chrobak. Exner. Zuckerkandl.

XII. Kongress für innere Medizin.

Vom 12.—15. April wird zu Wiesbaden unter dem Vorsitze des Professor Immermann der XII. Kongress für innere Medizin tagen. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände, für welche Autoritäten ersten Ranges die Referate übernommen haben und welche höchst interessant sind, stehen auf dem Programme: Die Cholera: Dr. Rumpf (Hamburg) und Dr. Gaffky (Giessen) und Die traumatischen Neurosen: Dr. Strümpell (Erlangen) und Dr. Wernicke (Breslau). — Ausserdem wurden bis jetzt noch viele Originalvorträge angemeldet, welche alle Gebiete der inneren Medizin umfassen. Die bereits angemeldeten Vorträge sind: Dr. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.): Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand durch Elektrolyse. — Prof. v. Ziemssen (München): a) Ueber parenchymatöse Injektionen bei Tonsillen-Erkrankungen. b) Ueber den diagnostischen und therapeutischen Werth der Punktion des Wirbelkanals nach Quinke. — Prof. Emmerich (München): Die Herstellung, Konservirung und Verwerthung des Immuntoxinproteïns (Immunproteïdins) zur Schutzimpfung und Heilung bei Infektionskrankheiten. — Prof. Adamkiewicz (Krakau): Ueber den Krebs und seine Behandlung. — Dr. v. Jaksch (Prag): Zur Chemie des Blutes. — Dr. v. Mering (Halle): Ueber die Funktion des Magens. — Dr. Fleiner (Heidelberg): Ueber die Behandlung einiger Reizerscheinungen und Blutungen des Magens. — Dr. Pollatschek (Karlsbad): Haben die Karlsbader Wässer ekkoprotische Wirkung? — Dr. Rosenfeld (Breslau): Ueber die Phloridzinwirkung. — Dr. Koeppe (Reiboldsgrün): Ueber Blutuntersuchungen im Gebirge. — Dr. Balser (Köppelsdorf): Winterreisen im Süden. — Prof. Ziemssen (Wiesbaden); Aus Prof. Baccelli's Klinik (in Rom): a) Aorten-Aneurysma, operirt nach Baccelli. b) Plötzliche endothoracische Druckvermehrung. c) Intravenöse Sublimatinjektion. — Dr. Posner (Berlin): Farbenanalytische Untersuchungen. — Dr. Quincke (Kiel): Zur Pathologie der Harnsekretion. — Prof. Leyden (Berlin): Ueber die Rolle, welche die Degeneration der hinteren Wurzeln bei der Rückenmarkssklerose der Tabes spielt. — Dr. Fliess (Berlin): Die nasale Reflexneurose. — Dr. Emil Pfeiffer (Wiesbaden): Ueber Harnsäurebestimmungen im Urine. — Dr. Mendelsohn (Berlin): Zur Therapie der harnsauren Diathese. — Dr. Cornet (Reichenhall): Ueber Tuberkulose. — Dr. Trautwein (Kreuznach): Ueber

Sphygmographie. — Dr. Rosenfeld (Stuttgart): Die Behandlung des tachycardischen Anfalles. — Dr. Heinr. Rehn (Frankfurt a. M.): Ueber die Myxoedemform des Kindesalters und die Erfolge ihrer Behandlung mit Schilddrüsenextrakt, mit Krankenvorstellung. — Dr. Egger (Arosa): Die Veränderungen des Blutes beim Aufenthalte im Hochgebirge. — Dr. Baelz (Tokio): Das heisse Bad in physiologischer und therapeutischer Hinsicht. — Dr. Vierordt (Heidelberg): Ueber den Kalkstoffwechsel bei Rhachitis. — Dr. Stintzing (Jena): Zur Blutuntersuchung. — Dr. Matthes (Jena): Zur Wirkung von Enzymen auf lebendes Gewebe, speziell auf die Magen- und Darmwand. — Prof. Ewald (Berlin): Ueber Tetanie. — Dr. Mordhorst (Wiesbaden): Ueber Fleischnahrung bei Gicht. — Dr. Edinger (Frankfurt a. M.): Ueber die Bedeutung der Hirnrinde anlässlich des Berichtes über die anatomische Untersuchung eines Hundes, dem Professor Goltz das ganze Vorderhirn entfernt hatte.

Theilnehmer für einen einzelnen Kongress kann jeder Arzt werden. Die Theilnehmerkarte kostet 15 Mark. Die Theilnehmer können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Diskussionen betheiligen und erhalten ein im Buchhandel circa 11 Mark kostendes Exemplar der Verhandlungen gratis.

Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung im rothen Saale des Kurhauses von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w. verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an den ständigen Sekretär des Kongresses, Herrn Sanitätsrath Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Friedrichstrasse 4, zu richten.

Aerztliche Stellen.

Distriktarztesstelle in Saar (Mähren) mit 12 Gemeinden und 112·67 Qu.-Kilometer. Gehalt 444 fl und 276 fl. Reisepauschale. Ueberdiess zahlt der Grossgrundbesitz Schloss Saar 250 fl. für die ärztliche Behandlung der Beamten. Gesuche mit dem Nachweise des erlangten akadem. Grades, der bisherigen ärztlichen Thätigkeit, der österr. Staatsbürgerschaft und der Kenntniss der böhmischen Sprache in Wort und Schrift sind bis 15. April l. J. an den Vorsitzenden der Gesundheitskommission Jos. Apltauer in Saar einzusenden.

Stadtarztesstelle. Bei der Stadtgemeinde Sangerberg bei Marienbad in Böhmen mit 2200 Einwohnern gelangt mit 1. Juni 1893 die Stadtarztesstelle zur Besetzung. Der Gehalt beträgt jährlich 600 fl. Bewerber müssen nach dem Landesgesetze für Böhmen vom 23. Februar 1888, Nr. 9, österreichische Staatsbürger, unbescholten, physisch geeignet, der deutschen Sprache in Wort und Schrift mächtig und womöglich Doktoren der gesammten Heilkunde sein. Das Gesuch ist mit dem Heimatscheine, Sittenzeugnisse, Doktorsdiplom, Tauf- (Geburts-) Schein und dem von einem k. k. Bezirksarzte ausgestellten oder bestätigten Zeugnisse über die physische Diensttauglichkeit und den allfälligen Verwendungszeugnissen belegt, bis 15. April l. J. hieramts einzubringen. Bemerkt wird, dass der Stadtarzt der einzige Arzt in Sangerberg ist, dass sich daselbst eine Badeanstalt, ein Post- und Telegraphenamt, eine Apotheke und eine sechsklassige Volksschule befindet. Bürgermeisteramt Sangerberg, am 6. März 1893.

Konkurs-Ausschreibung.

Mit dem 1. Juni l. J. gelangt bei der unterzeichneten Direktion der für die Strecke: Zabierzow (exklusive Station)—Krakau (inklusive Station)—Podgórze-Bonarka (inklusive Nordbahnstation) systemisirte Posten eines **Bahnarztes**, mit dem Domizile in Krakau zur Besetzung.

Mit diesem Posten ist ein Honorar von jährlich 700 fl. verbunden; ausserdem erhält der Bahnarzt für die Benützung seines privaten Ordinationszimmers für die bahnärztliche Ambulanz eine Entschädigung von 100 fl. jährlich insolange, als die Anstalt ein bahnärztliches Ordinationszimmer am Bahnhofe einzurichten nicht in der Lage ist.

Graduirte Aerzte, die der deutschen Sprache in Wort und Schrift, der polnischen mindestens in Wort mächtig sind und eine mehrjährige Praxis (privat oder in einem Spital) als Internisten, Chirurgen und Geburtshelfer mit Verwendungszeugnissen nachweisen können, wollen ihre, obigen Anforderungen entsprechend belegten Gesuche bis spätestens 15. April l. J. bei unserer Direktion, Abtheilung für Wohlfahrtseinrichtungen, einbringen.

Bei derselben, sowie bei unseren sämmtlichen Stationsvorständen können die Kompetenten sich auch über die den Dienst betreffenden Instruktionen informiren.

Wien, am 16. März 1893.

Die Direktion
der k. k. priv. Kaiser-Ferdinands Nordbahn.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

= Neuigkeiten aus dem Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart. =

Soeben erschien: (1336)

Lehrbuch
der
Elektrodiagnostik und Elektrotherapie
für Studirende und Aerzte
von **Prof. Dr. L. Hirt.**
Mit 87 Abbildungen. gr. 8. geh. M. 7.—

Soeben erschien:
Lehrbuch der Intoxikationen.
Von **Prof. Dr. R. Kobert.**
Mit 63 Abbildungen im Text. gr. 8. geh. M. 16.—

Soeben erschien:
Lehrbuch der Kriegschirurgie
von Stabsarzt und Docent **Dr. Karl Seydel.**
Mit 175 Abbildungen. gr. 8. geh. M. 8.—

Soeben erschien:
Lehrbuch der Ohrenheilkunde
für praktische Aerzte und Studirende.
Von **Prof. Dr. A. Politzer.**
Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage.
Mit 331 Abbildungen. gr. 8. geh. M. 15.—

Professor Politzer's Lehrbuch der Ohrenheilkunde, unentbehrlich für jeden Specialisten, erfreut sich auch in den Kreisen der praktischen Aerzte grosser Beliebtheit. Wissenschaftlicher Gehalt und concise Fassung, klare Darstellungsweise und praktische Richtung zeichnen das Werk aus. Nur wissenschaftlich Feststehendes und praktisch Erprobtes ist aufgenommen, alles rein Hypothetische und Werthlose weggelassen.

Soeben erschien:
Psychopathia sexualis.
Mit besonderer Berücksichtigung der
conträren Sexualempfindung.
Eine klinisch-forensische Studie
von **Prof. Dr. R. von Krafft-Ebing.**
Achte Auflage. gr. 8. geh. M. 10.—

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:
Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin.
Unter Mitwirkung zahlreicher Gelehrten
herausgegeben von
Rud. Virchow und **Aug. Hirsch.**
General-Register über die Berichte **1866 — 1890.**
I—XXV. Jahrgang. Lex.-8. 1893. 24 M.

Pilulae Myrtilli Jasper
von Herrn Dr. med. **Rud. Weil** empfohlen
gegen Diabetes mellitus
in der Allgemein. Medizin. Central-Zeitung, Berlin No. 81 vom 8. Oktober 1892, Sonderabdruck sende den Herren Aerzten auf Wunsch. **Pilulae Myrtilli Jasper** sind von vielen Aerzten eingehendst in der Praxis geprüft und überraschend gute Erfolge damit erzielt worden. Ein Zuckergehalt von
4·66% wurde in 8 Wochen auf 0·98%,
in 12 Wochen auf 0·00% herabgesetzt.
Pilulae Myrtilli Jasper sind in Schachteln à 100 Stück in den Apotheken erhältlich und bitte ich höflichst zu ordiniren:

Rp. **Pilulae Myrtilli Jasper, scatula una.**

Chemische Fabrik von **Max Jasper, Bernau** bei Berlin.

Wenn in einer Apotheke nicht erhältlich, zu beziehen:
Wien: Apotheke zum schwarzen Bären, I. Lugeck 3.
Budapest: Apotheke von Josef Török, Königsgasse 12.
Prag: Apotheke zum weissen Engel, J. Fürst. (1295)

Cacao Küfferle
um 30 bis 40 Perzent billiger als die ausländischen Cacaos, ohne Potasche und Gewürz erzeugt. (1098)

Natürliches
Marienbader Brunnensalz
(pulverförmig und krystallisirt).

Beide Salze werden durch Abdampfen des Mineralwassers der gehaltreichsten **Heilquelle Marienbad's**, dem **Ferdinandsbrunn** gewonnen. Im pulverförm. Salze sind die **Monocarbonate** durch Sättigen mit der dieser Quelle frei entströmenden Kohlensäure in **Bicarbonate** verwandelt und enthält dieses Salz nach der von

Hofrath Professor Dr. Ernst Ludwig, Wien,

vorgenommenen Analyse **alle** im Wasser löslichen und **wirksamen Bestandtheile** dieser berühmten Heilquelle u. zw. in **derselben Form** und in **demselben Verhältnisse**; 0·862 *gr* von dem pulv. Salze entsprechen 100 *gr* Mineralwasser, (1/4 Liter Ferdinandsbrunnwasser enthält 2·155 *gr* von dem pulv. Salze).

Wirkung analog den berühmten Marienbader Heilquellen: (Kreuzbrunn u. Ferdinandsbrunn)
bei Fettleibigkeit, Verfettung der inneren Organe, Stuhlverstopfung, Hämorrhoidalleiden, Krankheiten des Magens, Darmes, der Leber, Nieren, Milz und der Harnorgane, Zuckerruhr, chronischen Rheumatismus etc. und einer Reihe von Frauenkrankheiten.

Beide Brunnensalze **nur echt** in **Originalflacons** à 125 und 250 Gr. oder **dosirt** zu 5 Gr. **in Cartons** mit beigedruckter Schutzmarke.

Marienbader Brunnen-Pastillen



aus dem pulv. Marienbader Brunnensalze dargestellt. In ihrer Wirkung **säuretilgend u. schleimlösend.** — Sämmtliche Marienbader Quellenprodukte sind in allen Mineralwasserhandlungen, Droguerien und grösseren Apotheken erhältlich.

Alleinige Erzeugung und Versendung durch das
Salz-Sudwerk Marienbad (Böhmen).

— Wissenschaftliche Broschüren u. Proben auf Verlangen gratis. —

BAD REINERZ
(1317)

in Preussisch-Schlesien, klimatischer, waldreicher Höhen-Kurort — Seehöhe 568 Meter — besitzt drei kohlensäurereiche, alkalisch-erdige Eisentrink-Quellen, Mineral-, Moor-, Douche-Bäder und eine vorzügliche Molken- und Milchkur-Anstalt. Namentlich angezeigt bei Krankheiten der Respiration, der Ernährung und Konstitution. Frequenz 7000 Personen. 8 Bade-Aerzte Saison-Eröffnung Anfang Mai. Eisenbahn-Endstation Rückers-Reinerz 4 km. Prospekte gratis und franco.

Dr. Julius Veninger

Meran:	**Vöslau:**
Ende Sept.—Mitte Mai.	Mitte Mai—Ende Sept.

(1313)

MARIENBAD.

Glaubersalzhaltige-Eisen- und erdig, alkalische Quellen, Kohlensäure-, Moor-, Stahl-, Dampf-, Gas- und Heissluftbäder, Kaltwasserheilanstalt. Wirksam gegen Krankheiten des Magens, der Leber, Stauung im Pfortadersystem, Blasenleiden, Frauenkrankheiten, allgemeine Erkrankungen, Fettleibigkeit, Blutarmuth, Zuckerharnruhr etc. Versandt der Mineralwässer durch die Brunnenversendung. — Salzsudwerk: Versandt von natürl. Brunnensalzen, Pastillen durch **Müller, Philipp & Co.** Neuerbaute Colonnade. — Elektrische Stadt-Beleuchtung, Jagd- und Fischerei. **Saison 1. Mai bis 30. Sept.** Frequenz **16 000** (excl. Passanten). Prospecte, Brochuren vom Bürgermeisteramte gratis. (1326)



F. EBELING



optisch-mechanische Werkstätte, WIEN, XVII., Hernalser Gürtel Nr. 2.

MIKROSKOPE

für Bacteriologie

und alle Bedürfnisse der Wissenschaft

MIKROTOME

und sämmtliche Nebenapparate, (1271)

Ausführliche illustrirte Preislisten.

ICHTHYOL



wird mit Erfolg angewandt:

bei **Frauenleiden** und **Chlorose**, bei **Krankheiten** der **Haut**, der **Verdauungs-** und **Circulations-Organe**, bei **Hals-** und **Nasen-Leiden**, sowie bei **entzündlichen** und **rheumatischen Affektionen** aller Art, theils in Folge seiner durch **experimentelle** und **klinische** Beobachtungen erwiesenen **reducirenden, sedativen** und **antiparasitären** Eigenschaften, anderntheils durch seine die **Resorption befördernden** und den **Stoffwechsel steigernden** Wirkungen.

Dasselbe wird von Kliniken und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über **Ichthyol** nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.

Hamburg. (1214)

Der Versandt von frischgefülltem



RADEINER

Sauerbrunn

findet täglich statt. Prospecte bei allen Verkaufsstellen und von der **Brunnenverwaltung** in **Bad Radein,** Steiermark.

Hauptdépôt: Wien, I., Fleischmarkt Nr. 8. (1332)



DENAEYER'S

flüssiges Fleisch-Pepton

ist durch künstl. Verdauung aufgelöstes Ochsenfleisch und daher Kindern, Reconvalescenten, schwachen oder **kranken** Magen als Nahrungsmittel zu empfehlen.

Erprobt und angewendet in zahlreichen Kliniken und Spitälern: u. a. Charité, Berlin, Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinder-Krankenhaus, Berlin.

Denaeyer's flüssiges Eisenpeptonat

vorzüglich bei Blutarmut, Bleichsucht etc., von massgebender Seite als das hervorragendste aller Eisenpräparate anerkannt.

Haupt-Depot:

A. BARBER, Wien, I., Operngasse 16

Apotheke „zum heiligen Geist."

(1268) **Zu haben in allen Apotheken.**

Saison: **Mai-October.**

Bad Reichenhall

Soolebad-, Molken- und grösster deutscher klimatischer Kurort in den bayer. Alpen. Soole-, Mutterlaugen-, Moor- und Fichtennadel-Extract-Bäder; Ziegenmolke, Kuhmilch, Kefir, Alpenkräutersäfte, alle Mineralwässer in frischen Füllungen; grösste pneumat. Apparate, Inhalationen aller Art, Gradirwerke, Soolefontaine, **Terrainkuren nach Professor Oertel's Methode,** Kaltwasserheilanstalt und Heilgymnastik. **Beste hygienische Allgemeinbedingungen durch Hochquellenleitung, Canalisation und Desinfection:** ausgedehnte Parkanlagen mit gedeckten Wandelbahnen, Croquet- und Lawn-Tenis-Plätzen; nahe Nadelwälder und wohlgepflegte Kurwege nach allen Richtungen und Steigerungsverhältnissen. Täglich zwei Concerte der Kurkapelle, Saisontheater, Lesekabinete, Bahn- u. Telegraphen-Stationen. Ausführliche Prospecte gratis und franco durch das **K. Badecommissariat.** (1334)

Schering's Pepsin-Essenz

(887)

nach Vorschrift von **Dr. Oscar Liebreich, Professor der Arzneimittellehre an der Universität Berlin,** ist nach vielfach angestellten Versuchen das **wirksamste von allen Pepsinpräparaten** bei den verschiedenartigsten **Magenleiden.** — Zu haben nur in Originalflaschen in **Wien, Budapest, Lemberg, Prag, Arco** etc. in den **Apotheken**

Einrichtung für Cholera-Baraken.



Für Spitäler, Privat-Heilanstalten

und dergleichen empfiehlt

ANTON PAULY

Bettwaarenfabrik und Möbellager

nur VIII., Lerchenfelderstrasse 36

sein reichhaltiges Lager von **Bettwaaren, tapezirten Holz-** und **Eisenmöbeln.** Preisliste gratis und franco. — **Gegründet 1816.**

Referenzen liegen zur Einsicht auf. (1258)

AUSSEE

in Steiermark an der Salzkammergutbahn. Soolbad, Klimatischer u. Terrainkurort, in nächster Nähe die herrlichen Seen Altaussee u. Grundlsee, 675 M. ü. d. Meere. (1318) **Prospecte gratis.**

Saison: 15. Mai bis 15. Oktober. Soolbäder, Kaltwasser-Curen, Sool- u. Fichten-Inhalation, Milch-, Molken-, Kefir-Curen, Cursalon mit Wandelbahn, Neuerbautes märktisches Badehaus, Schwimmschule u. Privatbadeanstalten. — Aussee ist sehr geeignet als Cur- und Badeort für Brust-, Kehlkopf-, Nerven-Leidende, Scrophulose, Rhachitis, Blutarmuth, Herz- u. Frauenkrankheiten, chronische Exsudate, Nachkur nach Karlsbad, Marienbad u. Franzensbad. Von Ischl 1, von Wien 8 Bahnstunden. Auskunft ertheilt **Die Curcommission.**





Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9.

VII. Jahrgang. **Wien, 16. April 1893** **Nr. 16.**

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen“** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Amblyopia diabetica.*)

Von

Prof. Ludwig Mauthner.

(Fortsetzung.*)

Die vorstehende These, dass die Schwere der nach einem Symptome fälschlich als Diabetes mellitus bezeichneten Erkrankung nicht durch die Menge, ja nicht einmal durch die Anwesenheit des Zuckers im Urin bedingt werde, in jeder Weise zu stützen, erscheint mir besonders wichtig. v. Mering's angeführtes Thierexperiment spricht für den einen Theil dieser These, dass nämlich höchstgradige Zuckerharnruhr hervorgerufen werden kann, ohne jeglichen Einfluss auf das Allgemeinbefinden und die Ernährung. Noch wichtiger wäre es aber, wenn der zweite Theil der These dadurch eine feste Grundlage erhielte, dass die typischen Erscheinungen des schweren und schwersten Diabetes experimentell hervorzurufen seien, ohne dass dabei eine Spur von Zucker im Urin sich zeigte. Dieser Nachweis ist in der That durch N. de Dominicis in Neapel geliefert worden. Dr. Arthur Katz hat mich auf diese Experimente und zugleich darauf aufmerksam gemacht, wie sehr dieselben zu Gunsten meiner Anschauung sprechen, dass die Diagnose des Diabetes mellitus, d. h. der dem Diabetes mellitus zu Grunde liegenden Organerkrankung von dem Nachweise des Zuckers im Urin unabhängig zu machen sei. Im Jahre 1888 wurde durch de Dominicis einerseits, durch v. Mering und Minkowski andererseits nachgewiesen, dass die Exstirpation des Pankreas bei Thieren stets einen schweren Diabetes herbeiführt und in relativ kurzer Zeit den Tod des Experimentalthieres stets zur Folge hat.

De Dominicis hat aber ausserdem schon 1888 gezeigt und ist im Jahre 1891 (Münchener med. Wochenschrift, Nr. 41 und 42) darauf zurückgekommen, dass, wenngleich bei allen operirten Thieren die gleichen Erscheinungen eines schweren Diabetes (Polyphagie und Polydipsie, Abmagerung, Dermatosen, Ausfallen der Haare u. s. w.) sich entwickelten, in mehr als einem Drittel der Fälle (in 13 von 34) die Glycosurie gänzlich fehlte und bis zum Tode des Thieres (der oft erst in 2, 3, einmal sogar nach 8 Monaten erfolgte) vollständig ausblieb.

Einige Forscher wurden von Zweifel erfasst, ob in diesen letztgenannten Fällen das Pankreas auch wirklich ganz exstirpirt worden war. Für mich, der ich nur zeigen will, dass die schwersten Formen von Diabetes «mellitus» ohne «Melliturie» verlaufen und tödtlich enden können, ist diese Frage ohne jegliche Bedeutung.

Von grosser Bedeutung jedoch ist, dass in $^2/_3$ der Experimente von de Dominicis wirklich Zucker im Urin auftrat, ohne dass deshalb der ganze Verlauf der Krankheit und die post mortem gefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Leber, dem Rückenmark, im Magen, in den Nieren und anderen Organen sich von den zuckerfreien Fällen verschieden verhalten hätten. Es war also für den Verlauf und Ausgang der Experimentalkrankheit ganz gleichgiltig, ob Zucker im Urin auftrat oder nicht. Die Bedeutung des Zuckers beim experimentellen Diabetes sinkt demnach auf Null.

Ich will dieses Kapitel mit einer Frage schliessen: «Wie war es möglich, dass die Bedeutungslosigkeit des Zuckers im Urin für die Schwere der Erkrankung nicht schon lange allgemeiner erkannt wurde im Hinblick darauf, dass bei der Phosphaturie, die zu analogen Symptomen führt, wie der Diabetes mellitus, weder Zucker, noch Eiweiss im Urin sich findet?»

V.

Der Marasmus (die hochgradige Entkräftung auf Grundlage weit vorgeschrittener Ernährungsstörung), der sich bei Diabetes mitunter sehr rasch entwickelt, wirkt auf das Sehorgan nach zwei Richtungen: auf die Linse einerseits und auf den Accommodations- und Muskelapparat andererseits. Während bei fehlender Ernährungsstörung schon Toxine im Blute kreisen können, welche Entzündungen im Sehorgane hervorzurufen im Stande sind; während

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 6, 7, 9, 11, 1893.

die zwar nachweisbare, aber keineswegs immer in die Augen fallende Störung der Nutrition zu Blutungen ins Sehorgan führen kann, sehen wir bei den hohen und höchsten Graden des Kräfteverfalls mitunter sehr rasch Cataracta sich entwickeln und die Accommodation sowie die Kraft der Musculi recti interni sehr wesentlich leiden.

Es tritt ein abgezehrter, etwa 14jähriger Knabe mit einem greisenhaften Zuge in dem nur Haut und Knochen bietenden Gesichte ins Zimmer. Weissblaue Pupillen starren dem Arzte entgegen. Diagnose auf Zimmerweite: Cataracta diabetica. Oft freilich war ich in meinem Leben nicht in der Lage, diese Diagnose zu machen. Nur bei jugendlichen Individuen vermag man das. (Der zum Exempel angeführte Knabe war das jüngste Individuum dieser Art, das ich sah). Würde nämlich ein noch so gebrechlicher Greis von 70—80 Jahren in mein Zimmer geschleppt und hätte derselbe auch noch so schöne Cataracten an beiden Augen, so läge für mich doch kein Grund vor, die grauen Staare auf diese Gebrechlichkeit, mag derselben auch Diabetes zu Grunde liegen, zu beziehen. Ueber diese Dinge haben wir schon gesprochen.

Ich habe dieser Tage einen Mann operiren müssen, der 49 Jahre alt ist und im vorgeschrittensten Stadium der Phthise sich befindet. Er hatte Cataracta an beiden Augen. Der Urin (untersucht im medizinisch-chemischen Institute der Poliklinik), von normaler Constitution, enthält weder Eiweiss noch Zucker.

Wollte Jemand diese Cataracta des im mittleren Lebensalter stehenden Kranken von dem hochgradigen Marasmus abhängig machen — ich hätte nichts dagegen, denn ich stelle mir ja auch vor, dass die Cataracta diabetica, d. h. jene Cataracta, die durch den Diabetes bedingt wird und rasch zu Stande kommt, entweder durch die massenhaften Wasserausscheidungen oder durch die höchstgradige Ernährungsstörung bedingt wird, aber nicht durch die Anwesenheit des Zuckers im Augeninnern.

Uebrigens möchte ich glauben, dass alle oder doch die meisten Ophthalmologen meiner Ansicht huldigen. Um Stimmen aus neuester Zeit zu Gehör zu bringen, will ich nur Schweigger und Hirschberg anführen. Diese beiden Gelehrten sind erbitterte Gegner auf dem Gebiete der Ansichten über die von Diabetes abhängigen Augenerkrankungen. Schweigger will spezifisch diabetische Augenerkrankungen nicht anerkennen. Hirschberg pflegt dieselben mit Vorliebe. Aber in Betreff der Cataracta diabetica jugendlicher Individuen stimmen sie beide darin überein, dass diese Staare nur bei hochgradig entwickeltem Marasmus rasch entstehen.

«Ich rechne zur Cataracta diabetica», sagt Schweigger 1891 und wiederholt diesen Ausspruch in der 6. Auflage seines Lehrbuches 1893, «nur Fälle von beiderseitiger rasch entwickelter Cataracta jugendlicher Individuen, die sich in weit vorgerückten Stadien des Diabetes befinden»; und Hirschberg sagt 1887, dass die charakteristischen diabetischen Linsentrübungen sich sehr rasch «bei elenden jugendlichen Kranken mit sehr reichem Zuckergehalt ausbilden» und fügt 1891 hinzu, dass «die Kranken mit diabetischem Jugendstaar schon nach Monaten der Erschöpfung erliegen»

Soweit herrscht die schönste Uebereinstimmung. Die diabetischen Cataracten jugendlicher Individuen sind der Ausdruck des hochgradigen Marasmus. Bei allen Patienten zwischen 10 und 20 Jahren, wo ich Cataracta diabetica sah — es waren deren etwa 5 — habe ich die Operation verweigert, da die Lebenstage der Kranken augenscheinlich gezählt waren. Auch bei Individuen im späteren Alter, bis zu 50 Jahren, ereignet es sich, wenngleich äusserst selten, dass in derselben turbulenten Weise, im Laufe mehrerer Wochen, beide Linsen sich trüben, aber auch diese Individuen befinden sich im letzten Stadium ihres Leidens und auch diese sind meiner Ansicht nach nicht mehr zu operiren. Wenn dagegen im mittlere und höheren Alter sich bei Diabetikern Staare mit derselben Langsamkeit entwickeln und fortschreiten, wie bei Nichtdiabetikern; wenn man bei schwerem Diabetes vereinzelte Streifen in der Linse sieht, die sich in Jahren und Jahren nicht ändern, so liegt nicht der mindeste Grund vor, diese Staare für diabetisch zu halten. Solche Staare kann man natürlich operiren und wenn die Wunde heilt und wenn keine Iritis mit Pupillensperre, keine intraoculare Blutung nachfolgt und wenn die Kranken nicht einige Tage nach der Operation durch Coma diabeticum zu Grunde gehen, so können dieselben noch lange Jahre ihres Gesichtes sich erfreuen und noch viel Freude erleben an Kindern und Kindeskindern. Man hat eben Altersstaare bei Diabetes, aber nicht, wie Hirschberg meint, diabetische Altersstaare operirt. Eine Cataracta bei Glaucom ist operirbar, eine Cataracta glaucomatosa nicht; und wie bei der Cataracta glaucomatosa immer durch den Zustand des Auges, so ist bei der wahren Cataracta diabetica durch den Allgemeinzustand zumeist die Operation contraindicirt.

Sobald der Diabetes zu grosser Muskelschwäche geführt, wird dieselbe auch an den Muskeln der Accommodation und der Convergenz bemerkbar. Die Erscheinungen sind jedoch keine anderen, als wenn die allgemeine Muskelschwäche durch andere erschöpfende Krankheiten bedingt wird. Ein Reconvalescent von schwerer Erkrankung, der den ersten Versuch zu lesen macht, zeigt dieselben Erscheinungen, wie ein Diabetiker, der in akuter Weise erkrankt und in rapider Weise an Muskelkraft abgenommen, oder der, nachdem die Krankeit durch kürzere oder längere Zeit mild verlaufen, auf einmal eine bedeutende Verschlimmerung seines Leidens mit auffallender Zunahme der Muskelschwäche erfährt. Dabei handelt es sich entweder nur um eine Abnahme der Energie des Accommodationsmuskels (so dass die Accommodationsbreite und daher auch der Nahepunkt zwar dem Alter entspricht, aber der Muskel keine Ausdauer hat) oder um wirkliche Abnahme der Accommodationsbreite neben der geminderten Energie, was einer leichten Parese des Accommodationsmuskels entspricht. Die totale Accommodationslähmung, die bei Diabetes mellitus beobachtet wird, gehört in ein ganz anderes Kapitel. Sie ist der Ausdruck für eine Blutung in den Nucleus der Accommodations- (und Sphincter pupillae-) Nerven. Diese totale Accomodationslähmung kann bei scheinbar leidlich gutem Allgemeinbefinden auftreten, ist aber (siehe Kapitel III), gleich allen durch Blutungen bei Diabetes bedingten Erscheinungen von übler Vorbedeutung. Das hat auch Hirschberg erfahren, der unter den Fällen von Accommodationsbeschränkungen bei Diabetes 1887 den Fall eines 22 jährigen Mädchens mit totaler Accommodationslähmung anführt, von dem er jedoch 1891 melden muss, dass die Kranke 3 Jahre nach jener Accommodationslähmung ihrem Leiden erlag.

Soweit ist das Verhalten der Accommodation bei Diabetes verständlich. Auch ist es begreiflich, dass neben der Energie des Accommodationsmuskels jene der Musculi recti interni leiden kann, so dass zu den Zeichen der accommodativen Asthenopie die der musculären treten und zur Behebung der Ermüdungserscheinungen die Convexgläser mitunter mit Prismen kombinirt werden müssen.

Aber ganz anders verhält sich die Sache mit jener Accommodationsbeschränkung, welche relativ häufig bei sonst ganz ungetrübtem Wohlbefinden als erstes Zeichen des Diabetes sich einstellen soll, so dass die Krankheit durch das Augensymptom erst entdeckt wird. Unter den Neueren hat namentlich Hirschberg (1887, 1891) zahlreiche hierhergehörende Beobachtungen gemacht.

Da muss man freilich zunächst fragen, was man unter Accommodationsbeschränkung versteht. «Wir erkennen», sagt Hirschberg, «den Diabetes dadurch, dass die Lesebrille nicht ganz dem Lebensalter entspricht, sondern um einige Jahre verfrüht oder um «1—2 Nummern» verstärkt ist». «Kennen wir die Fernpunktseinstellung eines gesunden Menschen und sein Lebensalter, so schreiben wir ihm aus dem Kopf die Lesebrille auf.» Wir brauchten übrigens nicht einmal uns den Kopf anzustrengen, denn für den Fall, dass «der Fernpunktsabstand der Emmetropie entspricht» und «dass der Brillenbedürftige

gesund ist» — und die grosse Masse der Presbyopen gehört in diese Kategorie — könnten wir gleich das Alter neben der Nummer am Glase notiren. Es verdient bemerkt zu werden, dass schon vor mehr als 300 Jahren an die «guten alten» Zeiten erinnert wird, da die Brillenverfertiger so emsig und verlässlich waren, dass sie auf die Brillengläser die Zahl der Jahre (das Alter) einritzten, für welche dieselben passend waren, während dies «heutzutage» — nämlich in der Mitte des sechzehnten Jahrhunderts — zumeist vernachlässigt werde. «Memini olim» schreibt der berühmte Abt von Messina, Franciscus MAUROLYCUS, am 8. Mai 1554, «conspiciliorum fabros tantae fuisse diligentiae, ut notulis infixis aetatem cui accommodanda essent, per annorum numerum declararent. Quod hodie ut plurimum negligitur».

Ich will keine Abhandlung über die Accommodation schreiben und daher nur bemerken, dass die sogenannte Emmetropie nur in seltenen Fällen einer wirklich emmetropischen, in der Regel aber einer leicht, innerhalb gewisser engen Grenzen schwankenden hypermetropischen Einstellung entspricht, so dass das Glas für die sogenannten Emmetropen gleichen Alters keineswegs stets dasselbe ist und die wahren Emmetropen viel später presbytisch werden, daher auffallend schwächere Gläser brauchen, als die Mehrzahl der sogenannten Emmetropen. Aber auch bei genau übereinstimmendem optischen Bau des Auges haben gesunde Individuen desselben Alters doch nicht ganz genau die gleiche Accomodationsbreite. Aus dem Umstande also, dass ein Mensch ein etwas stärkeres Glas braucht, als er seinem Alter gemäss z. B. nach dem DONDERS'schen Schema brauchen sollte, kann nicht geschlossen werden, dass er an Diabetes mellitus leidet.

Unzweifelhafte Accommodationsbeschränkung als erstes Symptom des Diabetes habe ich nie gesehen. Es waren vorgeschrittene, oder äusserst akut in schwerster Form erkrankte Diabetiker, die diese Erscheinung zeigten. Dagegen ist es mir wiederholt vorgekommen, dass solche Fälle sich präsentirten, in denen weder Zucker im Urin noch sonst ein Diabetes-Zeichen wahrnehmbar war. Ich will zwei derartige Fälle aus jüngster Zeit hinzusetzen.

S. I., 43 Jahre alt, sonst ganz gesund, klagt darüber, dass er nicht mehr lesen und arbeiten kann. Der Spiegel zeigt Emmetropie, ebenso die Gläserprobe. Sehschärfe normal (6/6). Für die gewöhnliche Arbeitsweite ist ein Glas + 1·5 D nöthig. Nach DONDERS braucht ein Emmetrope ein solches Glas erst zwischen 55 und 58 Jahren. Die Untersuchung des Urins (am 22. Februar 1893 im med.-chem. Institute der Poliklinik ausgeführt) erweist normale Verhältnisse, weder Eiweiss noch Zucker. Auch sonst ist kein Grund für die Accommodationsbeschränkung mit Sicherheit zu finden.

Tags darauf, 23. Februar 1893, stellte sich die 35jährige Näherin P. A. mit der Klage vor, dass sie nichts mehr arbeiten könne. Spiegel zeigt ungefähr Emmetropie. Die Gläserprüfung ergibt sehr geringe Myopie, mit — 0·75 D Sehschärfe übernormal (6/5). Für die gewöhnliche Arbeitsweite muss ein Glas + 1 D verordnet werden. In Anbetracht der Myopie braucht die 35jährige ein Glas, das sie nach DONDERS erst mit 58 Jahren brauchen würde. Auch hier zeigt der Urin (in demselben Institute untersucht) normale Verhältnisse, keine Spur von Zucker und Eiweiss. Die Ursache der Accommodationsbeschränkung der sonst gesunden Person bleibt unbekannt.

Die wahre Cataracta diabetica charakterisirt sich durch ihre **ungemein rasche** Entwicklung nicht blos bei jugendlichen, sondern auch bei älteren Individuen. Sie entwickelt sich nur im vorgerückten Stadium des Diabetes und ist entweder durch die massenhaften Wasserausscheidungen bedingt oder eine Theilerscheinung der allgemeinen Ernährungsstörung. Auf der gleichen Basis der Ernährungsstörung und des Verfalls der Muskelkräfte fusst die diabetische Accommodationsbeschränkung und die Insufficienz der Musculi recti interni.

(Schluss folgt.)

Aus der chirurgischen Klinik des Herrn ***Hofr. Prof. Albert.***

Chirurgisch-bakteriologische Mittheilungen.

Von **Dr. Julius Schnitzler,** Assistent der Klinik.

Im Nachfolgenden berichte ich über eine Anzahl von bakteriologischen Untersuchungen, die ich an dem Krankenmateriale der I. chirurgischen Klinik anzustellen Gelegenheit hatte, wobei selbstverständlich nur jene Fälle Berücksichtigung finden, die entweder durch die relative Seltenheit des Erkrankungsprozesses oder durch einen atypischen bakteriologischen Befund auf Interesse Anspruch machen dürfen.

I. Zur Aetiologie der Strumitis.

1. Fall. Elisabeth H., 25 Jahre alte Magd, an die Klinik aufgenommen am 24. April 1891. — 10 Wochen vorher war Patientin ohne nachweisbare Ursache unter hohem Fieber mit Schüttelfrost erkrankt, gleichzeitig traten heftige Schmerzen in der Gegend des Kehlkopfes auf. Sie wurde damals in das Franz Josef-Spital aufgenommen und vor 3 Wochen entlassen und zwar wie sie angibt, «nach geheilter Strumitis». Vor wenigen Tagen (20. April 1891) erkrankte sie abermals unter Fieber, Schmerzen in der Kehlkopfgegend, heftigem Pochen und Hitzegefühl daselbst und Anschwellung der vorderen Halsgegend. — Die Untersuchung der Kranken ergab das Vorhandensein einer über wallnussgrossen, ziemlich derben, schmerzhaften, von gerötheter Haut bedeckten, die Schluckbewegungen mitmachenden Geschwulst in der Schilddrüsengegend. Vom 24. April bis 5. Mai war die Patientin meist fieberfrei; nur am 30. Mai stieg die Temperatur auf 38·6. Nachdem am 5. Mai Fluktuation an einer Stelle der Geschwulst nachweisbar geworden war, wurde am 6. Mai durch Incision dicker Eiter in der Menge von circa 25 cm^3 entleert und ein Theil davon in einer sterilisirten Eprouvette zur Untersuchung aufgefangen. Die Höhle wurde drainirt. Am 25. Mai wurde der vereiterte Knoten in toto exstirpirt. Derselbe zeigt intensive Verwachsungen mit der Umgebung. Bei der Präparation riss der Sack an einer Stelle ein und der eitrige Inhalt ergoss sich über die Wunde. Wundversorgung durch Jodoformgazetamponade. Am Tage nach der Operation stieg die Temperatur auf 38·2, dann blieb sie bis zur vollständigen Wundheilung stets normal.

Die mikroskopische Untersuchung des Eiters auf Mikroorganismen war vollständig erfolglos. Ebenso resultatlos waren Culturversuche auf Bouillon, Gelatine und Agar-Agar.

2. Fall.[1]) Johanna K., 37 Jahre alt, am 12. April 1892 an die Klinik aufgenommen. Die Kranke leidet seit 20 Jahren an einem Kropfe, der ihr keinerlei Beschwerden verursachte. Am 1. April 1892 erkrankte sie unter Schüttelfrost, wobei sie bemerkte, dass der Kropf rasch grösser wurde. Gleichzeitig traten heftige Schmerzen in demselben und Athembeschwerden auf. — Man konstatirte das Vorhandensein einer apfelgrossen Geschwulst in der Schilddrüsengegend. Die Geschwulst war sehr schmerzhaft, an der Peripherie derb, im Centrum fluctuirend, die Haut darüber geröthet, in der Umgebung ödematös. Bei der am 13. April vorgenommenen Incision kam man auf einen in einem Abscess gelegenen sequestrirten Strumaknoten, der leicht entfernt werden konnte. Drainage. Nach der Incision sofortiger Temperaturabfall von 38·9 auf 37. Ungestörter Heilungsverlauf. — Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab das Vorhandensein ziemlich spärlicher, lanzettförmiger Diplokokken ohne deutliche Kapsel. Alle Gelatineculturen blieben steril, auch in den vom Eiter direkt angelegten Bouilloncultures fand kein Wachsthum statt. Nur auf 2 von den 5 angelegten Agar-Agarculturen kam es zur Entwicklung spärlicher Colonien, die alle Charaktere des FRÄNKL-WEICHSELBAUM-schen Diplococcus aufwiesen. Dieselben erwiesen sich für Mäuse und Kaninchen als vollvirulent, indem die genannten Versuchsthiere nach subkutaner Applikation geringer Mengen

[1]) Ausführlich publizirt von Dr. R. FRANK. Internationale klinische Rundschau. 1892.

der zu untersuchenden Bakteriencolonien an typischer Diplokokkensepticämie eingingen.

3. Fall. Therese P., 20 Jahre alt, (aufgenommen den 17. Jänner 1893), bemerkt seit circa 4 Jahren die Entstehung eines Kropfes. Seit 1 Woche hustet Patientin. 3 Tage vor der Aufnahme erkrankt sie unter Schüttelfrost mit hohem Fieber, Schmerzen in der Gegend des Kropfes, der gleichzeitig etwas grösser, härter und sehr druckempfindlich wurde. Die Untersuchung der hoch fiebernden (39·5) Kranken ergab zunächst das Vorhandensein einer diffusen Bronchitis. Die Gegend der Schilddrüse von einer apfelgrossen, bei Schluckbewegungen exakt mitgehenden Geschwulst eingenommen. Dieselbe im Ganzen hart, nur in ihrem Centrum tiefe Fluctuation aufweisend, sehr druckempfindlich, die Haut über der Kuppe der Geschwulst fixirt, in deren Nähe geröthet, weithin ödematös. Am 19. Jänner wurde die Incision vorgenommen (Hautschnitt mit dem Scalpell, dann Paquelin); ich gelangte in eine nussgrosse, in einem dem Isthmus angehörigen Kropfknoten gelegene Abscesshöhle, aus der sich ziemlich dünner, geruchloser Eiter entleerte, der zur bakteriologischen Untersuchung benützt wurde. Das Fieber fiel nach der Incision — trotz ausgiebiger Drainage — noch 8 Tage lang nicht ab, sondern überstieg meist Abends noch 39°; gleichzeitig blieb die diffuse Bronchitis bestehen und war mehrere Tage hindurch über der rechten Fossa infraspinata eine umschriebene Dämpfung und bronchiale Athmung nachweisbar. Erst vom 26. Jänner ab schwanden Fieber und Lungenerscheinungen und am 2. Februar verliess Patientin mit fast völlig verheilter Wunde und einem noch wallnussgrossen Tumor die Klinik.

Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab das Vorhandensein ziemlich zahlreicher, aber nur blass sich färbender Diplokokken ohne deutliche Kapsel. Die auf Gelatine, Agar-Agar und Bouillon angelegten Kulturen blieben durchwegs steril. Hingegen gingen 2 mit dem Eiter subkutan geimpfte Mäuse, sowie 2 mit einigen Platinösen desselben Eiters — unmittelbar nach der Entnahme — geimpfte Kaninchen an typischer Diplokokkensepticämie zu Grunde und konnte ich aus deren Herzblut und Milz den Fränkel-Weichselbaum'schen Diplococcus in Reinkultur gewinnen.

4. Fall. Julie H., 32 Jahre alt, aufgenommen am 22. November 1892; leidet seit mehreren Jahren an einem mässig grossen Kropf. In der Nacht vom 19. zum 20. November erwachte sie wegen Schmerzen in der linken Halsseite. Am 20. November fieberte sie (38·5) und bemerkte eine grössere Geschwulst an der linken Halsseite. Bei der Aufnahme fanden wir eine geringgradige parenchymatöse Struma, daneben noch im linken Schilddrüsenlappen einen wallnussgrossen, druckempfindlichen Knoten, über dem die Haut Röthung aufweist. In den nächsten Tagen gingen Fieber und Entzündungserscheinungen zurück, der Knoten wurde kleiner und am 29. November exstirpirte ich denselben. Er erwies sich mit der Umgebung durch theils frischere, theils ältere Adhäsionen verwachsen, doch war die Entfernung im Ganzen sehr leicht. Jodoformgazetamponade, Naht. Reaktionsloser Heilungsverlauf.

Die Untersuchung ergab, dass es sich um eine Strumacyste handelte, die neben dem reichlichen Cholestearin und Detritus nur sehr wenige Eiterkörperchen enthielt. Die Untersuchung auf Mikroorganismen — Mikroskop, Kultur, direkte Impfung auf Mäuse und Kaninchen — blieb völlig negativ.

Der nun folgende Fall stammt von der Abtheilung des Herrn Prof. v. Mosetig, der mir die Benützung der Krankengeschichte in zuvorkommendster Weise überliess. Ihm und seinem Assistenten, Herrn Dr. Antichevich, der die Krankengeschichte abgefasst, bin ich zu herzlichem Danke verpflichtet.

5. Fall. J. L., Pferdewärter, aufgenommen am 5. Jänner 1893. 40 Jahre alt.

Patient stammt aus gesunder Familie, war angeblich früher immer gesund. Seit 10 Jahren hat er einen kleinen Kropf der ihm keine Beschwerden verursacht. Mitte Dezember 1892 erkrankte Patient unter Fiebererscheinungen an einer Halsentzündung, welche im Ganzen 10 Tage andauerte. Vor circa 10 Tagen traten neuerdings Schmerzen im Halse mit starken Schlingbeschwerden, abendlichem Fieber auf, zugleich merkte Patient, dass sein Hals anschwoll. Da die Erscheinungen, hauptsächlich die Schlingbeschwerden, immer heftiger werden, lässt sich Patient im Spital aufnehmen.

Status präsens. Kleiner, gracil gebauter, muskulöser Mann. Innere Organe normal. Starke Röthung des Isthmus faucium und des Pharynx, an der linken Tonsille 2linsen bis ½kreuzergrosse belegte Stelle, auffallender Foetor ex ore. Temperatur 38·5, Puls 100. Am Halse diffuse Schwellung und Röthung, welche von dem oberen Rande des Schildknorpels bis fingerbreit unterhalb des Jugulums auf die Brust sich erstreckt. Seitlich überragt sie kaum den äusseren Rand des Sternokleidomastoideus. Rechts vom Kehlkof eine fast nussgrosse, links vom Jugulum eine kleinapfelgrosse, fluctuirende, sehr schmerzhafte Stelle.

In Narkose Spaltung der zwei fluctuirenden Stellen. Man findet mitten im Schilddrüsengewebe durch eine daumendicke Gewebsschichte von einander getrennt zwei Abscesse, von denen der obere rechts gelegene nussgross ist, der untere links gelegene fast orangengross ist.

Verlauf: Nach der Spaltung Entfieberung, rasche Abnahme der Sekretion, rascher Schluss der Wunde — ganze Heilungsdauer etwas über 3 Wochen.

Tavel[1]) hat die eingehendsten Untersuchungen über die Bakteriologie der Strumitis angestellt und verfügt über 18 Fälle eigener Beobachtung, doch gelang es ihm nur aus 11 von diesen 18 Fällen Bakterien zu gewinnen. Da auch in den 5 von mir untersuchten Fällen 2 Mal die bakteriologische Untersuchung negativ ausfiel, so könnte man bei flüchtiger Beurtheilung zu dem Schlusse gelangen, dass sich bei Strumitis relativ häufig steriler Eiter finde, wie unlängst Tuffier[2]) ein gleiches Verhalten für die Leberabscesse betont hat. Doch scheint der Sachverhalt auch einer anderen Erklärung in ungezwungener Weise zugänglich. Was zunächst Tavel's 7 Fälle mit negativen bakteriologischen Befund betrifft, so handelt es sich hier nicht durchwegs um Eiterungen in der Schilddrüse. Vielmehr wird nur in einem einzigen dieser Fälle direkt das Vorhandensein von Eiter u. zw. von fettig entarteten Eiterzellen angegeben und gerade in diesem einen Falle fand Tavel bei einer wiederholten bacteriologischen Untersuchung Streptokokken, während die erste Untersuchung erfolglos gewesen war. Er lässt daher die Möglichkeit einer sekundären Einwanderung der Streptokokken offen. Was meine beiden Fälle mit negativem bakteriologischen Befunde betrifft, so war nur in dem einen derselben — Fall 1 — Eiter vorhanden, in dem zweiten (4) war der Inhalt nicht wesentlich abweichend von dem gewöhnlicher Strumacysten. Nachdem im Falle 1 die Entleerung des Eiters erst erfolgte nachdem Patient einige Tage hindurch fieberfrei gewesen war, ist die Annahme die einzig zulässige, dass die Eitererreger eben schon abgestorben waren. Es entsteht nun weiterhin die Frage, welche Vorgänge in den entzündlich erkrankten Strumen in jenen Fällen sich abgespielt haben, in denen es nicht zur Vereiterung kam. Am wahrscheinlichsten ist es wohl, dass eine Invasion von Mikroorganismen in die Struma stattgefunden hatte, dass es infolge dessen zu einer entzündlichen Reaktion gekommen war, dass aber die betreffenden Eiterungserreger infolge irgendwelcher ihnen ungünstiger Umstände nicht zur vollen Entfaltung ihrer Wirksamkeit gelangen konnten und im Kampfe mit dem Gewebe unterlegen sind. Es bleibt dann allerdings recht bemerkenswerth, dass gerade in der Schilddrüse eine mit hohem Fieber, Schüttelfrösten und starken lokalen Erscheinungen einhergehende Infektion dem Ausgange in Eiterung relativ häufig entgeht. Dass dieselben lokalen Symptome auch durch eine Blutung in die Struma bedingt werden können, ist nicht unwahrscheinlich; für die Allgemeinsymptome wäre aber die Erklärung in diesem Sinne

[1]) Ueber die Aetiologie der Strumitis. — Basel 1892. (Verlag von Salmann.)
[2]) Semain med. 1892. 416.

nicht ohne weiters zulässig. Allerdings hat kürzlich ALDEHOFF[3]) einen Fall von Blutung in eine Strumacyste beschrieben, in dem mehrere Tage hindurch Fieber bestand. Es mag also ab und zu einmal eine Hämorrhagie in eine Struma unter entzündungsähnlichen Symptomen verlaufen.

Was nun die im Strumitiseiter bisher gefundenen Mikroorganismen betrifft, so sind sie theils die gewöhnlichen Strepto- und Staphylokokken gewesen, theils Darmbakterien (B. coli, B. typhi) und endlich in einer für die kleine Reihe der bisher untersuchten Fälle auffallenden Häufigkeit der FRÄNKEL-WEICHSELBAUM'sche Diplococcus pneumoniae. Diesen hat TAVEL 2 Mal u. zw. einmal bei nach Gastritis akuta und einmal bei nach Pneumonie aufgetretener Strumitis gefunden. In einer nach Pneumonie beobachteter Strumitis fand ihn ferner MORAX, in einer nach Influenza entstandenen de St. GERMAIN[4]). LANZ[5]) hat in allerjüngster Zeit über 3 durch diesen Mikroorganismus hervorgerufene Strumitisfälle berichtet. Endlich habe ich in den 3 mit positivem Erfolge untersuchten Fällen jedesmal den FRÄNKEL-WEICHSELBAUM'schen Diplococcus pneumoniae in Reinkultur nachweisen können u. zw. stets in vollvirulentem Zustande. Das Auftreten einer Diplokokken-Strumitis nach Pneumonie bedarf wohl einer weiteren Erläuterung nicht, ebensowenig wie die Entstehung der Diplokokken-Strumitis nach Influenza, da ja die Mehrzahl der Influenzanachkrankheiten durch den erwähnten Diplococcus bedingt sind. Weniger sicher ist wohl der Hergang der Struma-Infektion in TAVEL's Fall von Diplokokken-Strumitis nach Gastritis. TAVEL selbt erwägt die Möglichkeit, dass die Gastritis nur durch die Erscheinungen der schweren Allgemeininfektion vorgetäuscht worden sein könnte, bezeichnet aber diese Annahme als eine gezwungene, während ich sie auf Grund der TAVEL'schen Krankengeschichte als nicht unwahrscheinlich bezeichnen möchte. LANZ fasst die 3 von ihm mitgetheilten Strumitisfälle als metapneumonisch auf, doch gibt er nur an, dass bei einem der Strumitisfälle «deutliche Lungenerscheinungen und im Sputum massenhafte Kapseldiplokokken» nachweisbar waren, während bei einer zweiten zwar im Sputum massenhafte FRÄNKEL-WEICHSELBAUM'sche Diplokokken vorhanden waren, die Untersuchung der Lungen jedoch nur diffuse Rasselgeräusche ergab. Ueber den 3. Fall fehlen nähere Angaben. Ist also für einen Theil der Diplokokken-Strumitiden die Auffassung als Metastase nach Pneumonie zulässig, so bleibt doch eine Anzahl von Fällen übrig, in denen keine Anzeichen einer vorhergangenen Pneumonie nachweisbar sind. So war auch in den drei von mir beobachteten Fällen von Diplokokken-Strumitis anamnestisch Pneumonie nicht zu eruiren, nur in einem Falle (Nr. 3) bestand einige Tage vor dem Auftreten der Schilddrüsenentzündung Husten, doch ohne Fieber. Letzteres trat erst gleichzeitig mit den lokalen Strumitissymptomen auf. Im Verlaufe der Strumitis bestand nun weiterhin diffuse Bronchitis und einige Tage nach der Incision liess sich, wie in der Krankengeschichte erwähnt, ein pneumonischer Herd in der rechten Lunge nachweisen, der gewiss erst nach der Vereiterung der Struma entstanden war Es liegt mir aber ebenso ferne, etwa diese Pneumonie als Metastase der Strumitis aufzufassen, als mich der Ansicht zuzuneigen, dass die anderen beobachteten Diplokokken-Strumitiden Metastasen einer leichten, klinisch nicht gut charakterisirten Pneumonie gewesen sein, wie es vielleicht den Vermuthungen TAVEL's und LANZ entsprechen würde. Das verhältnismässig häufige Vorkommen von Pneumoniekokken im Strumitis-Eiter erinnert an das Verhalten einiger ebenfalls dem Respirationstrakte nahe gelegener Organe resp. Regionen. Wir sind ja seit längerer Zeit darüber nicht mehr im Zweifel, dass der gesunde Respirationstrakt verhältnismässig häufig den FRÄNKEL-WEICHSELBAUM'schen Diplokokkus beherbergt. Wir wissen ferner, dass die Entzündung des Gehörganges, wie der Nebenhöhlen der Nase dem genannten Mikroorganismus häufig ihren Ursprung verdanken und erklären uns dies leicht aus den anatomischen Beziehungen der genannten Organe zum Cavum des Respirationstraktus. Auch für die Diplokokken-Meningitis ist ab und zu eine Infektion von der Nasenhöhle aus recht wahrscheinlich gemacht worden. Diejenigen Organe hingegen, welche mit dem Respirationstrakt keine anatomischen Beziehungen unterhalten, unterliegen einer Diplokokken-Infektion ungemein selten, es scheint also die hämatogene Pneumokokken-Infektion jedenfalls nicht häufig zu sein. Wenn nun gerade die Schilddrüse in einer relativ so grossen Anzahl von Fällen einer Infektion durch den genannten Mikroorganismus unterliegt, so liegt doch die Vermuthung gewiss nicht ferne, dass die Nachbarschaft der Trachea hier eine Rolle spiele. Prof. ALBERT hebt in seinen Vorträgen hervor, dass relativ häufig Strumitis sich an Angina anschliesse und in einem der hier berichteten Fälle (Nr. 5) waren ja Veränderungen im Pharynx noch zur Zeit der Spitalsaufnahme nachweisbar. Auch hier ist die nachbarliche Beziehung der erkrankten Organe ein Moment, das nicht übersehen werden kann, wenn man ja auch andererseits keinerlei direkten anatomischen Verbindungsweg zwischen Pharynx resp. Trachea und Schilddrüse kennt. Das Ausgeschaltetsein der Thyreoidea aus allen anderen anatomischen Kommunikationen hat ja eben TAVEL in erster Linie dazu veranlasst die Strumitiden als fast ausnahmslos hämatogenen Ursprunges zu betrachten. Die relative Häufigkeit des Diplokokkenbefundes im Strumitiseiter im Gegensatz zum relativ seltenen Vorkommen dieses Mikroorganismus bei eklatant metastatischen Eiterungen hat die erwähnten Bedenken in mir wachgerufen. — Was endlich den ab und zu gefundenen sterilen Strumitiseiter betrifft, so liegt es naheauch hier an den unter den menschlichen Eitererregern am raschesten absterbenden Diploc. pneumon. als Ursache zu denken, der ja mitunter seine Lebensfähigkeit und Virulenz noch nicht, wohl aber schon seine Fortpflanzungsfähigkeit auf den üblichen Nährböden eingebüsst hat (Fall Nr. 3). Der einzige Fall, in dem ich Mikroorganismen im Strumitiseiter nicht nachweisen konnte (Nr. 1) ist insoferne nicht einwandsfrei, als ich direkte Impfung auf Versuchsthiere unterlassen habe, wodurch ich vielleicht noch ein positives Resultat erlangt hätte.

(Fortsetzung folgt.)

[3]) Deutsche med. Wochenschrift 1892, Nr. 30.
[4]) RABCOL cit. u. TAVEL.
[5]) Deutsche med. Wochenschrift 1893, Nr. 10.

Der Samariterbund.

Vortrag, gehalten von Dr. Anton Loew in der Sitzung des Wiener med. Doktoren-Kollegiums am 10. April 1893.

Gestatten sie mir, meine Herren, Ihnen heute in möglichster Kürze die Mittheilung zu machen, in welcher Weise sich die Proponenten des I. Internationalen Samariter-Kongresses, welcher in Wien in der Zeit vom 8.—10. September dieses Jahres tagen wird, die angestrebte Konstituirung von einzelnen nationalen Samariter-Verbindungen denken.

Ich kann in diesem Kreise die Geschichte und das Wesen des Samariterthums als bekannt voraussetzen und deshalb ohne weitere Einleitung direkt zur Sache selbst kommen.

Der Samariterbund wird gedacht als Vereinigung sämmtlicher Korporationen, Vereine und Personen, welche sich freiwillig mit dem Schutze von Leben, Gesundheit und Eigenthum ihrer Mitbürger statutarisch oder berufsgemäss befassen unter einer Centralleitung, bei voller Wahrung der Autonomie der einzelnen Korporationen und Vereine für ihre statutarische Bestimmung und der Einzelpersonen in der Ausübung ihres Berufes.

Als Mitglieder des Samariterbundes erscheinen daher in erster Linie berufen die Vereine vom Rothen Kreuze, die Feuerwehren, Rettungsgesellschaften, Knappschaften und Gewerke, Wasserwehren und in weiterer Folge Turn-Vereine und Krieger-Vereine sowie sämmtliche humanitäre Vereine. Von Einzelpersonen: die Aerzte und die Lehrer, dann die Geistlichkeit und jene Frauen und Männer, welche freiwillig und unentgeltlich sich dem Samariterdienste activ von Fall zu Fall widmen wollen.

Vor allem bitte ich, geehrte Herren, für meine weiteren Ausführungen sich vorzuhalten, dass der Samariterdienst strenge zu unterscheiden ist nach zwei Gruppen: als Rettungsdienst und als Pflegedienst.

Der Rettungsdienst ist naturgemäss ein relativ kurzer, vom einzelnen Falle gegeben.

Der Pflegedienst schliesst sich an den Rettungsdienst an.

Der Rettungsdienst ist das, was wir als erste Hilfe bezeichnen.

Das Einschreiten der Feuerwehr bei einem Brande ist ein Rettungsdienst.

Das Hervorholen des Verschütteten aus einem eingestürzten Hause, aus einem Bergwerke, aus einem überflutheten Orte, der erste Verband, oder der Transport eines auf der Strasse oder in einem öffentlichen Lokale Verunglückten ist ein Rettungsdienst.

Die Betreuung der auf die geschilderte Weise geborgenen und erkrankten Verunglückten in einem Krankenhause werden wir als Pflegedienst bezeichnen.

Dies vorausgeschickt, will ich nun an die Besprechung der Stellung und der Aufgaben eines Samariterbundes gehen.

Es ist ohne Zweifel die Verpflichtung des Staates und weiters im übertragenen Wirkungskreise der autonomen Länder und Gemeinden, alle jene Vorkehrungen selbst zu treffen, welche dem Bürger des Staates die möglichste Sicherung seines Lebens, seiner Gesundheit und seines Eigenthums gewährleisten.

Dieser Verpflichtung können die autonomen Behörden aber jedenfalls nur in jenem Masse nachkommen, welches erfahrungsgemäss der durchschnittlichen täglichen Anforderung entspricht.

In Fällen von plötzlichem Andrange an einem Punkte, von zufälligen Ereignissen, können die offiziellen Vorsorgen nicht genügen, wenn nicht dauernde Einrichtungen von solchem Umfange getroffen werden sollen, dass der hiefür erforderliche Aufwand in einem grossen Missverhältnis stehen sollte zu dem nur in seltenen Fällen eintretenden Bedarf.

Nur in sehr grossen Gemeinden kann eine Berufsfeuerwehr oder eine Rettungsgesellschaft erhalten werden.

Da aber alle Gemeinden und alle Menschen die gleichen Ansprüche auf Rettung haben, ist hierin schon ein Fingerzeig gegeben, dass die Existenz eines weitverzweigten Samariterbundes für diese Zwecke begründet ist.

Der Rettungsdienst bei Elementarereignissen entzieht sich heute unserer Besprechung. Ich will hier nur auf den ärztlichen Rettungsdienst eingehen.

Wie soll der Rettungsdienst des Samariterbundes organisirt werden?

Zur Beantwortung dieser Frage sind zwei Gesichtspunkte massgebend, und zwar:

Der sanitäre Rettungsdienst kann 1. ein temporärer oder 2. ein permanenter sein.

Der temporäre kommt in Betracht in kleineren Gemeinden und auf dem flachen Lande, von Fall zu Fall, in der Regel nicht häufig.

Der temporäre Rettungsdienst wird geleistet werden von Personen, welche in später zu schildernder Weise hiezu die Eignung erhalten als Freiwillige, hiezu sind in erster Reihe berufen die Mitglieder der Sanitätszüge der freiwilligen Feuerwehren und deren Korpsärzte, Geistliche, Lehrer, die Baugewerbetreibenden, Fabriksdirektoren, Gutsbesitzer u. s. w.

In grossen Gemeinden, wo täglich, oft stündlich Vorfallenheiten eintreten, welche den Rettungsdienst erheischen, soll der Samariterbund den Rettungsdienst mit bindender Verpflichtung übernehmen, beziehungsweise durch die schon bestehenden und zum Bunde heranzuziehenden Gesellschaften durchführen lassen.

Die Ausdehnung dieses Dienstes in Bezug auf Personale und Materiale und der hiefür statthafte Geldaufwand wäre entsprechend der Bevölkerungszahl der Gemeinde und ihrer räumlichen Ausdehnung nach einheitlichen, mit grosser Sparsamkeit aufgestellten Grundsätzen festzustellen. Dieser Dienst ist ein Permanenzdienst und sollte als solcher nur von dauernd gegen Bezahlung angestellten, in Dienst und Pflicht stehenden Funktionären aller Grade ausgeübt werden. Hiezu wären noch von Fall zu Fall bei besonderen, von hiezu bestimmenden Ereignissen, wie Volksversammlungen, vorher bekannt gewordene Massendemonstrationen, die Eingangs dieses Vortrages erwähnten freiwilligen Samariter unentgeltlich heranziehen, wie auch selbe nach einem festzusetzenden Turnus in der Reserve für zufällige, das erfahrungsmässige Erforderniss übersteigende Vorfallenheiten zu verbleiben hätten.

Die Kosten für die angestellten Personen, Aerzte und Sanitätsmannschaft könnten jedoch durch eine zweckmässige Vereinbarung mit der Kriegsverwaltung wesentlich herabgemindert werden.

Das «Rothe Kreuz» erhält für den Ernstfall sein Sanitäts-Hilfspersonale aus dem Stande der Landwehr II. Kategorie zugewiesen.

Die Kosten der Ausbildung dieser Mannschaft hat das «Rothe Kreuz» zu tragen.

Wenn nun diese Mannschaft zur Ausbildung und zum Wiederholungsunterrichte dem offiziellen und dauernden Rettungsdienste des Samariterbundes zugewiesen würde, so hätte derselbe nur die vorschriftsmässigen Gebühren an dieselben zu erfolgen, diese Mannschaft würde vollkommen in jenem Dienste unterrichtet werden können, zu welchem sie dauernd berufen ist, hätte Gelegenheit, frische Fälle von Verletzungen zu Gesicht zu bekommen und das «Rothe Kreuz» wäre von einer nicht unbedeutenden Auslage befreit. Für den Kriegsfall wären dann besondere Abmachungen zu treffen, um die einzelnen Rettungsstationen nicht momentan von dem Sanitäts-Hilfspersonal zu entblössen.

Jedenfalls müssten dann in der ersten Zeit die geschulten Freiwilligen, und ein Theil der später vorzuführenden bezahlten Berufs-Krankenpfleger in Verwendung treten.

Ebenso könnten junge Assistenzärzte und Stellvertreter zu diesem offiziellen Rettungsdienste abwechselnd kommandirt werden und hiebei die Gelegenheit finden, sich auf den militärärztlichen Dienst im Ernstfalle in einer Weise einzuschulen, wie selbe ihnen sonst nicht leicht wieder geboten werden könnte.

Diese Ausführungen finden ihre Unterstützung in einem Vorschlage Billroth's, der den militärärztlichen Hochschulen das Recht zur Aufnahme aller frischen Verletzungen gewahrt wissen will, und in einem Essay Mundy's, der sich bereits öffentlich für die Verwendung von Militärärzten und Sanitätsmannschaft bei den Rettungsgesellschaften ausgesprochen hat.

Selbstverständlich sollte in grossen Gemeinden dauernd ein Chefarzt aus dem Civilstande für den officiellen Rettungsdienst in Anstellung sein.

Was haben nun die Aerzte bei dem Rettungsdienst zu thun?

Die Aerzte sollen alle dem Samariterbunde beitreten und als dessen Organe in allen Fällen, wo dieselben zur ersten Hilfe berufen werden, einschreiten.

Diese Dienstleistung soll, da dieselbe eine berufsmässige ist, stets entlohnt werden. Erfolgt die Bezahlung nicht von der anrufenden Partei direkt, dann soll die Meldung des Samariterarztes an die nächste Bundesstelle erfolgen und von dort nach festgesetzten Tarifen die Entlohnung des Arztes stattfinden. Grundsätzlich soll aber der Samariterarzt über die unumgänglich nothwendige erste Hilfe hinaus in keinerlei Weise mehr eingreifen. Die weitere Behandlung des einzelnen Falles darf der Samariterarzt nur über direkte Aufforderung des Hausarztes, eventuell des ortsansässigen Arztes übernehmen. In welcher Weise der Samariterbund diese Kosten hereinbringen will, will ich zum Schlusse dieser Besprechung mittheilen.

Dies wären in groben Zügen die Hauptaufgaben des Rettungsdienstes in sanitärer Beziehung.

Die Aufgaben der Feuerwehren, Wasserwehren, eventuell der Turnvereine bei Elementarereignissen, der Kriegervereine bei Störungen der öffentlichen Ordnung bedürfen keiner näheren Besprechung.

Ich komme nun auf die zweite Aufgabe des Samariterdienstes, auf den Pflegedienst.

Auch hiefür ist von Seite des Staates und der autonomen Behörden in jedem civilisirten Staate für das erfahrungsgemässe normale Erforderniss genügend vorgesorgt.

Aber auch hier ist dasselbe Verhältniss wie beim Rettungsdienst, dass für Fälle von unvorhergesehenem Andrange, wegen der allzugrossen Kostspieligkeit nicht vorgesorgt werden kann.

Wir haben allerdings in Oesterreich ein vortreffliches Sanitätsgesetz, welches alle autonomen Gemeinden verpflichtet, Epidemiespitaler bereit zu halten, wir wissen aber auch, dass, selbst wenn der beste Wille überall vorhanden wäre, der Mangel an Mitteln die dauernde Durchführung dieser Verordnung in genügendem Masse den Gemeinden unmöglicht macht.

In diese Lücke der Sanitätsorganisation einzutreten, soll nun der Samariterbund berufen sein.

Epidemische Erkrankungen werden in den seltensten Fällen Pandemieen, sie werden es um so seltener noch werden, wenn die Möglichkeit geboten wird, der Epidemie schon im Beginne Herr zu werden, dieselbe lokal einzuschränken.

Wenn dieses richtig ist, so ist es ebenso richtig, dass nicht alle Epidemiespitäler gleichzeitig, sondern nur ein relativ geringer Theil derselben temporär in Verwendung stehen wird, dass also in allen Gemeinden, in denen keine Epidemie herrscht, das Epidemie-Spital temporär überflüssig ist.

Wenn also jene Anzahl von Epidemie-Spitälern, die dem temporären Bedürfnisse entspricht, stets für die verseuchten Orte rasch in Dienst gestellt werden kann, wenn geschultes Pflegepersonale, Aerzte, und Desinfektionsdienst sofort an Ort und Stelle gebracht werden kann, dann kann auch die Epidemie eingeschränkt, lokalisirt und in den meisten Fällen im Beginne unterdrückt werden.

Wir haben im verflossenen Jahre anlässlich des Einbruches der Cholera gesehen, welche enorme Anstrengungen die staatliche Sanitätsverwaltung machen musste, um angesichts der drohenden Epidemie die nothwendigsten Vorkehrungen durchzusetzen.

Wenn Sie die officiellen Publikationen des obersten Sanitätsrathes zur Hand nehmen und die Epidemiekarten derselben ansehen, dann werden Sie mir zustimmen, dass für die dauernden sanitären Vorkehrungen gegen Epidemien noch ein grosses Feld für die Hilfsthätigkeit gegeben ist. Die Berichte, dass ganze Ortschaften, selbst in sehr gut administrirten Ländern epidemisch verseucht sind, sind zahlreich in den öffentlichen Blättern zu lesen. Ueberaus interessant ist es aber auch, dass Dank der über Anordnung der staatlichen Sanitätsverwaltung im Vorjahre durchgeführten allgemeinen Assanirung, in diesem Jahre besonders günstige Berichte in Bezug auf lokale Epidemien vorliegen.

Solche Vorsorgen im Einverständnisse mit der staatlichen Sanitätsverwaltung nach bestimmten Grundsätzen durchzuführen, soll eine Hauptaufgabe des Samariterbundes werden.

Hiefür soll der Samariterbund offiziell bestellt werden.

Nach genau zu formulirenden und mit der staatlichen Sanitätsverwaltung zu treffenden offiziellen Abmachungen sollen in den grossen Centren und an anderen nachher besonders zu vereinbarenden Stellen die Depots des Samariterbundes — ich möchte sie als Spitals-Leihanstalten bezeichnen — errichtet werden, und soll den Gemeinden für den Fall des Bedarfes aus dem nächsten Depot, transportable Spitäler sammt allem Zugehör, an Materiale, geschultem Berufs-Pflege-Personale, Apparaten zum Desinfektionsdienst u. s. w. schleunigst beigestellt werden.

Die verseuchten Wohnungen sind dann sofort zu evacuiren und zu desinficiren, die Kranken zu isoliren . . . . und von dem ortsansässigen Samariter-Arzte, wo mehrere solche sind, in bestimmten Turnus, gegen festgesetzte Gebühren, welche der Samariterbund trägt, zu behandeln.

Nur in jenen Orten, in welchen kein ortsansässiger oder in der Nähe wohnhafter Samariterarzt die Leitung des Samariterspitales übernehmen kann, soll von dem Samariterbund auch ein Arzt beigestellt werden.

Die Anzeige des Gemeindevorstehers, des Ortsgeistlichen, des Samariter-Arztes, des Samariter-Lehrers an den nächsten öffentlichen Amtsarzt, dass im Orte oder in der Schule eine epidemische Erkrankung ausgebrochen sei, wird genügen, um die Action des Samariterbundes sofort ins Rollen zu bringen, um die Aktion des Samariterbundes sofort ins Rollen zu bringen, um in kürzester Zeit die nothwendigen Hilfsmittel an Ort und Stelle zu bringen.

Erlauben Sie mir noch in wenigen Worten über das Hilfspersonale und dessen Schulung zu sprechen.

Aktiver Samariter, berufsmässig oder unentgeltlich, kann jeder physisch taugliche unbescholtene Mensch, Frauen und Männer, der über die nothwendige Intelligenz verfügt, wereen, wenn er die erforderliche Unterweisung erhalten hat und praktisch erprobt wurde.

Schon im letzten Jahre der Volksschule sollen durch den Samariter-Lehrer den Kindern in leichtfasslicher Weise die allgemeinen Begriffe von Antisepsis und Verbandlehre beigebracht werden.

In den Gewerbeschulen und in den technischen Hochschulen sollte durch Dozenten derselbe Unterricht in so ausgedehnter Weise ertheilt werden, dass die in das praktische Leben tretenden Abiturienten in der Lage sind, sich selbst und ihren untergebenen Arbeitern die erste Hilfe zu leisten.

Auch an den Universitäten sollten Dozenten mit diesem Unterrichte betraut sein, um die von dort ausziehenden Nichtärzte, namentlich die Geistlichen und die Lehrer in der ersten Hilfe zu unterrichten.

Dass durch die allgemeine Verbreitung solcher Kenntnisse auch für die Armee ein grosser Nutzen geschaffen würde, ist unzweifelhaft. Die Armeen aller civilisirten Staaten sind heute mit den Behelfen für den ersten Verband ausgerüstet.

Das österreichische «Rothe Kreuz» hat jeden Combattanten unserer vaterländischen Armee mit einem antiseptischen Verbandpäckchen versehen — welches nach unserem Vorschlag auch von der Mehrzahl der Combattanten dann für sich selbst oder für die Kameraden zur Verwerthung kommen könnte.

Für den aktiven Samariter selbst müsste aber ausserdem ein besonderer Unterricht bestehen.

Für den Rettungsdienst wird dieser Unterricht naturgemäss bei jenen einzelnen Corporationen zu erfolgen haben, welchen sich der Samariter anschliesst.

Für den Pflegedienst liegen die Verhältnisse anders.

Zum Pflegedienst und zum Desinfektionsdienst sollten in der Regel nur Berufspfleger und Pflegerinnen herangezogen werden. Der Unterricht dieser Personen und zwar Frauen und Männer wäre möglichst centralisirt in grossen gut geleiteten Krankenanstalten zu ertheilen, nach abgelegter Erprobung sollten diese geprüften Krankenpfleger an die verschiedenen öffentlichen Krankenanstalten als überzählig zum Dienste auf Kosten des Samariterbundes eingetheilt werden, und im Bedarfsfalle sofort für die Zwecke der Epidemie-Spitäler zur Verfügung stehen. Obzwar auf diese Weise gewiss eine ansehnliche Anzahl von Berufs-Pflegern sicherzustellen sein wird, darf man sich doch nicht verhehlen, dass bei gesteigertem Bedarf doch oft ein Mangel an solchen Personale eintreten könnte. Hiefür soll eine Reserve geschaffen werden, und zwar mit Unterstützung der Geistlichkeit.

Speziell in Oesterreich wird die grosse Mehrzahl jener Personen, welche aus innerem Triebe und nicht zu Erwerbszwecken sich der Krankenpflege widmen, nahezu vollzählig sich den barmherzigen Congregationen anschliessen.

Dass solche Personen, wenn sie ausserdem durch zweckmässigen Unterricht die nothwendige technische Fertigkeit erlangt haben, vorzügliche Krankenpfleger sind, ist wohl nicht zu bestreiten, es wird sich also nur darum handeln können, durch ausreichende Subventionen es den einzelnen Orten zu ermöglichen, einen grösseren Stand von Pflegern zu erhalten und durch geeignete Abmachungen, bei denen auch die Pflichten, welche das Ordensgelübde diesen geistlichen Pflegern auferlegt, voll in Rechnung gezogen werden müssen, sich einer ausreichenden und stets verlässlichen Reserve von Pflegern zu versichern.

Dies wären im Allgemeinen die Hauptaufgaben, welche dem Samariterbund im Frieden gestellt sind.

Im Kriege übernimmt der Bund die Verpflichtung, alle seine verfügbaren Hilfsmittel vertragsmässig dem «Rothen Kreuz» zu übergeben und im Rahmen seiner statutarischen Wirksamkeit alle ihm vom «Rothen Kreuze» zu überweisenden Aufgaben unter dessen Oberleitung durchzuführen.

Erlauben Sie mir nun zum Schlusse noch anzuführen, in welcher Weise die Herbeischaffung von Geldmitteln für diesen weit ausgreifenden Dienst gegenwärtig gedacht ist.

Die Geldmittel sollen aufgebracht werden:

1. Durch Beiträge von unterstützenden Mitgliedern.
2. Durch Beiträge der dem Samariterbunde beigetretenen Vereine.
3. Durch Bezahlung der offiziell übernommenen sanitären Leistungen von Nutzniessern.
4. Durch Subventionen aus öffentlichen Mitteln.

Was die Beitragsleistung der unterstützenden Mitglieder anlangt, so muss hiebei der Grundsatz festgehalten werden, dass durch den Samariterbund kein wie immer Namen habender, zu humanitären Zwecken bestehender Verein geschädigt werden darf, sondern im Gegentheil, es sollen alle Vereine dem Samariterbund beitreten und hieraus sich neue Einnahmsquellen eröffnen können.

Die Beitragsleistung für Einzelpersonen als unterstützende Mitglieder des Samariterbundes wird daher so hoch zu bemessen sein, dass nur einzelne Persönlichkeiten aus den sehr wohlhabenden Klassen sich berufen fühlen werden, diesem Bunde beizutreten. Von solchen Personen ist auch nicht anzunehmen, dass sie ihren Beitrag dadurch wieder hereinbringen werden, indem sie ihr Schärflein anderen humanitären Institutionen entziehen.

Ein direktes Anwerben von unterstützenden Mitgliedern des Samariterbundes soll also unter allen Umständen unterbleiben.

Hingegen soll es angestrebt werden, dass alle eingangs genannten Vereine corporativ mit ihren Mitgliedern dem Samariterbund beitreten, so dass jedes ihrer Mitglieder hiedurch auch legitimirtes Mitglied des Samariterbundes ist.

Die dem Samariterbunde beitretenden Vereine werden daher in ihrem Einkommen nicht nur keine Schmälerung erfahren, sondern gerade in der Mitgliedschaft des Bundes ein wirksames Agitationsmittel zur Vergrösserung ihres Mitgliedstandes und ihres Einkommens haben.

Durch die allgemeine Verbreitung des Samariterbundes wird auch den beigetretenen Vereinen es erleichtert werden, an jenen Orten, wo selbe bisher noch keine Berührungspunkte fanden, für ihre eigenen Zwecke festen Fuss zu fassen.

Die Beitragsleistung der beigetretenen Vereine an den Bund wird verschieden hoch sein müssen, je nach der Zahl der Vereinsmitglieder, je nachdem ob der beitretende Verein auch aktive Dienste dem Bund leistet, endlich je nach den Ansprüchen, welche er an den Bund stellt. Immer aber wird der Beitrag nur mit einem relativ kleinen Bruchtheil der eingehobenen eigenen Mitgliederbeiträge zu bemessen sein.

So wird beispielsweise der Beitrag einer freiwilligen Feuerwehr, welche ja permanent acktive Rettungsdienste leistet, ein ganz geringfügiger sein müssen, hingegen wird der Bund schlecht finanzirten freiwilligen Feuerwehren die nothwendigen Aushilfen zu gewähren haben.

Bezüglich der Bezahlung des offiziellen Sanitätsdienstes sollen alle Nutzniesser desselben und zwar ebenso die Einzelpersonen als die autonomen Korporationen zur entsprechenden Bezahlung des geleisteten Dienstes verhalten werden.

Der Samariterbund wird seinen Sanitätsdienst freiwillig ausüben, aber nur bedingungsweise unentgeltlich.

Ich möchte mir erlauben, hier auf den Unterschied von freiwillig und unentgeltlich, der in vielen Fällen nicht berücksichtigt wurde, aufmerksam zu machen. Der freiwillige Sanitätsdienst des Samariterbundes wird jederzeit, wenn er angerufen wird, dem Hilfe Suchenden zur Verfügung stehen.

Wenn aber ein Angehöriger der wohlhabenden Stände seine Dienste in Anspruch nimmt, dann wird er es nicht unbillig finden, dass er selbe auch bezahlen muss und zwar so gut, dass den Aermeren der Samariterdienst unentgeltlich geleistet werden kann. Aus öffentlichen Geldern, welche für humanitäre Zwecke gesammelt werden, den Wohlhabenden unentgeltliche Dienste zu leisten, halte ich in Friedenszeiten für u n r e c h t.

Der Samariterbund soll auch j e d e r z e i t h e l f e n, von dem Besitzenden aber sich auch für die Kosten, welche aus auch von armen Leuten gesammelten Beiträgen gedeckt werden, unbedingt schadlos halten.

Die Benützung des Epidemie-Spitals wird von der Gemeinde und zuletzt vom Land nach bestimmten Pauschalien bezahlt werden.

Für den offiziellen Sanitätsdienst soll dass Oeffentlichkeitsrecht der öffentlichen Krankenanstalten mit angestrebt werden.

Sollten alle diese Zuflüsse nicht genügen, dann wird der Samariterbund die Unterstützung des Staates ansuchen, und sie auch dann erhalten, wenn er in geordneter sparsamer Weise seinen Dienst führt und jenen Nutzen bringt den seine Proponenten erhoffen.

Hiemit habe ich Ihnen unser Programm entwickelt. Niemanden schaden, Allen nützen, das ist unser Wahlspruch.

Für jeden wohlwollenden Menschen ist unsere Thüre offen wir fragen nicht nach Rang und Stand, nicht nach Vermögen und Konfession.

Wer die wahre Menschenliebe in seinem Herzen trägt, der, möge zu uns kommen, und desshalb, meine Herren, bin ich heute zu Ihnen gekommen, um Sie für uns zu gewinnen, zu Ihnen, den berufenen und bewährten Vorkämpfern der Humanität!

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

Sitzung vom 10. April 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Prof. Dr. G. Gärtner: *Ueber elektrische Medizinalbäder.*

Vortragender hat bereits 1889 auf der Naturforscherversammlung in Heidelberg über die von ihm construirten elektrischen Bäder berichtet und seit dieser Zeit wesentliche Verbesserungen angebracht. Es gibt dipolare und monopolare Bäder; bei ersterem taucht an jedem Ende der Badewanne eine Metallplatte ein, welche mit je einem Pole in Verbindung steht. Bei diesem Apparate geht aber nur ein kleiner Bruchtheil des Stromes durch den Patienten hindurch, der grössere Theil geht durch das Badewasser; auch wird die Hautoberfläche des Menschen nicht gleichmässig zur Eintrittsstelle der Elektrizität, indem der Rücken und Fusspitzen die grösste Stromdichte erfahren. EULENBURG hat das monopolare Bad construirt, bei dem nur ein Pol mit der Metallplatte verbunden und wodurch der ganze menschliche Körper zur Eintrittsstelle des Stromes wird; doch hat dieser Apparat den Fehler, dass man nur sehr schwache Ströme durchleiten kann, denn sonst bekommt der Patient Krämpfe in den Händen.

GÄRTNER construirte nun ein dipolares Bad, bei dem das Innere der Metallwanne mit einem Metallbelage versehen ist; in der Mitte der Wanne befindet sich eine Isolirmasse. Der Patient kommt in ein Diaphragma und der Raum zwischen demselben wird mit Kissen, welche mit Ton gefüllt sind, ausgekleidet, wodurch der Strom nur durch den Körper des Patienten geht und überall gleichmässig eintritt.

Das auffallendste Symptom beim elektrischen Bade ist eine intensive Röthung der Hautoberfläche, die sich bis zum Auftreten eines Exanthems steigern kann, das Aehnlichkeit hat mit einer Urticaria und selbst das Jucken mit ihr theilt. Auf diese Weise können Ströme selbst bis zu 250 Milliampère verwendet werden. Hervorzuheben ist ferner die schlaf- und appetiterregende Wirkung des Bades, so dass dasselbe bei Agrypnie, Neurasthenie, Rheumatismen und dergleichen indicirt ist.

Dasselbe eignet sich ganz besonders zur Einverleibung von Medikamenten in den menschlichen Organismus. Setzt man dem Badewasser Sublimat zu, so ist schon nach dem 1. Bade Quecksilber im Harn nachweisbar; die Menge des Quecksilbers variirt je nach der Zahl der Bäder, nach der Badedauer, nach der Concentration und Intensität des Stromes. Die Einverleibung geschieht durch die kataphoretische Wirkung des Stromes. Das elektrische Bad ist daher eine sehr wirksame und elegante Methode der Lues-

therapie. GÄRTNER hat auf diese Weise nie eine ernstliche Intoxikation beobachtet, so dass man dieser Therapie selbst alte und herabgekommene Individuen aussetzen kann. In ganz derselben Weise wie Quecksilber kann auch Eisen dem Organismus einverleibt werden. Am besten eignet sich Ferrum oxydulat. sulfur. pulv., nachdem es früher in heissem Wasser aufgelöst wurde. GÄRTNER will jetzt Versuche mit Lithion machen, um Gichtknoten zum Verschwinden zu bringen. Alle Versuche, welche Vortragender bis jetzt im Vereine mit Dozenten Dr. EHRMANN unternommen hatte, lieferten in jeder Beziehung ein befriedigendes Resultat.

Den Vortrag Dr. LOEW's bringen wir an anderer Stelle unseres Blattes ausführlich. *Dr. Em. Mandl.*

Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 18. März 1893.

Dozent Dr. N. Feuer: *Exstirpation eines Tumor cavernosus orbitae.* (Autoreferat).

Der Tumor sass nicht, wie in den meisten Fällen in der Tiefe der Orbita, in dem sogenannten Muskeltrichter, sondern seitwärts und so weit vorne, dass er mit Schonung des Bulbus exstirpirt werden konnte.

Bei einem 7jährigen Knaben ging vom oberen inneren Theile der linken Orbita ein dunkelblauer, weich anfühlbarer Tumor aus und erstreckte sich über den unteren Orbitalrand hinaus. Der Bulbus war nach vorne und unten gedrängt; Finger wurden auf drei Meter Entfernung gelesen; mit dem Augenspiegel hochgradige Hypermetropie, unregelmässiger Astigmatismus, weite und geschlängelte Retinalvenen, sonst aber keinerlei Unregelmässigkeit zu konstatiren.

Die Operation vollführte FEUER (Juli 1885) derart, dass er zunächst am Unterlide parallel zu dem Rande desselben einen horizontalen Hautschnitt machte und durch diese Wunde hindurch, später aber in der Lidspalte durch die senkrecht eingeschnittene Konjunktiva hindurch das Neugebilde von der Umgebung losschälte, bis dasselbe nur mehr an dem oberen Orbitaltheil hing. Eine um dasselbe befindliche zarte Hülle wurde eingeschnitten, worauf sich ein gelbliches Serum entleerte. Endlich hingen die Schlingen des Tumor gleich vollgesaugten Blutegeln nackt herab. Es wurde nun unter denselben der mit dem Faden bewaffnete Unterbindungshaken geführt; trotz aller Vorsicht jedoch wurde eine — wahrscheinlich am Knochen anhaftende — Stelle der Geschwulst verletzt; denn ein Strom schwarzen Blutes ergoss sich über das Gesicht, worauf der Tumor beträchtlich collabirte. Die Blutung sistirte aber sofort, worauf die zusammengefallene Geschwulst möglichst hoch oben unterbunden und vor dem Faden abgeschnitten wurde.

Der abgeschnittene Tumor zeigt an den schwammig aussehenden Schnittflächen schon makroskopisch weite, aber ziemlich dickwandige Venen und andere, wie das Mikroskop lehrt, wandlose Höhlen, resp. Bluthälter. Im Ganzen hat der Tumor ein trabekuläres Gefüge, welche Trabekeln meist aus elastischen Fasern bestehen und Fettgewebe — an dem bekanntlich die Orbita reich ist — und Bluthälter zwischen sich fassen.

Einige Tage nach der Operation wurde der Unterbindungsfaden herausgeschnitten und die Wunde heilte in normaler Weise.

Im Dezember 1885 (fünf Monate nach der Operation) lag das linke Auge tiefer in der Orbita als das rechte, aber noch immer in divergenter Stellung. H (mit dem Augenspiegel) circa $^1/_6$; die Retinalvenen auch jetzt weit und geschlängelt. Am rechten Auge $V^6/_6$, H (mit dem Augenspiegel bestimmt) $^1/_{20}$. Die tiefere Lage des linken Auges ist derart zu erklären, dass der eine Theil des orbitalen Gewebes durch den Tumor zum Schwunde gebracht wurde, so dass nach der Entfernung des letzteren der Inhalt der Orbita hier kleiner war, als am anderen, normalen Auge.

Jänner 1886. Tenotomie am Rectus externus des linken Auges — wie vorausgesehen wurde — ohne erheblichen momentanen Erfolg.

Dezember 1887. Seit sechs Wochen in Folge stärkeren Hustens der hinter der Unterbindung stehen gebliebene Rest des Tumors scheinbar gewachsen, das Auge wieder ein wenig hervorgedrängt. Wie lange dieser Zustand andauerte, ist nicht bekannt, da FEUER den Kranken von nun ab nur einmal jährlich sah.

August 1888. Das Auge wieder tiefer als das andere; an der dem Tumor entsprechenden Stelle sowohl unter der Bindehaut, als auch unter der äusseren Haut ein hanfkorngrosser Varix. Trotz des durch die angeborene Amblyopie (hypermetropica) unterhaltenen Strabismus divergens die Bewegung des Auges medianwärts freier und ausgiebiger als nach aussen.

August 1891. V4/C, $Hm^1/_{16}$, $V^7/_{100}$; im Uebrigen der gleiche Befund wie im vorigen Jahre und derselbe hat sich bis heute nicht geändert.

Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft zu St. Petersburg.*)

Prof. v. Ott: *Zur Pathologie der Blutungen (innerlicher und äusserlicher), hervorgerufen durch Tubenschwangerschaft.*

Die inneren Blutungen dürften nach v. OTT in 2 Arten eingetheilt werden: 1. Fälle, in welchen die Blutung spontan nicht sistirt und in kürzester Zeit die Betroffenen tödtet; 2. Fälle, in denen die Blutung selbst aufhört und Blutgeschwülste bildend, entweder erst späterhin das Leben der Patientinnen gefährdet, oder, unter günstigen Umständen, sich resorbirend, zur Selbstheilung führt. Die 1. Art biete in pathologisch-anatomischer Beziehung nur wenig dunkle Seiten, dafür aber seien viele Seiten der 2. Art noch recht unaufgeklärt, was einerseits zu ungenügender und mangelhafter Würdigung der klinischen Erscheinungen führt, andererseits den therapeutischen Eingriffen häufig den Stempel der Empirie aufdrückt.

Nach einer der meist vertretenen Ansichten bilde sich die cirkumskripte Blutgeschwulst (Haematocele retro-, ante- oder periuterina) nur im Falle, wenn das Blut in eine früher vorgebildete Höhle sich ergiesst, was möglich, wenn entzündliche Zustände vorausgingen. Cirkumskripte Blutgeschwülste sind ausserdem möglich, wenn die innere Blutung langsam vor sich geht und, unter günstigen Umständen, Koagulation eintritt; in solchen Fällen, wie v. OTT viele Male sich zu überzeugen Gelegenheit hatte, bilden sich mit Hinzuziehung des Omentum majus, Verwachsungen, die der Sistirung und Umgrenzung der stattgehabten Blutung beisteuern.

Schliesslich weisen einige Autoren noch auf eine 3. Bildungsart cirkumskripter Blutergüsse hin; nach Ansicht derselben bildet sich sofort nach dem Blutergusse eine Tasche, welche das Blut einschliesst.

Die klinischen Beobachtungen, wie die Resultate der Versuche über künstlich hervorgerufene Blutung in die Bauchhöhle bei Thieren, überzeugten den Autor, dass all' die 3 oben angeführten Bedingungen bei Bildung cirkumskripter Blutung theilhaftig seien und das Bild einer Hämatocele bieten können.

Abgesehen von genannten Arten werden fälschlich als Hämatocele solche Zustände angenommen, die einem cirkumskripten Bluterguss in die Bauchhöhle nur ähnlich sehen, was zu unrichtigen therapeutischen Eingriffen veranlassen kann.

Da die ektopische Schwangerschaft bedeutend seltener intraligamentär, häufiger aber stielartig sei, wird man es in praxi zumeist mit Blutergüssen im Lumen des Eileiters der einen oder anderen Seite zu thun haben. Sich hinter dem Uterus und gewöhnlich, nicht gerade in der Mitte, sondern etwas seitlich, lagernd, verklebt die, das Ei beherbergende, mit Blut gefüllte Tube, Dank ihrer Vergrösserung und entzündlichen Reaktion, ihres Peritonealüberzuges und desjenigen der nächsten Umgebung, mit den sie umlagernden Organen und bildet eine einzige flächenartige Vereinigung mit den Wänden des Douglasraumes. Das entsprechende Ligamentum latum nimmt ebenfalls an den Verklebungen Antheil und nur genaue Beobachtung weise darauf hin, dass primär der Prozess sich in der Tube abspielte und erst später eine flache Verklebung mit der hinteren Wand des Lig. lat. stattgefunden. In

*) Vortrag, gehalten in der Jahressitzung der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft zu St. Petersburg am 18. Jänner 1893.

den Douglasraum hineingedrängt und in entzündlicher Verklebung mit anderen Organen, treibt die mit Blut angefüllte Tube mehr oder weniger den Uterus vor sich. Da die betroffene Tube Fluktuationserscheinungen bietet, sieht klinisch dieses Bild einer Haematocele retro-uterina ähnlich. Wenn, ausser im Eileiter, Blutung auch noch in dessen Umgebung eintritt, so erhalten wir die gemischte Form; Hämatosalpinx mit Erguss ins freie Peritoneum. Bei Hämatosalpinx allein lässt sich der Fundus uteri gewöhnlich von der hinter derselben liegenden Geschulst gesondert palpiren. Dieser Umstand sei für citirte Fälle charakteristisch.

Nach vielseitiger, überzeugender, auch auf Thierversuche gestützter Beweisführung kommt v. OTT zu folgendem Schluss: die Form, welche klinisch häufig als Hämatocele angesprochen wird, sei nichts Anderes, als Hämatosalpinx mit oder auch ohne Bluterguss ins Cavum peritonei und dass die wahre Hämatocele, mit dem Bilde des cirkumskripten Blutergusses, eine bedeutend seltenere Erscheinung sei, als gewöhnlich angenommen wird. Dieses bekräftigt der Autor auch mit Abbildungen der von ihm beobachteten Fälle.

Was nun den Mechanismus der inneren Blutung bei ektopischer Schwangerschaft betrifft, unterscheidet v. OTT 2 Arten. 1. Am häufigsten trete, bei unversehrtem Eileiter, die Blutung nach Absterben der Frucht, in Folge Abhebung derselben von der Tubenwand, durch das abdominale Ende der Tube, ins Cavum peritonei. 2. die Ursache der Blutung ist im Bersten des Eibehälters zu suchen, wobei das Blut, entweder a) den Blutgefässen der gerissenen Tubenwand entfliessen kann, oder b) in Folge theilweiser Ablösung des Eies oder Placenta von den Wänden des Fruchtbehälters auftreten kann.

Letztgenannte Blutung sei massenhafter und, den Folgen entsprechend, ominöser.

Die äussere Blutung bei Tubarschwangerschaft dokumentire sich in Form von Meno- und Metrorrhagien und, wenn auch nicht abundant, so übe sie, weil häufig dauerhaft, sehr schwächenden Einfluss auf den Gesammtorganismus. In dieser Phase bringe die Blutung der Patientin keine unmittelbare Gefahr; bedeutend unheilvoller sei dieselbe nach Absterben der Frucht, wobei sie das erste Symptom der sistirten Schwangerschaft bildet.

Nach Durchmusterung der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Uterusinnenfläche bei ektopischer Schwangerschaft, kommt v. OTT zu folgenden Schlüssen: die Blutungen seien abhängig: a) von den Umwandlungen der Schleimhaut, wie bei intra-uterinen Aborten, wenn die Decidua, mitsammt dem Ei, nicht eliminirt wird, sondern in Cavo uteri haften bleibt; b) von den sekundären Umwandlungen der Schleimhaut, hervorgerufen durch ungenügende Involution des Uterus.

(Referat des Centralblattes für Gynäkologie Nr. 14, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Vorlesungen über einige Fragen in der Behandlung von Neurosen.

Gehalten vor der medizinischen Gesellschaft der Universität Toronto in Canada am 11. und 12. März 1890.

Von **E. C. Seguin**, M. D. in New-York.

Expräsidenten der american neurological Association. korrespondirendem Mitgliede des Vereins für innere Medizin in Berlin etc. etc.

Ins Deutsche übertragen von Dr. med. **E. Wallach** in Frankfurt a. Main.

Verlag von Georg Thieme. Leipzig 1892.

Die Vorlesungen wurden in der medizinischen Gesellschaft der Universität Toronto in Canada vor einem Kreise von Aerzten und Studirenden gehalten. Die ungleichartige Zusammensetzung dieses Zuhörerkreises rechtfertigt das Eingehen auf manche anscheinend überflüssigen Einzelheiten, sowie die Zusammendrängung des Stoffes und den lehrhaften Vortrag. Der Verfasser legt seine praktischen Erfahrungen während einer beinahe 20jährigen Thätigkeit dar. In jedem Abschnitte gibt er theoretische und praktische Winke, welche dem Arzte in der Behandlung von Neurosen werthvoll sind.

Die Vorlesungen sind in einer sehr guten Uebersetzung von Dr. WALLACH erschienen und können jedem Arzte zum eifrigen Studium empfohlen werden indem namentlich die praktischen Winke über Anwendung und Wirkung einzelner Mittel und Methoden besonders werthvoll erscheinen.

Hier mögen aus dem letzten Abschnitte der Schrift, die den Missbrauch gewisser Mittel (insbesondere Alkohol, Morphium und Brom) erörtert, die beherzigenswerthen Worte über den Brommissbrauch ihren Platz finden, aus denen der Leser sich am besten ein Urtheil über die Form der Darstellung bilden kann.

SEGUIN äussert sich über diesen Punkt folgendermassen:

I. Brommittel.

Alle paar Monate sehe ich einen Fall, in welchem unverständige Darreichung von Bromsalzen den Patienten schwer geschädigt hat und ich bin zu der Ansicht gekommnn, dass im ganzen Lande mit diesem Mittel ein nicht unbeträchtlicher Missbrauch getrieben wird.

In den meisten Fällen, welchen man immer wieder begegnet, ist das Brom wegen Nervosität oder Schlaflosigkeit ohne Rücksicht auf die weiteren Indikationen gegeben worden mit dem Erfolg einer Herabsetzung der Herzthätigkeit und der arteriellen Spannung, mit konsekutiven Magenstörungen und einer Zunahme der Neurasthenie im Allgemeinen. Bei Schloflosigkeit sind nach meiner Erfahrung diese Salze sehr selten von Nutzen, nur in Fällen grosser, motorischer Erregung bei einem plethorischen oder sthenischen Zustande oder bei starker peripherer (besonders sexueller) Irritation als Ursachen der Schlaflosigkeit. In der grossen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um schwache intracranielle Cirkulation mit verminderter arterieller Spannung und allgemeiner Herabsetzung der Ernährung. Hier sind Stimulantia und Tonica, Verbesserung der Ernährung, körperliche Uebung und geistige Ruhe am Platze. Wahre Narcotica vermeide ich oder gebe sie nur gelegentlich, wenn der Schlaf weniger als 4 Stunden beträgt. Ferner scheint mir die weitverbreitete Anschauung von der schlafmachenden Wirkung der Bromsalze irrig. Jeder von uns könnte heute Abend 30 *gr* Bromnatrium nehmen, ohne dass sein Schlaf dadurch beeinflusst würde; die beruhigende Wirkung würde sich erst am folgenden Tage oder nach 2 Tagen zeigen. Die Bemerkung, dass Bromsalze Schlaf machen, beruht auf der Thatsache, dass fortgesetzter Bromgebrauch in grossen Dosen einen Zustand von Abstumpfung, Stupidität und selbst halbem Koma erzeugt. Dieser ist jedoch meines Erachtens von wahrem Schlafe ausserordentlich verschieden und beruht auf einer tiefen Veränderung der grauen Gehirnrinde. Abgesehen von der Verschiedenheit der Erscheinungen selbst liefern die Nachwirkungen hiefür den Beweis. Wenn wir mit dem Gebrauch eines wahren Narkoticums aufhören, so ist der Patient die folgende Nacht wieder ebenso schlaflos, hören wir jedoch mit dem Gebrauch voller Bromgaben auf, so vergehen 1—2 Wochen, bis die Gehirnbeschaffenheit des Kranken normal geworden ist. Ausser der Schlaflosigkeit gibt es noch zwei Zustände, in welchen Brom unbedachtsam und mit schlimmen Folgen gegeben wird, Geisteskrankheiten (Melancholie, Manie, toxische Delirien) und Hysterie. Jedes Symptom der Melancholie spricht gegen die Anwendung des Broms, vielmehr für Tonica, Stimulantia und gelegentlich wahre Narkotica. Selbst bei offenbar sthenischer Manie ist die schliessliche Wirkung nicht günstig. Die verschiedenen Symptome der Hysterie (Neuralgieen, Krämpfe, Lähmungen und Aufregungszustände) werden schlimmer. Dies ist so sicher, dass in Fällen, in welchen es zweifelhaft ist, ob die Krämpfe epileptisch oder hysterisch sind, ein Versuch mit Bromsalzen die Diagnose stellen hilft.

Zustände «sogenannter Gehirnhyperämie», welche in den letzten zwanzig Jahren eine grosse Rolle spielten, jetzt aber eingehenderem Studium die ihnen zukommenden verschiedenen Stellen im System zugewiesen erhalten, waren und sind noch Gegenstand reichlicher Brombehandlung. Die Aufstellung dieser Krankheitsform war eine rein theoretische und ihre Behandlung durch anscheinend logische Folgerungen aus theoretischen Prämissen vorgeschrieben. Wir wissen jetzt, dass viele Fälle, welche ich vor einigen Jahren vorläufig als Paraesthesieen im Gebiete des Kopfes bezeichnete, in Wirklichkeit von Ueberanstrengung der Augen herrühren (besonders solche, in welchen vorwiegend über Hinterhaupt und Scheitel geklagt

wird) oder von gichtischer Disposition (Lithaemie), Dyspepsie und nicht selten von Herzschwäche oder Mitralinsufficienz. Die gewöhnlichsten Symptome sind ein Gefühl von Völle und Beengung, Taubheitsgefühl, Leere im Kopf, etwas Kopfschmerz, unvollkommener Schlaf, Nervosität und hysterische Zustände, Röthung des Gesichts, kalte Extremitäten, Asthenopie, Ohrgeräusche, scheinbarer Gedächtnissverlust u. s. w. Diese Symptome vollständig zu analysiren, ist noch nicht an der Zeit, aber die ursprüngliche Annahme einer hyperaemischen Grundlage ist in schnellem Schwinden begriffen. In der Praxis gewährt hier Brom nur in einigen Fällen vorübergehenden Nutzen, in vielen anderen macht es die Sache nur schlimmer. Gerade in solchen Fällen habe ich schwere Bromvergiftung entstehen sehen.

Im Jahre 1884 wurde ein hervorragender Bankbeamter aus dem Innern von New-York mit vielen Symptomen von Dementia paralytica zu mir gebracht. Er war stumpfsinnig und vergesslich, seine Sprache langsam und schwerfällig. Er gebrauchte oft ein falsches Wort und suchte oft nach dem richtigen Worte; Zunge und Hände zitterten, aber die Gesichtsmuskeln nicht. Er war schwach und ging schwankend, das Kniephänomen war sehr gesteigert. Er hatte jedoch keine ausgesprochenen Lähmungserscheinungen, die Pupillen waren normal und seine Sprache hatte nicht das Zitternde oder Stossweise wie bei Parese. Auf Befragen erfuhr ich, dass er vor einigen Wochen über Hinterhauptkopfschmerz und geistige Ermüdung geklagt hatte, wogegen er reichlich Brom bekam, welche Behandlung bis einen oder zwei Tage, ehe er nach New-York geschickt wurde, fortgesetzt worden war, trotz des Eintrittes der oben geschilderten Symptome. Dies wurde mir nicht erzählt, sondern ich hatte es durch wiederholte Fragen herausbekommen, da ich durch die obigen Symptome und durch den übelriechenden Athem des Patienten Verdacht auf Bromvergiftung schöpfte. Es dauerte volle 10 Tage, ehe unter tonisirender und stimulirender Behandlung eine Besserung begann, aber nach 3 Monaten war der Kranke hergestellt und ist gesund geblieben.

Das schon abgelaufene Delirium des akuten Alkoholismus habe ich in Folge übermässigen Bromgebrauchs sich in ein Bromdelirium mit einigen Hallucinationen verwandeln sehen. Hauptsächlich war dasselbe jedoch charakterisirt durch die dickbelegte bräunliche Zunge, den übelriechenden Athem, die sehr schwache Herzthätigkeit und den typhösen Zustand.

Im Jahre 1879 behandelte ich mit Erfolg einen Fall heftiger Manie mit Hallucinationen, welcher das Bild des Status typhosus darbot. Dasselbe war durch excessive Bromgaben entstanden, die der Arzt wegen «Gehirnhyperämie» verschrieben hatte und deren Erhöhung er telegraphisch verordnete, als sich der Patient aus seinem Bereiche begeben hatte.

In den letzten 10 Jahren habe ich 2 Fälle gesehen, in welchen Brom verordnet worden war, um die Schmerzen und die Schlaflosigkeit bei einer eitrigen Otitis zu lindern, und in welchen daraufhin Erscheinungen auftraten, welche die Annahme einer Gehirnentzündung oder Abszessbildung äusserst nahelegten. Der zweite Fall ereignete sich letztes Jahr und entging mit genauer Noth der Trepanation. Er ist in vielen Beziehungen so lehrreich, dass ich in ausführlicher erzählen will. Ein Mann von etwa 40 Jahren, Bewohner eines westlichen Staates, bekam eine akute suppurative Mittelohrentzündung. Der Verlauf scheint ein sehr gewöhnlicher gewesen zu sein und in etwa zehn Tagen hatte der Ausfluss beinahe aufgehört. Aber während dieser Zeit hatte der behandelnde Arzt gegen die ziemlich starken Schmerzen im Ohre und hinter demselben begonnen Bromnatrium zu geben. Als die örtlichen Symptome aufhörten, begann der Patient schläfrig zu werden, dabei leicht reizbar und körperlich schwächer. Später wurde er halbcomatös, war jedoch ohne eigentlichen Schlaf und Nachts zu Delirien geneigt. Die Zunge wurde belegt, der Athem faulig riechend und seine Kräfte schienen rasch zu schwinden. Die Sprache war undeutlich und gelegentlich klagte er über Schmerzen in der Umgebung des Ohres. Konvulsionen oder Lähmungen fehlten, Fieber war nicht vorhanden, ausser einer kleinen Steigerung von 1—1½ Graden, als Patient nach New-York gebracht wurde. Nur ein Mal, unmittelbar nach der Reise, wurde Pulsverlangsamung beobachtet, sonst war die Pulszahl gewöhnlich nahe an 100. Ein geschickter Ohrenarzt war brieflich konsultirt worden, hatte die Meinung geäussert, es läge eine Entzündung innerhalb des Schädels vor und darauf gedrungen, den Patienten nach New-York zu bringen. Dort untersuchte er ihn gemeinsam mit einem hervorragenden Chirurgen und wiederholte seine Ansicht. In Folge dessen wurde eine Explorativincision auf den Processus mastoideus vorgenommen, dessen Zellen wurden jedoch gesund befunden. Dies geschah 4 Tage, ehe ich den Kranken sah. Zum Glücke war der Chirurg einer von denen, welche sich einen derartigen Fall erst nach jeder Richtung klar legen, ehe sie zu einer ernsten Operation schreiten und so bat er mich, den Kranken zu untersuchen. In Folge anderweitiger Verpflichtungen war mir dies nicht sofort möglich, der eigene Arzt des Patienten wurde ungeduldig und zog einen Nervenspezialisten zu, vor dessen Kenntnissen und Geschick ich die grösste Achtung habe. Dieser erklärte das Bestehen eines intracraniellen Abszesses für ganz ausgemacht und rieth zu unmittelbarer Operation. Ich untersuchte den Kranken am folgenden Tag, die Wunde am Processus mastoideus sah gut aus und der Patient war etwas lebhafter. Nachdem ich die ganze Krankengeschichte gehört und eine genaue Untersuchung vorgenommen hatte, fiel mit mir der Mangel jeglichen positiven Symptoms einer Gehirnaffektion auf. Ein Mal nur war eine Pulsverlangsamung beobachtet worden, nämlich eine Pulszahl von 66 Schlägen unmittelbar nach der Reise, sonst war dieselbe zwischen 75 und 90 und die Temperatur hielt sich um 37·7°. Andererseits liessen mich die Art des Stupors, das eigenthümliche Delirium, die sehr niedrige arterielle Spannung, die belegte und der besondere übelriechende Athem Bromvergiftung vermuthen.

Durch genaues Befragen der Frau und des Arztes brachte ich heraus, was in der Krankengeschichte verschwiegen war, dass bis fast zu der Abreise (5 oder 6 Tage vor meiner Untersuchung grosse Bromnatriumdosen (ein Mal 1 *gr* 2 stündlich) gegeben worden waren. Wahrscheinlich waren gegen 55—65 *gr* Bromnatrium gegeben worden. Ich wies auf die Wahrscheinlichkeit hin, dass die schweren Symptome auf diese Weise entstanden sein möchten und rieth, die Trepanation zu verschieben, dagen Digitalis, Nux vomica, reichlich Coffeïn, daneben mehr Nahrung und Stimulantien zu geben. Nach zwei Tagen ward er Patient viel besser, und nach zwei Wochen reiste er beinahe wiederhergestellt nach Hause. Seitdem hat er seine frühere gute Gesundheit wiedererlangt.

Ein anderer Zustand, in welchem Brom oft schädlich ist, ist die traumatische Neurose, sowohl die einfache als die hysterische Form. Page hat zuerst darauf hingewiesen, dass viele Symptome dieses Zustandes schlimmer werden und selbst neue Erkrankungsformen auftreten durch die schwächende Wirkung des Mittels auf die Nerven und die Willenskraft. Diese Warnung kann ich nur unterschreiben und bin erstaunt, dass einer der besten neueren Schriftsteller über «Railway spine» geringschätzig davon gesprochen hat. Nach meiner Erfahrung bessern sich solche Fälle unter Strychninbehandlung, während sie bei Bromgebrauch schlimmer werden, selbst wenn sich die Kranken durch letzteren erleichtert fühlen.

Ich könnte aus meinen Notizen eine Menge anderer Fälle anführen, in welchen die Diagnose der zu Grunde liegenden Krankheit erschwert war, weil durch eine gedankenlose Anwendung von Brom ein Zustand gefährlicher Vergiftung entstanden war. Ich habe einen Fall gesehen, wo der Tod geradezu als Folge excessiver Bromdosen eintrat, welche man wegen Paraesthesieen am Kopfe gegeben hatte, die man auf «Gehirnhyperaemie» bezog.

Zum Schluss kann ich Sie nicht genug davor warnen, in die allzu gewöhnliche sorglose Praxis zu verfallen und dem Patienten zu sagen, er solle wegen verschiedener nervöser Symptome «etwas Brom nehmen» und besonders mache ich Sie darauf aufmerksam, das Mittel in voller Gabe nur bei den bestimmtesten Indikationen zu geben und immer vor Vergiftung auf der Hut zu sein. Die Erfahrung der letzten Jahre hat meine Ansicht nur befestigt, welche ich vor mehr als 12 Jahren mit den Worten ausgesprochen sprochen habe:

«Epilepsie betrachte ich als die einzige Krankheit, in welcher es erlaubt ist, mit Bedacht einen gewissen Grad von Bromvergiftung herbeizuführen.»

Zeitungsschau.

Charles W. Allen (New-York): **Einige neuere Heilmittel in der dermatologischen Praxis.** — (Med. Record. — Monatsschrift für Dermatologie 1893.)

Naphthol ist besonders zusammen mit Schwefel ein gutes Antiparasiticum, besonders bei Scabies und heilt oft schnell den Pruritus. Bei Krankheiten des Capillitium, der Psoriasis, Pityriasis, Seborrhoe, Alopecie, Pediculosis ist es den andern Mitteln gleichwerthig; man erhöht die Wirkung durch Sublimat. Bei Alopecie ist die stimulirende Wirkung von Werth.

Bismuthum oxydatum, ein geruchloses, unlösliches, kupferfarbiges Pulver, nützlich als Streupulver bei der Wundbehandlung; auf der Wundfläche bildet es eine metallisch glänzende Decke wie eine Glasur; es deckt, desinficirt, anästhesirt, stimulirt und regt die Vernarbung an. Eine dünnere Lage ist vortheilhaft; bei Schanker, Balanitis, Herpes progenitalis, feuchten Papeln etc. leistet es ausgezeichnetes.

Ichthyol, bestes Mittel bei Erysipelas; bei Lichen, Acne varioliformis, Impetigo, Ekzem ist es überschätzt, aber wirksam.

Resorcin von gutem Erfolge bei Epithelioma, Sycosis, Intertrigo, manchen Ekzemarten, Ringwarzen, Acne Rosacea und anderen Fällen. In starker Konzentration ein Causticum, anwendbar bei Epithelioma. Bei Pruritus hält die Wirkung mehrere Stunden an.

Wasserstoffsuperoxyd bei Paronychie, Psoriasis des Nagelbetts und anderen Nagelaffektionen von hohem Werthe; 1 Theil einer 10% ätherischen Lösung zu 5 Theilen Vaselin als ausgezeichnetes Desinficiens bei Scharlach. Bei Verbrennungen, Abszessen, oberflächlichen und tief liegenden eiterigen Geschwüren im Rachen hat Wasserstoffsuperoxyd gute Resultate.

Pyrozon ist eine 50% Lösung von Wasserstoffsuperoxyd in Aether; es macht die Haut sofort weiss für lange Zeit unter Prickeln, hin und wieder unter Schmerzen mit nachfolgendem Jucken. Bei Wiederholung tritt Bläschenbildung auf. Gute Erfolge bei Chloasma, Naevi pigmentosi und niedrigen Warzen.

Aristol, granulationsanregend; günstige Wirkung bei Cancroiden, Psoriasis, Lupus, Ringwarzen, Ekzema marginatum, Ulcera, Erysipelas, Syphilis der Nase, Ozaena. Lösung in Oel oder Aether ist vortheilhaft.

Europhen adhärirt den wunden Flächen besser als Jodoform; man bedarf auch geringerer Mengen. Werthlos bei Psoriasis und Favus, sehr nützlich bei Krankheiten der Nase und des Rachens. Bei Impetigo contagiosa, Ulcerationen steht es mit dem Aristol anderen Mitteln nach.

Dermatol, unlöslich, daher nicht toxisch, reizt die Haut nicht, heilt Wunden, besonders Brandwunden zweiten Grades (2% Salbe). Ein Dermatolpflaster verhütet eine Grubenbildung bei Varicellen. Als Streupulver bei Intertrigo, Ekzema, Hyperidrosis, gemischt mit Talcum und Amylum von Vortheil.

Pyoktanin, wenig werthvoll bei Hautkrankheiten. Bei inoperablem Krebs bedeutende Erleichterung; innerhalb nur bei Cystitis wirksam. Von 38 Gonorrhoikern entzogen sich 26 der Behandlung mit Pyoktanin, 8 wurden geheilt, 3 gebessert, 1 blieb ungebessert.

Fuchsin in 1%iger alkoholischer Lösung oder als Collodium hatte keinen Erfolg, dagegen hat Kreolin in 2%iger Lösung bei manchen Ekzemen guten Erfolg.

Kalium permanganicum ist ein energisches Mittel gegen Hyperidrosis pedum; auch bei Ekzemen, Pusteln Geschwüren ist seine Wirkung zu wenig geschätzt.

Glycogelatin ist eine Mischung von Glycerin und Gelatine in verschiedenen Verhältnissen und gibt aufgepinselt eine Schutzschicht. Bassoringummi gibt mit Wasser, Glycerin, Dextrin eine geleeartige Masse. Plasment ist ein ähnlicher Stoff, aus Moos hergestellt.

Joseph Lister (London): **Ueber antiseptische Wundbehandlung.** (The Brit. Med. Journal. Petersburger Medizinische Wochenschrift Nr. 13, 1893.)

Da Blutserum ein ungünstiger Nährboden für alle Keime ist, und der Organismus andererseits im Stande ist, geringe Mengen von Mikroben zu vernichten (Phagocytose), können sich Keime, die aus der Luft auf Wunden gerathen, nicht entwickeln. Aus diesem Grunde kann vom Spray und der Irrigation von Wunden abgesehen werden. Infektion ist zu befürchten von der unreinen Haut des Patienten, den Händen des Operateurs, den Instrumenten und auch Schwämmen. Letztere empfiehlt Lister, da sie besser Wundsekret aufsaugen als Watte oder andere Verbandstoffe. Als Desinfektionsmittel wird 5 perzentige Karbolsäure empfohlen, die nach Lister's Erfahrungen zuverlässiger ist als Sublimat. Zum Beweise werden Versuche mit Staphylococcus und Tuberkelbacillen angeführt. Die Schwämme werden zuerst gründlich mit Seife und Wasser, darnach mit Soda ausgewaschen, darauf abgespült und in einer 5 perzentigen Karbolsäurelösung verwahrt. Die Instrumente werden nach jeder Operation mit der Nagelbürste gewaschen. Es genügt, sie im Beginn der Narkose des zu Operirenden in 5 perzentige Karbolsäure zu legen. Das Kochen der Instrumente wird als umständlich verworfen: leicht kommen die Instrumente auch nach dem Kochen mit Infektionsstoffen in Berührung. Für die Desinfektion der Haut ist die Karbolsäure dem Sublimat vorzuziehen, da es leicht die Epidermis durchdringt. Bei der Desinfektion mit Sublimat muss stets Terpentin oder Aether zu Hilfe genommen werden. Lister geht soweit zu behaupten, dass man Seife und Wasser entbehren kann beim Gebrauch der Karbolsäure. Die Seide wird gekocht. Jodoform wirkt auf Wunden als gutes Antisepticum. Wo septische Einflüsse nicht sicher auszuschliessen sind (Mund, Rectum, putride Wundhöhlen), wird eine Lösung von Zink chlorat empfohlen. — Die aseptische Wundbehandlung giebt nicht so gute Resultate wie die antiseptische. Sie erfordert einerseits einen complicirten Sterilisationsapparat, andererseits bildet das sterilisirte Verbandmaterial keinen Schutz gegen das Eindringen von Infektionsstoffen von aussen in die Wunde. Als Verbandstoff wird Gaze empfohlen, die mit einer Lösung eines Doppelsalzes von Cyanquecksilber mit Cyanzink imprägnirt ist. Dieses Doppelsalz ist schwerlöslich (in Blutserum 1:2000—3000) und reizt die Wunden nicht — beides Vorzüge vor Sublimat. Vor der Karbolgaze hat die Cyanquecksilberzinkgaze den Vorzug, dass der antiseptische Stoff sich nicht verflüchtigt. Dieses von Lister durch 4 jährige Anwendung erprobte Salz hat eine starke entwickelungshemmende, dagegen eine schwache bakterienvernichtende Wirkung. Aus diesem Grunde wird die Gaze, mit 5 perzentiger Karbollösung angefeuchtet auf die Wunden applicirt. Gewöhnlich verwendet Lister mit Rosanilin gefärbte Gaze. Die Farbe fällt gleichzeitig das Cyandoppelsalz im Gewebe der Gaze. Um reine Wunden vor der Nachbarschaft septischer Infektionsquellen zu schützen (Anus) verwendet Lister das Doppelsalz, das mit 5 perzentiger Karbolsäure zu einer cremartigen Masse angerührt wird. — Das Prinzip, den ersten Verband nicht bald zu wechseln, lässt Lister nicht gelten. Er wechselt ihn meist nach 24 Stunden, da derselbe die grösste Quantität Wundsekret enthält. Die meisten Patienten fühlen nach diesem Verbandwechsel Erleichterung. Natürlich gibt es Ausnahmen, wo die Wunden möglichst in Ruhe gelassen werden müssen.

W. Janowski (Warschau): **Kritische Uebersicht über die Methoden der Dysenteriebehandlung.** (Cronika Lekarska. 12. 189 .)

Nach erschöpfender Anführung sämmtlicher seit jeher bis in die neueste Zeit in dieser Krankheit angewendeten Mittel und nach gründlicher Beleuchtung und kritischer Würdigung ihres therapeutischen Werthes kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass eigentlich in leichten Fällen alles wirke, in schweren fast gar nichts. Einige Mittel müssen absolut verworfen werden, wie: Abortiva, Antiphlogistica und Emetica. Das Jagen nach Specifica müsse ganz aufhören und an deren Stelle eine rationelle symptomatische Behandlung treten. Wenn z. B. Patient schon einige Zeit vor der Krankheit keinen Stuhl hatte, dann ist ein gelindes Laxans indicirt,

bei häufigen Entleerungen und schmerzhaften Meteorismus Narcotica, bei schleimigartigen, übelriechenden, sich zersetzenden Stühlen Adstringentia oder Antiseptica intern oder lokal. Hingegen muss das Hauptgewicht auf allgemeine diätetische und prophylaktische Behandlung gelegt werden, leichte roborirende Diät, Desinfektion, peinliche Reinlichkeit u. s. w.

In chronischen, erschöpfenden Fällen kann manchmal nur durch Wechsel des Aufenthaltsortes Genesung herbeigeführt werden.

Sp.

F. Heymann: Zur Behandlung des Verdauungskanales. Medizinisch-Chirurgisches Centralblatt. Nr. 53, 1892.

Mechanische blutstillende Mittel können hier nicht in Frage kommen, das physikalische Mittel, die Kälte, werden wir in Form von Eisstückchen, innerlich zu nehmen, und in Form der Eisblase oder kalter Kompressen anwenden, welche wir auf die Stelle des Abdomen legen, welche dem vermuthlichen Orte der Blutung entspricht. An chemischen hämostatischen Mitteln haben wir eine ganze Reihe.

Plumbum aceticum galt und gilt noch jetzt als ein innerliche Blutungen stillendes Mittel, ohne dass diese Eigenschaft wissenschaftlich begründet wäre. SCHMIEDEBERG warnt vor der namentlich längere Zeit währenden Anwendung von Bleiverbindungen, die «gegenwärtig lediglich als lokal wirkende Adstringentien dienen», bei Magen- und Darmerkrankungen wegen der Gefahr der chronischen Bleivergiftung.

Säuren. Namentlich Acid. sulfur. und Acid. muriat. wurden früher vielfach gegen innerliche Blutungen angewandt. «Der Modus der Wirkung ist unklar — vielleicht die Wirkung selber noch nicht sicher.» Jetzt gibt man die Säuren nur noch zur Erleichterung der Verdauung und als Genuss und Erfrischungsmittel, auch als durstlöschendes Mittel bei akuten fieberhaften Krankheiten.

Liquor ferri sesquichlorati. Dieses Mittel wird bei innerlichen Blutungen, namentlich bei Darmblutungen oft angewandt, jedoch mit mehr als zweifelhaftem Erfolge. Erstens können wir es innerlich nicht koncentrirt genug anwenden. Dann aber muss es, soll es überhaupt wirken, mit der blutenden Stelle in Berührung kommen. Gegen die Annahme, dass eine solche im Magen stattfindet, lässt sich nichts einwenden. Wie aber steht es damit im Darm? und zumal im unteren Theil des Darms, welcher ja zumeist der Sitz der Blutungen ist? «Dahin gelangt es gar nicht, sondern wird schon vorher in Eisenoxydalbuminat und Schwefeleisen umgewandelt, die selbstverständlich in dieser Beziehung ganz unwirksam sind.»

Secale cornutum und seine Präparate. Abgesehen von dem frühen Verlust der Wirksamkeit des Secale, spricht sich SCHMIEDEBERG über seinen therapeutischen Werth bei innerlichen Blutungen — mit Ausnahme von Uterusblutungen — sehr zurückhaltend aus; er glaubt, dass, falls wirklich «nach seiner Anwendung» Blutungen sistiren, mit dem Erfolg sicher auch die Gefahr der Gangrän da ist, und «der Verdacht nicht ausgeschlossen ist, dass dabei andere Ursachen als die Wirkungen des Mutterkorns thätig gewesen sind.» Uebrigens ist der Nutzen des Secale bei innerlichen Blutungen auch empirisch nicht sicher gestellt. — Von Präparaten des Secale kämen in Betracht:

1. Extract. Secal. cornut. «Dies enthält nur Ergotinsäure und ist daher ganz werthlos.»

2. Tinct. Secal. cornut. Secal cornut. 1 und Spir. dilut. 10.

Klystiere mit Adstringentien resp. Liqu ferri sesquichlorati. Ist man hier zu der Annahme berechtigt, dass eine hämostatische Wirkung erzielt wird, so muss man auf Klystiere überhaupt verzichten, weil dieselben die Darmperistaltik hervorzurufen geeignet sind.

Acidum tannicum geht in den arzneilichen Dosen im Magen mit den Eiweisssubstanzen Verbindungen ein, gelangt also als Acid. tann. überhaupt nicht in den Darm und ist und bleibt hier unwirksam, selbst wenn die Eiweissverbindung durch die Alkalien im Darm wieder zersetzt wird. — Dieses Mittel bildet, da es nicht nur bei und gegen Darmblutungen, sondern auch zur Ruhigstellung des Darms angewandt wird, den naturgemässen Uebergang von den zur unmittelbaren Blutstillung dienenden Mitteln zu jenen Agentien, mit denen wir die Blutung auf mittelbarem Wege, aber mit viel mehr Aussicht auf Erfolg bekämpfen. Es ist klar, dass die Gerinnung um so leichter und um so eher vor sich gehen wird, je geringer die Magen- resp. Darmbewegungen sind, am besten also, wenn der Darm ganz ruhig gestellt wird. Hiezu besitzen wir im Opium ein sicheres, ausgezeichnetes und mächtiges Mittel.

Wir haben die einzelnen Mittel, welche uns zur Blutstillung zur Verfügung stehen, relativ ausführlich besprochen, um zu zeigen, dass, abgesehen vom Opium, ihr therapeutischer Werth verfliegt, so bald wir das kritische Messer der wissenschaftlichen Forschung anlegen. Ferner liefert diese Besprechung einen neuen Beweis für die Wahrheit, dass jedes Ding zwei Seiten hat. An uns ist es, die wohlthätige Wirkung aus einem Arzneimittel herauszuziehen und dabei gleichzeitig die schädliche Nebenwirkung überhaupt nicht aufkommen zu lassen resp. sie zu paralysiren. Wir wissen aus Erfahrung, dass wir eine gewisse Quantität Mutterkorn geben, dass wir eine relativ grosse Dosis Plumb. acet. auch eine gewisse Zeit lang nehmen lassen können, ohne Vergiftungserscheinungen heraufzubeschwören, und wenn wir in einem kritischen Falle wirklich so grosse Dosen zu verordnen uns veranlasst fühlen, dass auch die schädliche Wirkung sich einstellt, so fragt es sich, ob der Erfolg die nachtheilige Wirkung nicht überwiegt, resp. ob die letztere nicht wieder von selbst verschwindet oder durch entsprechende Medikation wieder beseitigt werden kann.

Ausser der bereits gekennzeichneten Kälteanwendung werden wir dem Patienten absolute Ruhe zur Pflicht machen, ihm eine Diät vorschreiben, und zwar bei Magenblutung die Nahrungszufuhr per os während der ersten Tage überhaupt verbieten (nahrhafte Klystiere) und bei Darmblutung auf flüssige Nahrungsmittel beschränken; wir werden ferner Pulver von Opium 0·03 mit Plumb. acet. 0·05 oder von Opium 0·03 mit Acid. tann. 0·5 (event. abwechselnd) zweistündlich ein Pulver geben und schliesslich Tinct. Sec. corn. 20 gtt. zweistündlich verordnen. Selbstverständlich ist die Individualisirung dieser Therapie. Bei bestehendem Fieber und Durst werden wir auch eine Säuremixtur (Acid. mur. 1·0 : 180·0 mit Syr. rub. Jd. 20·0) verschreiben. Bei Magenblutung werden wir uns mit Vortheil des Liqu. ferri bedienen. Bei wiederkehrenden Blutungen, die mit Sicherheit auf ein Ulcus rotundum zu beziehen sind, wäre die operative Entfernung des Geschwürs durch Magenresektion ins Auge zu fassen. Sollte die Blutung einen bedrohlichen Charakter annehmen, so müsste man zur Transfusion physiologischer Kochsalzlösung schreiten, die durch die Cholera ein ganz besonderes aktuelles Interesse erlangt hat. — Zum Schlusse seien noch die Hämorrhoidalblutungen erwähnt, welche zu ärztlichem Eingreifen nur selten Veranlassung geben. (Klystiere mit Liqu. ferri, Alauneinspritzungen u. s. w.)

Tagesnachrichten und Notizen

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 14. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte ergriff der Vorsitzende Hofrath Professor Dittel das Wort zu folgender Ansprache: «Meine Herren! Bevor wir an unsere Arbeit gehen, erachte ich es als unsere Aufgabe, mehrerer Kollegen zu gedenken, welche uns unerwartet aus der Reihe unserer korrespondirenden Mitglieder gerissen wurden. Am 6. d. M. ist Prof. Salzer ganz unerwartet aus dem Leben geschieden. Salzer war bekanntlich ein sehr emsiger und thätiger Jünger unserer Wissenschaft und gerade in der Blüthezeit seines Alters, im Vollbesitze seiner Arbeitskraft und frischer Arbeitslust ist er vom Tode dahingerafft worden. Salzer war gewiss ein nicht gewöhnlicher Mensch; er war rücksichtslos gegen sich, rücksichtslos sogar gegen die nothwendigsten Bedürfnisse, dies es ermöglichen den Körper zu erhalten und aufzubauen. Es kam nicht selten vor, dass er ohne Pause, ohne sich die Zeit zu gönnen, Nahrung zu sich zu nehmen, von den frühen Morgenstunden an in den Räumen der Klinik und in seinem Arbeitszimmer fortarbeitete. Salzer

kannte nur eine Existenzberechtigung, und das war die Arbeit, und dazu ernste Arbeit. Alle seine Arbeiten, welche in den Annalen der chirurgischen Zeitschriften verewigt sind, tragen denselben Charakter und dieselbe Prägung der ernsten Forschung, der sorgfältigen Beobachtung und strengen, gewissenhaften Prüfung seiner eigenen Befunde, bevor er mit denselben vor die Oeffentlichkeit trat. Er kannte keinen Schein und nach dem leicht zu erwerbenden Flitterglanze einer Neuerung hat er nie gegeizt. Seine erste Arbeit über den Bau der Retina hat Aufsehen erregt. Kaum emeritirt, bekam er einen Ruf nach Utrecht als Professor der Chirurgie. Als Fremder unter Fremden hatte er wahrscheinlich mit Schwierigkeiten zu kämpfen und doch gelang es ihm in kaum zwei Jahren seiner Lehrthätigkeit sich Vertrauen und Ansehen bei seinen Kollegen zu verschaffen und ebenso hatten seine Schüler, welche er zur Arbeit heranbildete und begeisterte, ein unbegrenztes Vertrauen zu ihm. Wer ein treues Bild haben wollte über Salzer's Bedeutung für die Schule in Utrecht, die er eigentlich geschaffen — sie lag vor seiner Ankunft sozusagen noch auf dem grünen Anger — seiner Bedeutung für seine Schüler und der Wohlthaten gegenüber seinen Patienten, hätte die Rede hören sollen, welche gestern am Grabe des Todten der Vertreter und Dekan der Utrechter Universität gehalten; in schlichten Worten, aber mit wahrer Wärme hat derselbe seinen Schmerz über den Verlust zum Ausdrucke gebracht. Was Salzer geleistet, wird der Geschichte der Medizin und Chirurgie dauernd erhalten bleiben, was unwiderbringlich verloren und mit ihm ins Grab gesunken ist, sind die grossen Hoffnungen und Erwartungen, zu denen seine Begabung und Strebsamkeit berechtigten. Wir können uns nur mit wahrhaft patriotischem Gefühle freuen, dass wir sagen können: der Verstorbene war unser Kompatriot unser Kollege, und ein verdienstvolles Mitglied der Gesellschaft: Ich bitte Sie, sich zum Zeichen der wahrhaften Trauer von Ihren Sitzen zu erheben! Der zweite, den wir betrauern, ist unser korrespondirendes Mitglied Prof. Arethaeus; er ist heimgegangen, betrauert von seinem Vaterlande und von seinen Schülern. Er holte sich seine medizinische Bildung in Wien und Viele von Ihnen werden sich noch erinnern, dass man den jungen Griechen in allen Kliniken und Hörsälen finden konnte. Mit dankbarem Herzen blieb er der Wiener Schule stets anhänglich, er hat in dieser Richtung gewirkt und viele Schüler herangebildet, welche im Oriente schöne Stellungen einnehmen. Er hat es nie versäumt, seine Sympathien für Wien zum Ausdrucke zu bringen, auf seinen wissenschaftlichen Reisen besuchte er stets die alten Hörsäle wieder, nie hat er Wien umgangen! Endlich muss ich noch des biederen Dr. Koller gedenken, welcher nach langer schwerer Krankheit aus dem Leben geschieden ist! Die Gesellschaft ehrte das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen. Zum Schlusse brachte der Vortragende die Einladung Hofr. Prof. Nothnagels zum XI. internat. mediz. Kongresse in Rom zur Verlesung. Dr. A. Klein stellt hierauf einen Patienten mit geheilten Milzbrandpusteln vor. Regimentsarzt Lewandowski demonstrirt das transportable Faradimeter Edelmann's, worauf Dozent Pal seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Totaldurchschnitte durch das menschliche Gehirn» hält. Prof. Neumann trägt vor: «Ueber Veränderungen des Blutes infolge syphilitischer Prozesse», Dozent Clar: «Ueber Winterstationen im nördlichen Mittelmeergebiete.» Der ausführliche Sitzungsbericht folgt in der nächsten Nummer.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Dem Vernehmen nach soll die Ernennung Wernicke's, d. Z. Professor der Psychiatrie an der Universität in Breslau an Stelle Meynert's beziehungsweise Krafft-Ebing's im Prinzipe bereits entschieden sein. — Auch mit Professor Erb, der dieser Tage in Wien weilte, wurden bereits ernstliche Unterhandlungen eingeleitet, und ist die Hoffnung vorhanden, dass der ausgezeichnete Kliniker für die Wiener medizinische Fakultät gewonnen wird. — Der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Leipziger Universität, Dr. Landerer, ist zum Leiter des Carl-Olga-Hospitals in Stuttgart berufen worden. — Herzog Dr. Karl Theodor feierte in München das Jubiläum der 2000. Staaroperation. — Professor Fick in Würzburg hat in Anerkennung seiner Forschungen zur allgemeinen Physiologie der Muskeln und Nerven die Cothenius-medaille der Leopoldinisch-Carolinischen Akademie der Naturforscher in Halle erhalten.

(Aerztekammern.) Für die in Salzburg zu errichtende Aerztekammer wurde die Zahl von 9 Kammermitgliedern festgesetzt; von denselben entfallen auf die Hauptstadt 3, auf das Land 6 Mitglieder. — Die Wahlen für die oberösterreichischen Aerztekammern haben am 13. April stattgefunden.

(Wohlthätigkeits-Akt.) Zur Erinnerung an seine bekanntlich an Carcinom verstorbene Gemahlin hat Freiherr von Rothschild ein Kapital von 500.000 fl. zur Errichtung eines Spitales für Krebskranke gewidmet. Dem Vernehmen nach, soll Prof. v. Mosetig zur Leitung dieses Spitales ausersehen sein.

(Prof. Dr. Fr. A. Salzer †.) Am 7. d. M. machte Dr. Friedrich Adolf Salzer, Professor der Chirurgie in Utrecht, seinem Leben ein freiwilliges Ende, indem er sich in Dresden von einem dritten Stockwerke auf das Pflaster stürzte, und sich dann noch die Halsader aufschnitt. Salzer war ein Sohn des im Jahre 1890 verstorbenen a.-o. Prof. und Primararztes Friedrich Salzer, fungirte als Assistent an der Klinik Billroth, und wurde im Jahre 1891 Professor der Chirurgie an der Universität Utrecht. — Der traurige Seelenzustand des so früh hingeschiedenen Gelehrten soll durch ein hartnäckiges Nasenleiden verursacht worden sein. Sein tragisches Ende hat in den weitesten, insbesondere ärztlichen Kreisen lebhafte Theilnahme gefunden.

(Internationale Sanitäts-Conferenz.*) Landes-Sanitätsrath Dr. Ludwig Csatáry veröffentlicht nachfolgende Besprechung über die internationale Sanitäts-Conferenz: «Der ungarische Landes-Sanitätsrath hat aus seiner am 14. Oktober des Vorjahres abgehaltenen Sitzung an das Ministerium des Innern einen motivirten Bericht erstattet, in welchem das genannte Ministerium auf die Nothwendigkeit der Einberufung einer internationalen Conferenz zur Feststellung gleichartiger internationaler Massregeln zum Schutze gegen die Einschleppung und Verbreitung der Cholera aufmerksam gemacht und die Einberufung beantragt wurde. Unabhängig und ohne Kenntniss von den schon früher gefassten Entschlüssen des k. k. Obersten Sanitätsrathes in Wien, wurde dieser Antrag gestellt, woraus ersichtlich ist, dass die obersten Sanitätskörperschaften beider Staaten die Einberufung der Conferenz für nothwendig erachtet haben. Wie bekannt, wird dieselbe binnen kurzer Zeit in Dresden zusammenkommen und, wie verlautet, werden die Mächte nicht durch ihre sachverständigen Sanitätsreferenten, sondern durch militärärztliche Delegirte vertreten sein. Wenn wir uns auch nicht von der Ansicht befreien können, dass dieses Vorgehen eine gewisse Missachtung der Fachmänner involvirt, so können wir doch nicht behaupten, dass auch in dieser Form der Conferenz erspriessliche Resultate für das Wohl der Menschheit nicht erzielt werden könnten, insbesondere wenn die nichtsachverständigen Delegirten durch die obersten Sanitätskörperschaften der betreffenden Regierungen gehörig und eingehend informirt werden; jedenfalls wäre es aber weit zweckmässiger, dass jede der theilnehmenden Regierungen sowohl einen administrativen, als auch einen sachverständigen Delegirten entsenden möchte. Es wurden schon wiederholt derlei internationale Conferenzen abgehalten, und zwar: 1852 in Paris, 1866 in Constantinopel, 1873 in Wien, 1878 in Rom, 1891 in Venedig, leider sind aber die Resultate derselben nicht sehr befriedigend, und zwar aus doppeltem Grunde: einmal darum, weil in den verschiedenen Staaten nicht gleich gute hygienische Verhältnisse und auch nicht eine gleiche entsprechende Organisation des Sanitätsdienstes bestehen, und dann auch darum, weil die Mächte nicht geneigt waren, in ihrer Gesammtheit die Beschlüsse dieser Conferenzen für bindend zu erachten. Es wird wohl Niemand bezweifeln, dass die Abwehr der grossen Epidemien im Interesse der ganzen Menschheit liegt. Die Aufgabe der nächsten Conferenz wird es sein, alle jene Massregeln endgiltig und bindend festzustellen, welche zur Erreichung jenes Zieles erforderlich sind. Wenn aber die Beschlüsse abermals nur als Zierde der Protokolle dienen und von der einen oder der anderen Macht, sei es aus welchem Grunde immer, nicht respektirt werden, so ist die ganze Kette gebrochen, welche dazu

*) Wegen Menge des Materials verspätet

denen soll, den Einbruch der Seuchen aufzuhalten. Es ist ein grosser Irrthum, zu glauben, dass die zu ergreifenden Sanitätsmassregeln den Verkehr und den Handel auf eine nicht zu ersetzende Weise schädigen. Die durch die Erfahrung bestätigten Grundsätze der neueren Hygiene respektiren die Interessen des Weltverkehres und des Handels und haben schon lange mit den veralteten Absperrungsmassregeln gebrochen, welche die Epidemie nicht nur nicht abhalten konnten, sondern zur Verschleppung derselben durch die aufgestellten Cordons noch beitrugen. Es wird die Aufgabe der Sanitäts-Conferenz sein, die Interessen der allgemeinen Gesundheit mit jenen der allgemeinen Wohlfahrt in Einklang zu bringen, daher keine unnöthigen Einschränkungen zu gestatten dort, wo das Endziel, der Schutz gegen die Seuchen, auch ohne dieselben erreicht werden kann. Nach den uns zu Gebote stehenden langjährigen Erfahrungen auf dem Gebiete des Schutzwesens gegen die Cholera glauben wir die prinzipiellen Aufgaben der Dresdener internationalen Conferenz im Folgenden darzustellen: 1. Aufstellung von internationalen sanitären Aufsichtsbehörden an allen jenen Orten, welche als Einbruchsstation der Cholera bekannt sind und Ausstattung derselben mit den nöthigen Vollmachten zur Ausführung der Schutzmassregeln. 2. Endgiltige Aufhebung sämmtlicher Landquarantainen und Gestattung des freien Verkehres auf den Eisenbahnen. 3. Herabsetzung der Seequarantainen auf eine minimale Zeitdauer, und zwar nie über fünf Tage nach Ausbruch eines Cholerafalles am Schiffe. 4. Genaue ärztliche Ueberwachung und Inspektion sämmtlicher Reisenden, welche aus verseuchten Gegenden kommen, und ausgedehnte Anstalten zur Isolirung und sofortige Behandlung der Erkrankten. 5. Gleichmässige Anzeigepflicht und Isolirung der ersten Choleraerkrankung unter Kontrole der Staatsbehörden. 6. Einführung der strengsten Desinfektion dort, wo dies nothwendig ist, hingegen Verhütung der Desinfektionsplackereien, wo selbe nicht unbedingt geboten sind. 7. Allgemeine Beschränkung des Verbotes der Einfuhr, beziehungsweise der Ausfuhr der Waaren auf Hadern und unreine Wäsche, somit Erleichterung des bis vor Kurzem ohne alle wirkliche Nothwendigkeit behinderten Waarenverkehres. 8. Internationale Vereinbarung gleichmässiger Sanitätsinstitutionen durch Anstellung einer angemessenen Anzahl von amtlichen Aerzten und durch Verbesserung des allgemeinen sanitären Zustandes. Wenn die Dresdener internationale Conferenz den angeführten Postulaten entspricht und wenn alle Mächte die betreffenden Delegirten mit der Instruktion versehen, ausschliesslich die wohlverstandenen Interessen der gesammten Menschheit vor Augen zu haben, so wird sie sich den Dank der gesammten Welt und unvergänglichen Ruhm erwerben.»

(Berichtigung) In dem Aufsatze der Intern. Klin. Rundschau Nr. 15 «Humanität» von Dr. Mensinga in Flensburg, soll es

pag.	571	Zeile	25	v.	ob.	statt	Ovariotomie	richtig	Craniotomie heissen
«	«	«	28	«	unt.	«	Ducan	«	Duncan «
«	«	«	23	«	«	«	Das	«	Dass «
«	«	«	2	«	«	«	der . . Kinder	«	des . . Kindes «
«	572	«	3	«	ob.	«	unmuthiger	«	unnöthiger «
«	«	«	26	«	«	«	bedroht	«	bedeckt «
«	«	«	28	«	«	«	Seelengang	«	Seelenvorgang «
«	«	«	2	«	unt.	«	könnte	«	wäre «

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Capodistria (Istrien) mit der Verpflichtung, im Vereine mit dem zweiten Gemeindearzte den Armen der Ortsgemeinde und im Civilspitale unentgeltlich ärztlichen Beistand zu leisten, sowie die übrigen im Gesetze vom 19. März 1874, L.-G. Bl. Nr. 8, angegebenen Funktionen politisch-sanitärer Natur zu versehen. Mit dieser Stelle ist ein Jahresgehalt von 600 fl., zahlbar aus der Gemeindekassa in monatlichen Postecipatraten, verbunden. Desgleichen werden die Reiseentschädigungen vierteljährig aus der Gemeindekasse erfolgt. Die Bewerber müssen ihre Gesuche mit den im § 7 des oben citirten Gesetzes vorgesehenen Eignungsdokumenten, sowie mit dem Taufscheine, dem Gesundheitszeugnisse, dem Nachweise der vollkommenen Kenntniss der italienischen Sprache und der bisher geleisteten Dienste belegen und bis 19. April beim Gemeindeamte Capodistria einbringen.

Gemeindearztesstelle in Tiers polit. Bez. Bozen Umgebung (Tirol). Bezüge: 400 fl. Wartgeld, Freiquartier und unentgeltlicher Holzbezug. Die Ganggebühren werden vereinbart. Der Arzt hat Hausapotheke zu halten. Der Posten ist sofort zu besetzen.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

ANZEIGEN.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9.

VII. Jahrgang. **Wien, 23. April 1893** **Nr. 17.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien. I., Burgring 1.**

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Aus der chirurgischen Klinik des Herrn ***Hofr. Prof. Albert.***

Chirurgisch-bakteriologische Mittheilungen.

Von **Dr. Julius Schnitzler,** Assistent der Klinik.

(Fortsetzung.*)

II. Pyonephrose, das Bakterium coli commune enthaltend.

J. S., 55 Jahre alt, Köchin, am 16. November 1892 auf die Klinik aufgenommen. Vor 10 Jahren hat Patientin mehrmals Blut ausgehustet, sonst will sie bis vor 4 Jahren stets gesund gewesen sein. Seit dieser Zeit jedoch leidet sie an häufig auftretenden Anfällen von heftigen Schmerzen in der rechten Nierengegend, die oft in den ganzen Bauch ausstrahlen und nicht selten mit Schüttelfrösten einhergehen. Diese Anfälle sollen mitunter bis zu 8 Tagen angedauert haben. Niemals bestanden irgendwelche der Patientin auffallende Urinbeschwerden, niemals soll der Urin Blut oder Konkremente enthalten haben, niemals auffallend trübe oder übelriechend gewesen sein. Erst seit circa 8 Tagen bemerkt die Kranke eine unter dem rechten Rippenbogen auftauchende Geschwulst, die ihr keine besonderen Beschwerden verursacht.

Patientin hat einmal entbunden. Sie will in der letzten Zeit stark abgemagert sein.

Status präsens. Mittelgrosse, kräftig gebaute, mässig gut genährte Frau. Ueber der linken Lungenspitze kürzerer Schall, unbestimmtes Exspiriren. Lungen- und Herzbefund sonst normal. Abdomen schlaff, in toto leicht aufgetrieben, im rechten Hypochondrium eine kugelige Vorwölbung, die bis zur Höhe des Nabels herabreicht. Entsprechend dieser Prominenz lässt sich eine Geschwulst palpiren, die hinter den Bauchmuskeln gelegen ist, eine glatte Oberfläche besitzt und in ihrer ganzen Ausdehnung deutlich fluktuirt. Der Tumor hat ungefähr nierenförmige Gestalt und ist mit dem in der Höhe des Nabels gelegenen Hilus nach innen unten gerichtet. Er hat seine obere Grenze ungefähr zwei Querfinger unter dem Rippenbogen, seine untere circa 4 Querfinger unter dem Nabel, seine äussere in der vorderen Axillarlinie. Der Tumor sinkt bei linker Seitenlage in die Mitte des Abdomens und zeigt auch geringe respiratorische Verschieblichkeit. Ueber die grösste Konvexität der Geschwulst zieht ein platter bandförmiger Strang, der bei Palpation ab und zu quatscht. Die percutorischen Verhältnisse sind veränderlich. Ab- und zu lässt sich dem Tumor und der unteren Lebergänge eine Zone tympanitischen Schalles deutlich nachweisen.

Im Harne, der sauer reagirt, mässig viele Eiterkörperchen nachweisbar. Am Tage nach der Aufnahme hatte die Kranke einen Schüttelfrost mit einer Temperatursteigerung bis auf 38·9.

Die Diagnose wurde auf Pyonephrose gestellt. Dass ein (cystischer) Nierentumor vorliegen müsse, konnte aus dem Verhalten des Colon ascendens geschlossen werden, Schüttelfrost und Fieber wiesen auf eitrigen Inhalt hin.

Es wurde daher am 27. November von Hofrath Albert die Nephrotomie vorgenommen und der eröffnete Sack in die Haut eingenäht. Aus dem incidirten Sacke entleerte sich ein sauer reagirender, ein reichliches, aus Eiterkörperchen bestehendes Sediment absetzender Harn. In demselben wurden zahlreiche mässig dicke Bacillen mikroskopisch nachgewiesen. Eine in sterilisirter Eprouvette aufgefangene Parthie des Inhaltes der eröffneten Geschwulst wurde zur bakteriologischen Untersuchung nach den üblichen Methoden verwendet. Das Resultat der Untersuchung war, dass als einziger in dem eitrigen Urine des erweiterten Nierenbeckens vorhandener Mikroorganismus ein vom Bacterium coli commune nicht differenzirbarer Bacillus nachgewiesen werden konnte. Vergleichende Kulturen auf Agar, Gelatine, Kartoffel und Bouillon liessen ebensowenig einen Unterschied gegenüber dem Bacterium coli commune erkennen, als das Verhalten zur Milch (Gerinnung) und die gasbildende Fähigkeit des fraglichen Bacillus. Im Thierversuche erwiess sich der aus der Pyonephrose gewonnene Bacillus als pathogen für Kaninchen, Meerschweinchen und Mäuse.

* Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 16, 1893.

Kaninchen (1 cm^3 B. R. c.) in das Peritoneum injicirt, tödtete dieser Bacillus innerhalb von 48 Stunden unter dem Bilde der Peritonitis. Mäusen und Meerschweinchen subkutan (in gleicher Menge) injicirt, hatte er fast ausnahmslos eine zum Tode führende Septikämie zur Folge; im Herzblut wie in den inneren Organen war der injicirte Mikroorganismus in grosser Menge nachweisbar.

Ehe ich mich der Frage nach der Bedeutung dieses Bakterienbefundes zuwende, möchte ich noch bemerken, dass bei der erwähnten Kranken die angelegte Nierenfistel anhaltend grosse Mengen Urins entleerte, dass aber auch per urethram täglich über 1000 cm^3 eines nur wenige Eiterkörperchen enthaltenden, sonst normalen Urines entleert wurden.

Da also die zweite Niere funktionstüchtig erschien, der Urinabfluss aus dem rechten Ureter trotz verschiedener darauf hingerichteter Versuche nicht ermöglicht werden konnte — die volle Unwegsamkeit des rechten Ureters war durch Einspritzung von Licopodiumsamen in das Nierenbecken erwiesen worden — so wurde, um die Kranke von der lästigen Nierenfistel zu befreien, am 20. März 1893 die rechte Niere exstirpirt, ein Eingriff, den die Patientin vollkommen reaktionslos aushielt.

Die exstirpirte Niere zeigte nun keinerlei einer Pyelonephritis entsprechende Veränderungen, sie zeigte vielmehr das charakteristische Bild der hydronephritischen Niere, Erweiterung des Nierenbeckens, der Kelche, reducirte Nierensubstanz, keinerlei entzündliche Veränderungen. Es muss daher wohl angenommen werden, dass die seinerzeit gewiss vorhandene Entzündung — bedeutende Eiterbeimengung zu dem bei der Nephrotomie entleerten Harne — wahrscheinlich nur das Nierenbecken betroffen hatte und nach aufgehobener Stauung relativ rasch geschwunden war. Dass trotz jener Harnstauung die Entzündung des Nierenparenchym, resp. das interstitielle Gewebe der Niere nicht ergriffen hatte, spricht jedenfalls für eine relative Gutartigkeit der dem Prozesse zu Grunde liegenden Bakterien.

Wenn wir uns diesen wieder zuwenden, so ist zunächst zu bemerken, dass der Befund des Bacterium coli commune bei Erkrankungen des Harnapparates ein in der letzten Zeit häufig gemeldeter ist. Die Arbeiten von KROGIUS, ACHARD und RENAULT sowie von REBLAUB haben bewiesen, dass der von CLADO, dann von ALBARRAN und HALLÉ als der häufigste Erreger der «Urininfektion» aufgefasste Bacillus mit dem Bakterium coli commune identisch ist. ACHARD und RENAULT[1]) haben kürzlich wieder über ihre Befunde bei «Urininfektion» berichtet und mitgetheilt, dass dieselbe auf eine Bakteriengruppe zurückgeführt werden könne, die dem Bakterium coli commune entspricht. Innerhalb dieser Gruppe unterscheiden ACHARD und RENAULT 10 Arten, von denen sich 5 mehr dem Bakterium coli commune, 5 mehr dem Bakterium lactis aërogenes in ihrem Verhalten nähern. (Uebrigens haben die genannten Autoren nachgewiesen, dass für diese Bakteriengruppe der Harnstoff durchaus keinen guten Nährboden abgibt, ja in grösser Concentration ihre Entwicklung vielmehr direkt schädigt.) Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass die Anwesenheit dieses Mikroorganismus in den Harnwegen an und für sich noch durchaus keine Erkrankung der letzteren bedingt, wenn nicht durch irgend ein schädigendes Moment seiner Wirksamkeit Vorschub geleistet wird. KROGIUS[2]) sagt ausdrücklich (pag. 108): Le bact. coli peut se trouver dans les urines sans amener de lesions des voies urinaires . . .». In unserem Falle war wohl eine Eiterbeimengung zu dem bei der Nephrotomie entleerten Urin konstatirbar und dieser Eiter muss wohl auf eine entzündliche Affektion des Nierenbeckens zurückgeführt werden. Weitere Zerstörungen im Bereiche der Niere waren jedoch, wie oben erwähnt nicht eruirbar.

Schwer zu entscheiden ist die Frage nach der Herkunft des Bakterium coli in diesem, wie auch in vielen der sonst beschriebenen Fälle. Der zumeist in Anspruch genommene

[1]) Semaine medic. 1892, pag. 512.
[2]) Recherches bacteriolog. sur l'infection urinaire. Helsingfors 1892.

Weg für in das Nierenbecken gelangte Infektionsträger ist wohl der von der Blase aus. Niemals haben jedoch bei unserer Patientin cystitische Beschwerden bestanden, niemals eine Urinretention, die dem Aufsteigen der etwa in der Blase vorhandenen Bakterien in das Nierenbecken hätte Vorschub leisten können. Gleichwie in vielen der von KROGIUS (l. c.) genau mitgetheilten Fälle, war auch in dem unsrigen niemals ein Catheterismus ausgeführt worden, der eine Einschleppung von Bakterien in die Blase vermitteln hätte können. Es hat also dieser Infektionsmodus in vorliegendem Falle nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich.

Der zweite Weg, auf dem Mikroorganismen in das Nierenbecken gelangen können, ist der von der Blutbahn aus nach Passirung des Nierenparenchyms. Für diese Fälle müsste man annehmen, dass unter besonderen Verhältnissen das Bakterium coli aus dem Darm in die Blutbahn aufgenommen wurde und durch die Nieren ausgeschieden wird, man müsste aber ferner zum Zustandekommen einer Pyelitis unter diesen Verhältnissen noch eine gleichzeitig bestehende Urinretention in Anspruch nehmen. Diese Anschauung ist a priori nicht abzulehnen, wird aber auch nur ausnahmsweise als für einen speziellen Fall beweisbar vorkommen. Um über den Grad der Wahrscheinlichkeit eines solchen Verhältnisses wenigstens einigermassen Kenntniss zu erlangen, habe ich Thierversuche derart angestellt, dass ich einen Ureter ligirte und dann gleichzeitig oder 1 bis 3 Tage später pathologische Verhältnisse im Bereiche des Darmtraktes setzte (Ligatur von Mesenterialgefässen, Incarcerationen. Sublimatnekrose), um die Aufnahme von Darmbakterien in die Blutbahn zu ermöglichen und eventuell eine Infektion des durch die Ligatur des Ureter disponirten Nierenbeckens hervorzurufen. Alle derart angestellten Versuche hatten ein völlig negatives Ergebniss. Niemals konnte ich, auch bei letalem Ausgang in Folge der Darmveränderungen, Bakterien in der Niere nachweisen. Es steht daher eine experimentelle Stütze für die oben erwähnte Annahme aus.

Thoretisch denkbar, gewiss aber nicht wahrscheinlich ist ein direktes Ueberwandern des Bakterium coli durch den Darm und das Peritoneum in das Nierenbecken, wie dies RODET[1]) für einen von ihm beobachteten, durch das genannte Bakterium bedingten Fall von Pyelonephritis annimmt.

Man wird wohl auch im einzelnen Fall den Weg, auf dem das Bakterium coli in das Nierenbecken gelangt ist, zumindest klinisch, schon deswegen nicht mit Sicherheit eruiren können, weil einerseits diese Bakterienart, wie erwähnt, die Blase bewohnen kann, ohne dieselbe zur Erkrankung zu bringen und weil andererseits wohl auch ab und zu die Niere von diesem Bakterium passirt werden kann, ohne in dieser Spuren seiner Thätigkeit zurückzulassen. So hat BAZY[2]) durch intravenöse Injektion des Bakterium coli und Ligatur der Urethra auf die Dauer von 5—24 Stunden bei seinen Versuchsthieren eine durch dieses Bakterium bedingte Cystitis zu erzeugen vermocht, während die Niere sich bei den später secirten Thieren als unversehrt erwies. REBLAUB[3]) hat durch Ligatur eines Ureters und intravenöse Injektion des Bakterium coli Pyonephrosen erzeugt und führt den grössten Theil der beim Menschen zur Beobachtung gelangenden Pyonephrosen auf eine unbeachtet verlaufende Septikämie intestinalen Ursprunges zurück.

Wenn ich nun wieder auf unseren Fall zurückkomme, so möchte ich mich bezüglich des Hineingelangens des Bact. coli. in das Nierenbecken der erwähnten Anschauung REBLAUB's am liebsten anschliessen. Es ist nämlich das Einwandern des träge beweglichen, im Harne durchaus nicht besonders gut gedeihenden B. coli aus der Blase in das Nierenbecken, ohne Bestehen einer Urinretention — und von einer solchen war bei unserer Kranken nie die Rede — nicht recht erklärlich. Dass in dem vor der Nephrotomie gleichfalls untersuchten, mittels Katheter entnommenen Harn ebenfalls das B. coli in Reinkultur

[1]) Lyon. med. 1892.
[2]) Semaine medic. 1892, pag. 104.
[3]) Ibid. pag. 160

vorhanden war — cystitische Symptome bestanden nicht — beweist uns, dass zu irgend einer Zeit nach vollzogener Infektion der Harnwege der rechte Urether noch durchgängig gewesen war, gibt aber keinerlei Erklärung für den Weg der Infektion. — Endlich erscheint mir erwähnenswerth, dass die Kranke nach der Nephretomie nach mehrmaligem Katheterismus an akuter ammoniakalisch eitriger Cystitis erkrankte und dass ich nunmehr aus dem Urin den Proteus vulgaris herauszüchten konnte, dessen eminente Bedeutung für die Infektion der Harnwege übrigens schon zur Genüge bewiesen ist.

Ich habe diesen Fall, insbesondere was das bakteriologische Detail desselben betrifft, so eingehend erörtert, weil im Gegensatze zu der bereits mächtig angewachsenen französischen Literatur über diesen Gegenstand in der deutschen Fachliteratur der Infektion der Harnwege durch die Darmbakterien, noch keine Beachtung geschenkt worden ist, während sie derselben sowohl in klinischer als in theoretischer Beziehung im höchsten Grade werth erscheint.

(Fortsetzung folgt.)

Aus dem Hôpitale Tenon in Paris.

Ueber die gastro-intestinale Atonie*).

Ein klinischer Vortrag

Von **Prof. Dr. Cuffer** in Paris.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Bei gewissen Krankheiten endlich existirt zu gleicher Zeit ein Mangel sowohl in der Quantität als auch in der Qualität des zugeführten Blutes. Das findet sich bei chlorotischen Personen vor, die gleichzeitig an Verengerung der Aorta leiden. Ein Gleiches ist bei Individuen der Fall, die an Saturnismus leiden, sowie bei Kranken mit interstitieller Nephritis und bevorstehender Urämie.

Ich habe Ihnen bereits in früheren Vorlesungen gezeigt, dass das Blut dieser Kranken mit toxischen Materialien überladen ist, deren Wirkung auf die Arteriolen einen Spasmus dieser kleinen Gefässe herbeiführt (Potain). Demnach hat in diesen Fällen die Atonie einen zweifachen Ursprung: der Blutzufluss ist nicht nur unzureichend, sondern auch die Zusammensetzung des Blutes ist mangelhaft. Später, wenn eine aufsteigende Neuritis sich entwickelt, kann man wahre Lähmungen beobachten, aber bis dahin handelt es sich einfach um einen Zustand von Atonie.

5. Die normale Funktion eines Muskels setzt auch die Integrität des Nerveneinflusses voraus. Ist dieser unterdrückt in Folge der Desorganisation des Nervencentrums oder der peripheren Nerven, dann verfällt der Muskel der Paralyse. Wenn aber die Nervenbahnen unversehrt erhalten sind, dann besteht auch der Nerveneinfluss fort. Nur kann dieser in seiner Intensität geschwächt sein, woraus ein Zustand von Semiimpotenz der Muskeln, anders Atonie genannt, sich ergibt. Der Typus der Atonie solchen Ursprunges wird von der Neurasthenie repräsentirt. Wie schon der Name anzeigt, ist dies eine muskuläre Asthenie, die durch die nervöse Asthenie bedingt ist. Die Folge davon ist eine besondere Abschwächung sämmtlicher Funktionen, die einen der charakteristischen Züge der Krankheit bildet.

6. Die Integrität der Schleimhäute und serösen Häute bildet eine letzte Bedingung, die, ebenso wie die bereits erwähnten, unerlässlich ist, damit sich die Muskelthätigkeit auf ihrem normalen Grad erhalte. Hier tritt uns das Stockes'sche Gesetz entgegen, das je nach den Fällen gut oder schlecht gedeutet worden ist: «Jeder mit einer entzündeten Schleimhaut oder serösen Haut zusammenhängende Muskel verfällt der Paralyse». In dieser Fassung ist der Satz nicht ganz richtig. Anfangs ist nur ein atonischer Zustand zu beobachten; es besteht Anfangs eine Impotenz der der Schleimhaut oder serösen Haut unterliegenden Muskeln und dieses Unvermögen hängt mit dem Schmerze zusammen. Das beobachtet man z. B. bei den Muskeln des Gaumensegels in Fällen von Angina, beim Zwerchfell, wenn eine diaphragmatische Pleuritis vorhanden ist. Später, wenn die Entzündung nachgelassen hat, bleibt eine dürftige Muskelthätigkeit, vor Allem eine mangelhafte Kontractionskraft, eine Hypokynesis zurück; dann stellt sich der normale Zustand allmälig wieder her. Wenn es sich um eine wirkliche Lähmung handelte, dann würden sich die Verhältnisse nicht so einfach gestalten. Lähmungen werden indessen auch beobachtet: in diesen Fällen hat sich aber eine aufsteigende Neuritis entwickelt, die sich bis zu den Nervencentren ausdehnen kann. Dann finden sich eben die pathogenen Bedingungen der Paralyse verwirklicht, weil von diesem Momente an die Zuführung des Nervenreizes unterbrochen ist. Die Prognose des Stockes'schen Gesetzes ist also sehr verschieden, je nachdem eine Atonie oder eine Paralyse besteht. Was geschieht mit den einem entzündeten Gelenke zunächst liegenden Muskeln? In Folge des vorhandenen Schmerzes zeigt sich zuerst eine Muskelkontraktur, die dazu bestimmt ist, das Gelenk zu fixiren; dann, wenn einmal die akute Phase vorüber ist, tritt die Muskelatonie auf. Eine Lähmung kann man auch beobachten, diese zeigt sich jedoch nur später. Betrachten Sie ferner die Folgen der Entzündung des Bauchfells: Bei der Peritonitis werden die Muskeln, welche unter der Serosa liegen, atonisch und nur später können sie der Paralyse verfallen.

* * *

Bisher habe ich Ihnen vorzüglich von der Atonie der Muskeln des Beziehungslebens gesprochen. Nachdem Sie durch die Beispiele, die ich Ihnen vorgeführt, die Mechanismen kennen gelernt haben, durch welche die Atonie im Allgemeinen zu Stande kommt, wollen wir nunmehr unsere Untersuchungen auf die Atonie der Muskeln des organischen Lebens und speciell auf die Atonie des Magendarmtraktus beschränken.

Magen und Darm können entweder jeder für sich oder aber zusammen von Atonie befallen werden, daher wir die folgenden drei grossen Gruppen oder Varietäten aufstellen können: Gastrische Atonie, intestinale Atonie, gastro-intestinale Atonie. Die Atonie kann aber auch in jeder der beiden Hauptabtheilungen auf eine mehr oder weniger ausgedehnte Zone beschränkt bleiben. Neben der totalen Atonie des Magens existirt eine Varietät, bei welcher die Atonie nur den Pylorus befällt. Für den Darm sind die Varietäten zahlreicher, es gibt deren fast ebensoviele als Regionen vorhanden sind. Neben der Atonie des Dünndarms, gibt es eine Atonie des Dickdarms, und diese letztere kann vereinzelt befallen das Coecum, das Colon transversum, das S. romanum, endlich das Rectum. Das sind ebensoviele besondere krankhafte Zustände, deren genaue Semejotik allein gestattet, sich über die Ursachen, die Prognose und die therapeutischen Indikationen mit einiger Sicherheit auszusprechen. Klinisch äussern sie sich durch gewisse gemeinsame Symptome, die ich vorerst beschreiben werde, dann werden wir die einem jeden eigenthümlichen Charaktere näher studieren.

Wenn der Muskelapparat des Verdauungskanals von Atonie betroffen ist, so reagiren die Magen-Darmwandungen nur mehr unvollständig auf die verschiedenen Reize der Schleimhaut und hauptsächlich auf jenen, welcher normaliter von der Berührung durch die Nahrung herrührt. Die erste Folge dieser Atonie besteht also in einer Herabsetzung der peristaltischen und antiperistaltischen Bewegungen. Der Hauptzweck aber der Peristaltik und Antiperistaltik ist, wie Sie wissen, der, die in den Magen eingeführte Nahrung mit den Drüsensekreten allseits zu befeuchten und sie gegen den Anus zu fördern. Desgleichen veranlassen sie die Fortschaffung von Gasen. Endlich ist es ein allgemeines physiologisches Gesetz, nach welchem der intramuskuläre Kreislauf sich nur dann in wirksamer Weise bethätigt, wenn die Contractilität der Muskeln nicht gehemmt ist.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr 15, 1893.

Die Atonie der Muskulatur des Digestionstraktes zieht alle diese Funktionen in Mitleidenschaft und führt in Folge dessen zu mehrfachen Folgen. Aus der Stagnation der Nahrungssubstanzen resultirt eine Art von Cloake, wo sich putride Gährungen bilden mit Entwicklung von Säuren, aromatischen Substanzen, Ptomaïnen etc., und diese abnormen Gährungen werden umso leichter Erscheinungen einer Intoxikation, der Stercoraemie, veranlassen, als in Folge der Stuhlverstopfung selbst, der Darminhalt einer prolongirten Absorption sich ausgesetzt findet. Dann vollzieht sich die Verdauung langsam und bleibt unvollständig, weil die Nahrung nicht in allen zu ihrer Verarbeitung nothwendigen Darmtheile gelangt und nicht genügend mit Magen-Darmsäften durchtränkt wird. Es folgt hieraus eine mehr oder weniger unvollkommene Assimilation, je nachdem die Nahrung in diesem oder jenem Theile der Verdauungswege zurückgeblieben ist. Endlich häufen sich Gase im Magen und im Darm an, womit ein besonderes Aussehen des Abdomens zusammenhängt, das seine semejotische Bedeutung hat.

Diese unmittelbaren Folgen der Atonie sind nicht die einzigen und auch nicht die wichtigsten: Dazu kommen entfernte Störungen, verschiedene Reflexerscheinungen von Seiten des Hirns, des Herzens, der Lunge etc.; überdies die Möglichkeit des Zustandekommens eines Entzündungsprozesses (Typhilitis z. B.). Die Stauung des Blutes und der Lymphe endlich, welche eine nothwendige Folge der Atonie ist, gibt zu besonderen Gährungen Anlass, welche ein ganz specielles Interesse haben, denn sie werden mir Gelegenheit bieten, vor Ihnen die Möglichkeit zu erörtern von der Verwandlung eines harmlosen Mikroorganismus in einen pathogenen Mikroben. Sie werden dann begreifen, warum und wie so leicht und so häufig bei der Atonie des Magen-Darmkanals hepatische und pulmonäre Störungen (Lebercongestion, Lungencongestion) auftreten. Ich werde Ihnen zeigen, dass diese Erscheinungen von Kolonien von Mikroben herrühren, die im Darm p a t h o g e n geworden sind, und welche, wenn sie zu entfernten Organen gelangen, daselbst Congestion oder selbst Entzündungen hervorrufen, wovon ein eklatantes Beispiel die Pneumonie ist, mit der Gegenwart des Bacterium coli inmitten der hepatisirten Partien.

Sie sehen also, dass die gastro-intestinale Atonie thatsächlich eine Frage von grösster Bedeutung ist, deren Tragweite wohl über den einfachen Meteorismus und die Constipation hinausgeht, auf welche sie die medizinischen Hand- und Lehrbücher beschränken.

In einer nächsten Vorlesung werde ich Ihnen von der M a g e n a t o n i e, ihrer Aetiologie und Symptomatologie sprechen.

Transportables Faradimeter.

Von **Dr. M. Th. Edelmann.**

Demonstrirt in der k. k. Gesellschaft der Aerzte am 14. April 1893 von Dr. Rudolf L e w a n d o w s k i, k. u. k. Regimentsarzt.

Vor sechs Jahren demonstrirte ich in dieser werthen Gesellschaft einen Induktionsapparat, bei dem ich die Gleichrichtung und Messung der Induktionsströme mit einfachsten Hilfsmitteln gelöst hatte.

Theilweise dasselbe Thema verfolgte einige Jahre später Prof. Hugo v. Ziemssen und ist das Resultat seiner Studien Folgendes: Ein Induktionsapparat, ein unterbrochener konstanter Strom und ein Condensator von gleicher Spannung in Volts und gleichviel Unterbrechungen in der Zeiteinheit werden vom menschlichen Körper gar nicht unterschieden.

Auf Grund dieser Studien konstruirte Dr. M. Th. Edelmann sein absolutes Faradimeter, das er in seiner «Elektrotechnik für Aerzte» publicirte. Dasselbe bestand aus 3 Elementen, einem Galvanometer mit Spiegelvorrichtung und einem Rheostate auf einer Wandkonsole und einem davon entfernten Induktionsapparat mit Doppelkontakt. Der Strom des einen Elementes diente zum Betriebe des Neef-Wagner'schen selbstständigen Unterbrechers; die zwei anderen Elemente waren zur Batterie verbunden und dienten zur Speisung der Primärspirale durch den eigenthümlichen Doppelunterbrecher geschlossen; da dieser Strom, der die Primärspirale durchfloss, eine konstante Stromstärke haben musste, war das Galvanometer und der Rheostat da, um ihn abzustufen, so dass er konstant 0·3 Ampères haben musste. Am Induktorium war statt der gebräuchlichen Millimetereintheilung eine Aichung in Volt's angebracht, welche auf einer Celluloidplatte an dem Schlitten der Sekundärspirale angebracht war. Der Forderung Ziemssen's nach gleicher Spannung und gleich viel Unterbrechungen war durch den die Primärspule durchfliessenden konstanten Strom, durch die in Volts ausgeführte Aichung, sowie durch die dieser Aichung zu Grunde liegende und durch den Doppelkontakt sich ergebende und limitirte Anzahl der Unterbrechungen Genüge geleistet.

Es ist ersichtlich, dass dieses prächtige Instrument sich nur für stabile Aufstellung eignet.

In den letzten Tagen hat Dr. M. Th. Edelmann noch ein t r a n s p o r t a b l e s F a r a d i m e t e r konstruirt, das ich Ihnen hiemit vorstelle. Es ist in einem politirten Mahagoniholzkästchen untergebracht von 12 *cm* Breite, 20 *cm* Länge und 29 *cm* Höhe, von 430 *gr* Gewicht, einem Kästchen, das nicht grösser, als das eines sonst gebräuchlichen mittelgrossen Induktionsapparates mit Element ist. An der oberen (rückwärtigen) und unteren Seitenwand hat es je ein Paar Charnière und lässt sich der Deckel und die Rückwand dieses Kästchens einfach umlegen, wonach man die einzelnen Theile leicht übersieht. Das Prinzip ist hier das nämliche, wie beim grossen Faradimeter: Auch hier wird der Strom, der durch die Primärspirale geht, vorerst gemessen und regulirt, auch hier ist die Aichung in Volts und auch an diesem Apparat ist die dieser Aichung zu Grunde gelegte Zahl von Unterbrechungen begrenzt und immer dieselbe. Es hat somit ein Galvanometer, welches auf dem breiteren Theile der Rückwand vorne mit dem ganzen Instrumente fix verbunden ist; das Innere des Kästchens ist durch eine Verticalscheidewand in zwei Räume abgetheilt; in dem linken befindet sich in einer Nuth beweglich der Induktionsapparat mit Schnüren ebenfalls mit dem Kästchen und dem Galvanometer in Verbindung; in der rechten Abtheilung ist ein Fach für das Element, unter welchem noch Raum übrig bleibt für ein Gefäss für Chromsäure. Der Magnet für das Galvanometer ist im Obertheile der Zwischenwand untergebracht; er wird herausgenommen, seine Spitze auf die Pfanne, die aus der Mitte des Galvanometers hervorragt; gestellt und das Galvanometer so lange gedreht, bis der Zeiger auf Null einspielt; das Elementgefäss ist aus Hartgummi, von Cylinderform, von 7 *cm* Durchmesser und 16 *cm* Höhe; der Deckel ist abschraubbar und durch diesen ragen ein Kupfer- und ein Zinkstab nach innen; der Zinkstab ist für gewöhnlich, für den Nichtgebrauch in einer Kautschukhülse untergebracht, welche in einer Messingröhre steckt, die hinter dem Elemente aufgestellt ist. Für den Transport wird die Oeffnung, die für den Zinkstab bestimmt ist, mit einem Korkstöpsel gut verschlossen; dieser wird entfernt, der Zinkstab herausgenommen und ohne eine Klemmschraube zu benützen, einfach hineingeste kt. Nun wird der Wagner'sche Hammer gegen die Kontaktschraube gedrückt und der Strom am Galvanometer kontrollirt. Hat er mehr als 0·3 A m p è r e s, so wird der Zinkstab etwas empor gedreht, hat er weniger so wird der Zinkstab tiefer hineingeschoben und auf diese Weise durch Verschiebung des Zinkstabes der Strom regulirt; der Induktionsapparat hat nur einen einfachen Kontakt. Ist solchermassen das Induktorium in Thätigkeit gesetzt, so braucht man nur die Kabeln mit den Elektroden in die betreffenden Oesen einzuklemmen, die Aichung in Volts zu beachten und der Apparat ist zum Gebrauche fertig.

Der Ziemssen'schen Forderung ist durch die leicht regulirbare Stromstärke, durch die, wie beim grossen Instrumente ausgeführte Aichung in Volts und durch die mittelst einer Doppelschraube limitirte Anzahl von Unterbrechungen Genüge geleistet.

Betrachtet man die Aichung in Volts, so sieht man auf den ersten Blick, wie ungenau die Eintheilung in Millimetern war.

Prof. STINTZING hat auf Grund des Faradimeters absolute Werthe (Maxima und Minima) bei denen die Zuckungen erfolgen, gewonnen.

Mit Hilfe dieses Apparates werden die Aerzte ihre Angaben bei Benützung des Induktionsapparates in allgemein verständlichem Masse machen können.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

Sitzung vom 14. April 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

***Dozent Dr. Pál:** Ueber Totaldurchschnitte durch das menschliche Gehirn.*

Sowohl die Härtung als auch die Schnittführung bei der Anfertigung von Durchschnitten durch das menschliche Gehirn begegnet grossen Schwierigkeiten. Herr REICHERT hat nun auf Veranlassung des Vortragenden ein Mikrotom konstruirt, welches die Herstellung solcher Schnitte durch beide Hemisphären erleichtert. Das Messer, welches unter Wasser funktionirt, wird mittelst einer Kurbel geführt. Der Schnitt wird im Wasserbade auf Papier aufgefangen und die Dauer der Schnittführung beträgt höchstens 10—15, das Auflegen kaum 30 Sekunden. Behufs Färbung wird der Schnitt auf eine Zuckerplatte gebracht, mit einer Photoxilinschichte getrocknet, mit einer Rolle an das Präparat angepresst, die Zuckerschichte dann im Wasser gelöst, so das- das Objekt abfällt. Vortragender demonstrirt nun zum Schlusse einen Frontal-Durchschnitt durch das Kleinhirn und Medulla oblongata, und einen Durchschnitt durch die Mitte beider Hemisphären.

* * *

***Dr. Arthur Klein:** Ein geheilter Fall von Milzbranderkrankung.*

Im Rudolfspitale kam ein Mann zur Aufnahme, welcher über Schmerzen in allen Gelenken klagte, an denen aber nichts Abnormes gefunden werden konnte. An der linken Nackenseite fand sich eine flache, kreuzergrosse, etwas über das Nieveau erhabene, in der Mitte dellenförmig vertiefte, mit einer dunklen Borke versehene Efflorescenz vor, welche von kleinen Bläschen eingeschlossen war; die mikroskopische Untersuchung des Inhaltes und das eingeleitete Kulturverfahren ergaben das Vorhandensein von Milzbrandbacillen. Die Affektion wurde nun mit einem Schnitte umkreist und sammt den geschwellten Lymphdrüsen der Supraclaviculargegend exstirpirt, worauf vollkommene Heilung eintrat. In der Literatur finden sich viele Fälle von Milzbrand registrirt, die es aber nicht sind; nur der bakteriologische und kulturelle Nachweis sichert die Diagnose. In Bezug auf die Therapie findet sich kein definitiver Standpunkt. Einige schreiben dem menschlichen Körper einen gewissen Grad von Immunität gegen den Milzbrandbacillus zu und rathen daher von jedem Eingriffe ab. Andere dagegen erklären sich für ein energisches Einschreiten. Es ist aber sehr wahrscheinlich, dass es bei der Infektion auf die Quantität der Keime ankommt. Es ist nicht rathsam, die Depots von Milzbrandbacillen zu belassen und soll daher stets durch ein energisches Eingreifen den Nachschüben entgegengearbeitet werden. Als Kuriosum erwähnt Vortragender, dass sich die Kulturen aus dem vorgestellten Falle nicht als virulente erwiesen, doch steht die Virulenz eines einzelnen Keimes nicht in gerader Relation mit der Affektion. Auch dürfte eine hochgradige Abschwächung des Milzbrandbacillus im menschlichen Organismus erfolgen, da die Infektion meist nur mittelst Sporen möglich ist.

Der Vortrag des ***Reg.-Arztes Lewandowski's*** über «Besprechung des EDELMANN'schen transportablen Faradimeters» erscheint an anderer Stelle unseres Blattes ausführlich.

* * *

***Prof. Neumann:** Ueber Blutuntersuchung bei Syphilis.*

Prof. NEUMANN erörtert die Blutuntersuchung bei Syphilis und gibt vorerst in kurzen Zügen eine Darstellung der Ergebnisse früherer Arbeiten, die bis auf RICORD zurückdatiren. Während dieser die charakteristische Hautblässe der Luetiker auf die Abnahme der Zahl der rothen Blutkörperchen bezog, sieht VIRCHOW im Einklange mit seiner Theorie der Lymphdrüsenreizung das Wesentliche in einer hochgradig gesteigerten Leukocythenproduktion. Untersuchungen aus den letzten Jahren nähern sich theils den Angaben RICORD's, theils legen sie das Hauptgewicht auf den herabgesetzten Hämoglobingehalt. Folgendes sind die Resultate der Untersuchungen Prof. NEUMANN's, die er im Vereine mit Dr. A. KONRIED seit mehr denn Jahresfrist an seiner Klinik vorgenommen.

1. Der Hämoglobingehalt zeigt sich schon im Stadium des syphilitischen Primäraffektes verringert (um 15—30 Perzent). Diese Abnahme bleibt während der Proruption und im Beginne der Behandlung konstant, mit der Zahl der Inunktionen steigend kehrt der Hämoglobingehalt in der Regel zur Norm zurück.

2. Fälle von älterer, bisher unbehandelt gebliebener sekundärer Syphilis zeigen konstant eine Abnahme des Hämoglobingehaltes: derselbe schwankt zwischen 45 bis 70 Perzent. Die Wirkung der antisyphilitischen Behandlung tritt auch hier deutlich zu Tage, da eine Zunahme durch dieselbe zu konstatiren ist; doch ist dieselbe nicht im Stande den Hämoglobingehalt ad normam zurückzuführen.

3. Geradezu charakteristisch für die Spätformen der tertiären Syphilis ist der niedere Hämoglobingehalt, indem unter sämmtlichen untersuchten Fällen auch nicht einer war, der einen normalen Gehalt aufwies. Auch hier zeigte die Behandlung eine Zunahme, wenn auch nicht in beträchtlicher Menge.

4. Bezüglich der rothen Blutkörperchen zeigt sich zur Zeit des Primäraffektes keine Abnahme im Gegensatze zum Verhalten des Hämoglobins. Mit der Entwicklung der konstitutionellen Syphilis jedoch verringern sich dieselben bis um ein Drittel der normalen Zahl. Unter der Einwirkung der antisyphilitischen Behandlung kehren dieselben wieder zur Norm zurück. Allzugrosse Dosen von Quecksilber verringern dieselben neuerdings.

5. Nicht behandelte sekundäre Formen zeigen konstant eine Abnahme der rothen Blutkörperchen bis um ein Drittel der normalen Zahl. Die Therapie führt deren Zahl im Gegensatz zu dem Einflusse auf das Hämoglobin in derselben Periode wieder zur Norm zurück.

6. Bei tertiären Formen zeigt sich ein durchschnittliches Verhältniss von vier Millionen rother Blutkörperchen. Die Zahl derselben ist somit herabgemindert. Nachdem jedoch die bei der Proruption erfolgte Abnahme durch antiluetische Behandlung schwindet und die Zahlen selbst zur Norm zurückkehren, muss aus der Herabminderung im tertiären Stadium der Schluss gezogen werden, dass das Syphilisvirus eine konstante Abnahme in der Zahl der rothen Blutkörperchen erzeugt, welche Abnahme aber auch in diesem Stadium durch die antisyphilitische Behandlung im Gegensatze zum Verhalten des Hämoglobins wieder zur Norm zurückgeführt werden kann.

7 Die Zahl der weissen Blutkörperchen steigt parallel der Abnahme der rothen während der Erkrankung, um umgekehrt mit Zunahme der rothen wieder zur Norm zurückzukehren.

8. Diese Untersuchungen wären zum Theile auch parallel mit der Bestimmung des spezifischen Gewichtes des Blutes fortzusetzen, da manche der Befunde hiedurch theils erweitert, theils ergänzt würden. Die Daten, die hier aus den zahlreichen Untersuchungen gewonnen wurden, berechtigen zu den obigen Schlussfolgerungen. In ihren grossen Zügen dürften dieselben durch weitere Untersuchungen nicht erschüttert werden und in Hinkunft wird mit der klinischen Untersuchung des Krankheitsbildes auch die Blutbeschaffenheit mit in den Bereich der Symptomatologie der Syphilis einbezogen werden müssen, da hiedurch der Grad der Erkrankung gleichwie die Einwirkung der Behandlung für die Beurtheilung des Krankheitsprozesses mit in Betracht kommen dürfte.

* * *

Dozent Dr. Clar: *Ueber Winterstationen im nördlichen Mittelmeergebiete.*

Vortragender demonstrirt an mehreren Landkarten die Durchschnittstemperaturen des Monates Jänner in mehreren Jahren, wobei die Isotherme von 0 Grad senkrecht durch Deutschland und dann nach Osten geht. Die Isotherme von 5 Grad nimmt einen Theil von England und des westlichen Frankreich ein, geht dann nach Italien, von hier nach Griechenland und Kleinasien. Die Isotherme von 10 Grad geht durch Spanien, wo sie eine tiefe Depression erleidet, sie schwingt sich bei Valenzia nach Norden, nimmt Korsika, Sicilien und das südliche Italien mit, um über Korfu und den Pelopones nach Kleinasien zu gehen. Die Isotherme von 15 Grad schliesst Europa aus und bewegt sich nur im nördlichen Afrika. Man sieht an der Riviera von Genua, sowie an der österreichischen Riviera und im südlichen Theile des adriatischen Meeres ein Hinaufschwingen der Isotherme, was diese Gegenden zu Kurorten sehr geeignet macht. Durch seine Kälteregion ausgezeichnet ist das kärnthnerische Becken (— 4 Grad). Die Riviera von Genua zeigt 8 Grad. Die steirischen und dalmatinischen Inseln sind durch ihre Wärmeverhältnisse besonders bevorzugt und zeigt sich ein grosser Gegensatz derselben zwischen dem westlichen und östlichen Ufer der Adria. Diese lokalen Differenzen erklärt HANN dadurch, indem er meint, dass diese abnormen Wärmeverhältnisse nur dort zu Stande kommen können, wo hohe Randgebirge an das Meere herantreten, die nicht durch tiefe Flussthäler durchschnitten werden, wie es z. B. an der Riviera bei den Seealpen der Fall ist. Die grosse Küstenwärme beruht auf den Gewinnst an latenter Wärme; indem die mit Wasserdampf gesättigte Luft denselben auf den Zinnen der Gebirge niederlegt, wird Wärme frei, welche den Küsten zu Gute kommt; dabei ist aber ein grosser Verlust von Feuchtigkeit zu verzeichnen, so dass oft Feuchtigkeitsminima von 10 Grad vorkommen. Dasselbe Phänomen erklärt auch die grosse Wärme an den norditalienischen Seen. Will man die Patienten unter konstantere Luftfeuchtigkeitsverhältnisse bringen, dann darf man sie nicht an die Küsten schicken, sondern auf Inseln; in dieser Richtung sind besonders für Larynxkranke Lusina und Cherso zu nennen. Das Inselgebiet südlich von Spalatto (Lesina, Lissa u. s. w.) haben ebenfalls sehr günstige Wärmeverhältnisse, aber nebst der grossen Lufttrockenheit auch den Nachtheil, dass der Verkehr dorthin wegen Mangels an Eisenbahnen sehr erschwert ist. Besonders hat Lissa, welches vom Lande ziemlich weit vorgeschoben ist, nebst der üppigen Vegetation auch konstantere Feuchtigkeitsverhältnisse und eine Isotherme von 9 Grad. Die günstigsten Verhältnisse zeigt Korsika, das vollständig in die Isotherme von 10 Grad hineinfällt.

Für trocken-warme Luft eignet sich am besten Wüstenluft, also die afrikanische Wüste mit der Oase Biskra, wohin der Verkehr auch ein sehr bequemer ist.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 12. April 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Dr. Pick: *Ueber die Beziehungen zwischen Hautaffektionen und Erkrankungen des Verdauungstractes.*

Der Verdauungstrakt steht in mannigfachen Beziehungen zum Hauptorgan, sowohl in physiologischer als auch pathologischer Hinsicht. So z. B. bedingt Ueberfüllung des Venensystems der Bauchhöhle Anämie und Blässe der Haut, was auch für viele Erkrankungen des Verdauungstraktes zutrifft.

Einige Hauterkrankungen werden durch im Blute kreisende Schädlichkeiten hervorgerufen. Es sind dies die toxischen Erytheme, wie sie nach Aufnahme vieler Mittel, wie Chinin, Codein, Antipyrin, Antifebrin Copaiva u. s. w. auftreten.

Nicht selten treten in Gefolge von Magenaffektionen Erytheme auf. So fand sich bei einer Patientin im Anschluss an Magenkrämpfe ein über den ganzen Körper verbreitetes Erythem. Fünf frühere Ausbrüche von 14tägiger Dauer waren als Scarlatina aufgefasst worden. Doch war in diesem Falle das Magenleiden bestimmt das primäre. Auf Gebrauch von Kreosot (0·05 *gr*) verschwand das Erythem in 3 Tagen.

Ferner hat man beim Icterus perniciosus, abgesehen von der Färbung der Haut, Purpura, ferner das von besonders englischen Autoren beschriebene Xanthelasma (hellgelbe, erhabene Flecken, insbesondere an den Augenlidern) auftreten sehen. Auch bei Vorhandensein von Tänien kommen Erytheme und Blutungen in die Haut vor.

Möglicherweise ist auch die Furunkulose, die PICK bei einer grösseren Zahl von Rekruten eines Truppenkörpers beobachtete, auf eine Aenderung der Nahrung und insbesondere auf die Fleischkost zu beziehen, da die Betreffenden zuhause meist vegetabilische Kost genossen hatten.

Bekannt ist das Auftreten von Urticaria nach Genuss von Krebsen, Erdbeeren, Käse u. s. f. was man früher als Idiosyncrasie bezeichnete. Zunächst muss bei den betreffenden Personen eine Disposition vorhanden sein, der zufolge auf den eigenthümlichen chemischen Reiz hin die Vasomotoren erregt werden. Es ist ferner aber auch möglich, dass die im Verdauungstracte sich vorfindenden Mikroorganismen aus gewissen Substanzen, die in diesen Speisen enthalten sind, Gifte bilden, welche in der angegebenen Weise wirken.

Naturgemäss findet man demnach solche Erytheme bei Personen mit Affektionen des Verdauungstraktes. Bei diesen kommt es infolge des Stagnirens der Ingesta im Magen und Darm leicht zu abnormen Gährungen und Fäulnis. So fand BOUCHARD unter 100 Fällen von Dilatatio ventriculi 13 Mal Ekzem, sehr häufig Urticaria und erwähnt derselbe das häufige Vorkommen von Akne an Kinn und Schläfen bei jungen Mädchen mit Dilatatio ventriculi. Hier ist auch das Erythem der Nates bei saurer Dyspepsie der Kinder einzureihen.

PICK hatte Gelegenheit einen Fall von Urticaria zu beobachten, welche jedesmal nach dem Genusse von Kartoffeln und eingemachtem Obst auftrat. Der Patient konnte seit 6 Jahren durch den Genuss obiger Speisen mit Sicherheit Urticaria hervorrufen.

Vortragender versuchte durch antifermentative Mittel dem Ausbruch der Urticaria zu steuern. Patient nahm eine Probemahlzeit bestehend aus allen bei ihm Urticaria verursachenden Gerichten, hierauf eine Dosis von 0·05 *gr* Kreosot. Der Ausbruch der Hautaffektion blieb aus. PICK liess nun den Patienten bei gemischter Kost das Mittel abwechselnd einige Zeit nehmen und aussetzen. Anfangs wirkte das Kreosot prompt, später trat die Urticaria trotz des Kreosotgebrauches anfangs milde, dann an Heftigkeit zunehmend auf und wich erst vor der doppelten Dosis. So sah sich Patient veranlasst, zeitweise zum Kreosot seine Zuflucht zu nehmen, das er zuletzt zu 0·15 pro dosi nahm. Es könnte eingewendet werden, warum, wenn es sich thatsächlich um eine antibakterielle Wirkung des Kreosots handelte, nach dem Aussetzen des Mittels die Anfälle doch wiederum auftraten?

Das Kreosot entwickelt aber im Magen wohl eine antifermentative, keineswegs aber eine desinficirende Wirkung, selbst in grossen Mengen eingeführt. Dasselbe gilt von allen anderen Antisepticis. Wohl aber vermag es, Gährungsprozesse zu sistiren.

Daraus, dass Mikroorganismen durch ungenügende Koncentration antiseptischer Flüssigkeiten im Wachsthum wohl behindert, aber nicht vernichtet, sich wieder entwickeln können und sich auch dem umgebenden Medium anzupassen vermögen, lässt sich das Wiederauftreten der Urticaria während der Kreosotbehandlung erklären.

Hervorzuheben ist, dass es sich hier nicht um eine spezifische Wirkung des Kreosots handelt. Alle ähnlichen Antiseptica haben gleichen Erfolg. Nur wird Kreosot im allgemeinen gut vertragen und kann auch in relativ grosser Dosis genommen werden. Seine Wirkungsweise bei Magenaffektionen lässt es in Parallele bringen mit der Anwendung der Karbolsäure oder des Sublimats auf chirurgischem Gebiete. Uebrigens erzielte PICK durch Anwendung des Ammonium sulfo-ichthyolicum ebenfalls günstige Resultate.

Vortragender kommt nun zu dem Schlusse, dass alle jene Prozesse, bei welchen es sich um eine Verlangsamung der Bewegung im Darmkanale handelt, Gelegenheit zur Bildung eines Giftstoffes bieten, welcher Urticaria erzeugt.

Dr. EHRMANN bemerkt, dass HEBRA unter «Ekzem» eine durch lokale Einflüsse entstehende Erkrankung verstanden wissen wollte, was aber nicht immer zutreffe. Viele Ekzeme beruhen auf Nervenwirkung. Das Ekzema toxicum HEBRA's sollte besser Ekzema traumaticum heissen. Ferner findet man oft von der Analfurche ausgehende Ekzeme, welche auf mykotischer Basis beruhend, durch Verkratzung des Sekretes ihre Ausbreitung finden. Sicher gibt es auch Ekzeme, welche durch Resorption von Toxinen erzeugt werden; so finden sich z. B. Ekzeme bei habitueller Stuhlverstopfung, welche häufig mit Seborrhoe einhergehen. Bekannt sind die rein nervösen Ekzeme, wie man sie hie und da bei Tabikern findet. Die Akne hängt von der Blutbeschaffenheit und diese wiederum vom Verdauungstractus ab. Sie entsteht nur bei solchen Individuen, bei denen sich die Zellen der Talgdrüsen im Zusammenhange abstossen, so dass dass ein Comedo entsteht, welcher die Oeffnung des Ausführungsganges stets offen für Mikroorganismen hält. Es ist sicher, dass Käse, welcher viele Fettsäuren enthält, Comedonen erzeugen könne. Eine toxische Urticaria ist nicht zu leugnen. Leute, die beim Genusse von Erdbeeren Urticaria bekommen, acquiriren dieselbe auch nur beim Riechen von Erdbeeren. Urticariaerzeugende Toxine erhöhen nämlich die Erregbarkeit des Nervenzentrums, nach deren Ablauf stets noch eine geringe Reizbarkeit zurückbleibt, die selbst durch die Vorstellung hervorgerufen werden kann. Es gibt zweierlei Arten der Einwirkung u. zw.: 1. Einwirkung der Toxine auf pie peripheren Blutgefässe und 2. auf die Gefässe der Nervencentra. EHRMARN kennt eine Reihe von Fällen, in denen die Urticaria von den ersten Lebenswochen an, den grössten Theil des Lebens fortbestand. Meist handelte es sich aber um nervöse Personen, bei denen auch chronische Stuhlverstopfung bestand, hie und da findet sich auch Dermographiomus. Therapeutisch bewährt sich in einzelnen Fällen Salicylsäure, Abführmittel, Bromnatron, Extractum Belladonnae u. s. w. Dort wo es sich um Störungen der Gährung im Verdauungstractus handelt, dürfte nach PICK Kreosot am Platze sein. Da sich bei Verbrennungen ante mortem oft Singultus findet, welcher durch Kreosot beseitigt werden kann, so wäre zu erwägen, ob das Kreosot nicht auch anders als antiseptisch wirkt. Das Prinzip PICK's der Desinfektion des Darmes sei jedenfalls richtig.

Dr. ULLMANN und Dr. PINS sprechen sich gegen die Annahme einer Autointoxikation bei Urticaria aus und warnen, stets auf eine solche zu rekurriren; von einer solchen könne nur in Ausnahmsfällen die Rede sein.

Dr. EHRMANN steht für das Bestehen einer Autointoxikation ein. Wenn jemand eine mit Urticaria einhergehende Retention von Eiter hat und nach Entleerung des Letzteren die Urticaria verliert, so müsse man doch an eine Autointoxikation denken.

* * *

Dr. Hock: *Ueber prodromales Fieber bei Gelenksrheumatismus.*

Schon die alten Autoren wussten vom prodromalen Fieber zu erzählen, dass sich im Gelenksrheumatismus fortsetzt. Kahler erwähnt, dass sich vor dem Ausbruche eines Gelenksrheumatismus Fieber vorfinden könne, welches den Typus wie beim Typhus haben und ganz selbstständig von der Affektion auftreten könne. Aber ein Fieber, wie es sich bei akuten Exanthemen findet, ist noch nicht beobachtet worden. Vortragender sah auf der Abtheilung des Primarius Scholz ein 21jähriges Mädchen, welches plötzlich bewusstlos wurde und nachdem es zu sich gekommen war, über Herzklopfen klagte. Die Temperatur zeigte 38 Grad und stieg im Verlaufe von 6 Stunden auf 39 Grad, um in den nächsten Tagen wieder abzufallen. Nach dem Fieber stellte sich ein sehr heftiger Gelenksrheumatismus ein, welcher chronisch wurde, so dass Patientin endlich ungebessert die Anstalt verlassen musste. Es ist sicher, dass bei akutem Gelenksrheumatismus plötzlich prodromal Fieber mit schweren nervösen Erscheinungen auftreten kann, welches nach einem Intervalle von 1—2 Tagen in einen gewöhnlichen Gelenksrheumatismus übergehen kann.

Dr. Em. Mandl.

Kongress der französischen Chirurgen.

Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Paris, 9. April.

(-r-) Der VII. Kongress der französischen Chirurgen hat hier vom 3. bis inkl. 8. l. M. getagt.

Wir sahen unter den Anwesenden fast sämmtliche Chirurgen der ersten Universitätstädte Frankreichs darunter die weltberühmten Professoren und Dozenten: VERNEUIL, LANNELONGUE, TILLAUX, LE DENTU, POZZI, RECLUS, TERRIER, RICHELOT, GUÉRIN, OLLIER, DEMONS, PONCET, JEANNEL, ferner zahlreiche hervorragende Vertreter der ausländischen Chirurgie. Von diesen nenne ich Ihnen: SIR WILLIAM MAC CORMAC (aus London), Prof. THIRIAR (Brüssel), Prof. ROUX (Lausanne), Prof. J. REVERDIN (Genf), Prof. SEVEREANU (Bukarest), Dr. ZANCAROL (Alexandrien), Prof. KOEBERLÉ (Strassburg), Prof. BOEKEL (Strassburg). Der Präsident des Kongresses, Prof. LANNELONGUE (Paris) hielt die Eröffnungsrede. Er widmete zuerst einen Nachruf dem verstorbenen Prof. TRÉLAT, sprach dann von den letzten grossen Errungenschaften der Chirurgie und hob den innigen Zusammenhang zwischen letzterer und der Medizin hervor. Folgender Satz aus der Rede LANNELONGUE's verdient reproduzirt zu werden: «Bevor man sich zu einer Operation entscheidet, muss die Nothwendigkeit eines Eingriffes gerechfertigt werden, ein Problem, das häufig mit grossen Schwierigkeiten verbunden ist und das erst einen Theil der ganzen Vorfrage bildet.»

* * *

Prof. Reynier (Paris): *Eitrige Echinococcus-Cyste der Leber mit Peritonitis. Laparotomie. Heilung.*

Es handelt sich um einen Kranken, bei welchem in der Rekonvalescenz von einer Broncho-Pneumonie eine Lebercyste konstatirt wurde. Punktion der Cyste und hierauf Injektion von Sublimat. Es bestand Fieber, und am selben Abend noch ging die Cyste in Eiterung über. Eine neue Punktion, diesmal jedoch ohne Sublimateinspritzung, veranlasste eine akute Peritonitis. Der Vortragende führte nun die Laparotomie aus, reinigte das Peritoneum, fixirte die Cyste an der Abdominalwand und erzielte vollständige Heilung. Dieser Fall, sagte REYNIER, ist ein neuer Beweis für den Nachtheil der Sublimatinjektion in die Echinococcusblase.

* * *

Prof. Tuffier (Paris): *Resultate der Nierenchirurgie.*

Nach Ansicht des Vortragenden sind zwei Faktoren zu berücksichtigen: 1. der allgemeine Zustand des Patienten, wobei daran zu erinnern ist, dass man auch mit einer Niere allein weiter leben kann. 2. der örtliche Zustand: hier spielt die Fistel die grösste Rolle; wenn sie sich in Folge einer Nephrektomie bildet, gibt sie eine imminente Ursache von Gefahren ab, man muss sie möglichst zu vermeiden trachten. Bei 12 Nephrektomien hat TUFFIER kein einziges Mal eine Fistel beobachtet, und bei seinen Untersuchungen über 173 Operationen dieser Art konnte Fistelbildung in nur $2^1/_2$ Perzent festgestellt werden. Ursachen der Fistelbildung können eine chronische Entzündung des die Niere umgebenden Fettlagers, oder der entzündete und erweiterte Urether sein. Das Letztere findet nur dann statt, wenn der Harn in seinem Ablauf gehindert war, und in diesem Falle muss man den ganzen Harnleiter entfernen. TUFFIER schlägt daher eine kombinirte Incision vor, die bei einem und demselben operativen Akte Niere und deren Urether zu exstirpiren gestattet.

* * *

Dr. Jullien (Paris): *Cystotomia et prostatectomia suprapubica.*

JULLIEN und HORTELOUP haben Gelegenheit gehabt, die Ablation der Prostata auf dem Wege oberhalb der Schambein-Symphyse vorzunehmen. Es handelt sich um einen 63 Jahre alten Mann, welcher an hochgradiger Hypertrophie der Prostata litt. Vollständige Dysurie und Albuminurie. Operation vor einem Jahre. Transversale Incision der Blase. Nach Incision und Abhebung der Schleimhäute am Blasenhals wurden durch eine schneidende Pincette die drei stark hypertrophischen Lappen der Prostata exstirpirt. Die dadurch

entstandene Blutung wird durch das Thermokauter gestillt. Partielle Naht der lateralen Schnittenden sowohl der vesicalen als auch der parietalen Incision. Applikation eines Drains. Die örtlichen Folgen waren einfach. Zwei Wochen nach der Operation urinirte der Kranke in natürlicher Weise durch die Urethra. Hierauf verlies er Paris. Es blieb ihm eine kleine Abdominalfistel zurück. Als der Vortragende seinen Operirten mehrere Monate später wieder sah, war die Funktion des Harnapparates, trotz der Persistenz der Fistel, noch vollkommen regulär.

* * *

Prof. Mac Cormac (London): *Blutige Behandlung der Schultergelenksluxationen älteren Datums.*

Der Vortragende hat bei einem Kranken wegen einer drei Monate alten Luxation des Humerus, der überdies zwei geheilte Frakturen aufwies, die Arthrotomie ausgeführt. Drei Wochen später wurde die Operationswunde eitrig, und MAC CORMAC sah sich gezwungen, den Humeruskopf zu reseciren. Seitdem befindet sich Patient auf dem besten Wege der Heilung. In einem zweiten Falle, bei welchem die Luxation 18 Monate alt war, hat Verf. gleichfalls die Resektion des Humeruskopfes vorgenommen; das funktionelle Resultat war auch hier befriedigend. In Fällen von nicht recenten oder recenten und von Frakturen komplicirten Luxationen — so schliesst der Vortragende — sei die Resektion des Humeruskopfes vorzuziehen, weil dieses Operationsverfahren weniger gefährlich, leichter auszuführen ist und die Chancen für die spätere Beweglichkeit des Schultergelenkes steigert.

Prof. Severeanu (Bukarest): In einem Falle von subcoracoïdal-Luxation, bei welchem Traktionsversuche unter der Chloroformnarkose resultatlos blieben, entschloss ich mich die Arthrotomie vorzunehmen, um, wenn möglich, die Reduktion des Humeruskopfes, und, im Falle des Misslingens derselben, die Resektion vorzunehmen. Zu diesem Zwecke führte ich vom Akromialende aus einen 10 *cm* langen Schnitt aus. Das Akromialende wurde durchsägt, und da ich nicht genügend Licht hatte, führte ich vom vorderen Ende des Horizontalschnittes aus einen zweiten vertikalen Schnitt, wodurch ein äusserer Lappen gebildet und das Operationsfeld erweitert wurde. Hierauf incidirte ich die Gelenkskapsel und fand nun, dass sowohl Kopf als auch Pfanne gesund waren und keinerlei Muskelläsion bestanden. Durch Traktionen am Humeruskopfe konnte ich diesen leicht replaciren. Die Operationsfolgen gestalteten sich einfach. Am 30. Tage nach der Operation konnte Patient die Hand an den Mund bringen.

Dr. Polosson (Lyon) empfiehlt ebenfalls das blutige Verfahren (Arthrotomie). Er behandelte nach diesem Verfahren fünf Patienten mit Erfolg. Bei drei Kranken machte er einen einzigen Schnitt (zwischen Deltoïdeus und Pectoralis), um Kapsel und Gelenkshöhle zu entblössen. Nach Zerstörung der bestehenden Adhärenzen konnte er durch Traktionen den Kopf leicht in die Knochenhöhle zurückversetzen. In zwei anderen Fällen war noch ein zweiter transversaler Schnitt nothwendig um den Kopf ganz zu befreien und ihn an seinen Platz zurückzustellen.

* * *

Dr. Ménard (Berck sur Mer): *Desartikulation der Hüfte bei unheilbarer Coxalgie.*

Zweck dieser Operation ist der, Kranken das Leben zu einer Zeit zu erhalten, in welcher nachgewiesen erscheint, dass die Resektion kein günstiges Resultat ergeben hat. Bei zwei Kindern, an denen MÉNARD die Operation vorgenommen hat, eiterte die Hüfte reichlich seit mehreren Jahren trotz mehrfacher chirurgischer Intervention: der Femur war in grosser Ausdehnung von Osteomyelitis ergriffen, der Harn der Kranken enthielt Eiweiss und der Exitus lethalis schien unvermeidlich. In Folge der Desarticulation des Beines, die gut vertragen wurde, reducirte sich die Suppuration auf eine kleine Fistel. Der allgemeine Zustand der Operirten besserte sich bald. Oertlich ist die Heilung gesichert. Es frägt sich nun, ob auch die Albuminurie heilbar ist.

* * *

Dr. Lejars: *Operative Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxationen.*

Der Vortragende ist operativ eingeschritten in einem Falle, wo das Gehen unmöglich war. Der Kranke, 17 Jahre alt, litt an einer kongenitalen Luxation der linken Hüfte; er konnte nur hüpfend sich vorwärts bewegen, und der Schmerz hinderte ihn, sich auf den linken Fuss zu stützen. LEJARS wendete ein gemischtes Verfahren an: lange äussere Incision, Abtrennung der Becken-Trochantermuskulatur nach HOFFA; der luxirte Kopf war abgeplattet, die Gelenkspfanne mit Gewebsneubildung fast vollgefüllt. Der Gelenkskopf wurde abgesägt, der Hals abgerundet und die Pfanne ausgehöhlt, dann die Reduktion vorgenommen. Sutur der abgetrennten Muskeln an das Periost und an das um den Trochanter liegende fibröse Gewebe; Etagennaht der subkutanen Weichtheile, Muskeln und Aponeurosen. Heilung per primam. Nach $1^1/_2$ Monaten stand der Operirte vom Bette auf. Mit Hilfe eines Stockes konnte er gut und ohne Mühe gehen. Die Besserung hat sich seitdem erhalten und von Tag zu Tag wird das Gehen leichter und regelmässiger.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Desinfektion oder Verhütung und Vertreibung ansteckender Krankheiten.

Für Aerzte, Verwaltungsbeamte und Gebildete jedes Berufes.

Dargestellt von **Dr. J. Bornträger,**
Kreisphysikus, Marine-Stabsarzt a. D.

Verlag von H. Hartung & Sohn. Leipzig 1893.

Ein halb populäres, halb wissenschaftliches Werk, das sehr guten Intentionen seinen Ursprung verdankt. Die Begriffe über Zweck und Technik der Desinfektion, über die Grenzen ihrer Wirksamkeit sind bei den gebildeten Laien so unklare und nebelhafte, dass hier Aufklärung dringend Noth thut. In der That versteht es der Verfasser der vorliegenden Broschüre, in sehr drastischer und eindringlicher Weise sein Thema darzulegen. Die Grundbegriffe der Bakteriologie in ihren Beziehungen zu den Infektionskrankheiten werden kurz abgehandelt, ehe BORNTRÄGER zu dem eigentlichem Stoff übergeht. Diesen theilt er in vier Kapitel: Verhütung der Einschleppung pathogener Bakterien, Verhütung der Verbreitung pathogener Bakterien, Verhütung der Ansiedlung pathogener Bakterien und Desinfektion. Alle diese Kapitel sind in recht anerkennenswerther Weise durchgearbeitet. Zum Schlusse knüpft Verfasser Bemerkungen an den bekannten Versuch PETTENKOFER's und gibt eine in manchen Punkten treffende Kritik der gelegentlich der letzten Choleraepidemie getroffenen Massregeln. Auch wichtige Fragen nicht rein medizinischen Charakters werden erörtert, wie z. B. die Frage, wer die Kosten der Desinfektion zu tragen habe etc. Alles in Allem ein lesenswerthes, frisch geschriebenes und gut konzipirtes Buch, das sich Freunde erwerben wird.

Die Krankheiten der ersten Lebenstage.

Von **Dr. Max Runge,**
ord. Prof. der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Göttingen.
Zweite, umgearbeitete und vermehrte Auflage.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Die Lückenhaftigkeit der Kenntnisse, sowie die Zerstreutheit der Literatur in vielen Kapiteln dieses Grenzgebietes zwischen Geburtshilfe und Kinderheilkunde veranlassten den bekannten Verfasser das vorhandene Material zu sichten, kritisch zu beleuchten und in gedrungener Kürze zusammenzustellen. Während in der ersten Auflage nur diejenigen Krankheiten der ersten Lebenstage bearbeitet erscheinen, bei welchen die vorliegende Literatur das Bedürfniss einer zusammenhängenden Darstellung erkennen liess und Verfasser vorhandene Lücken durch eigene Beobachtungen und praktische Erfahrungen ergänzen zu können glaubte, hat derselbe in der zweiten Auflage den Kreis erweitert und fast sämmtliche Krankheiten,

welche von dem Uebergange aus dem fötalen in das extrauterine Leben ihre Entstehung herleiten, oder sonst den Neugeborenen eigenthümlich sind, bearbeitet und so ein Werk geschaffen, das unseres Wissens einzig in seiner Art ist. *M. E.*

Zeitungsschau.

Aus der Prof. Magnus'schen Augenklinik in Breslau.

Dr. A. Reche: Die diagnostische Bedeutung der Pupillenungleichheit. (Deutsche mediz. Wochenschrift. Nr. 13, 1893.)

Pupillenungleichheit, wenn sie ohne ersichtlichen Grund auftritt, galt bisher als ein sehr schlimmes prognostisches Zeichen für das Centralnervensystem des damit Behafteten.

Nun machte Herr Prof. Magnus schon vor einer Reihe von Jahren die Bemerkung, dass Differenzen in der Weite beider Pupillen viel häufiger sind als man gewöhnlich annimmt. Er beschloss daher, über jene Frage Material zu sammeln, und so wurde in seiner Klinik seit dem Jahre 1888 jeder Fall von ungleicher Pupillenweite notirt. Diese Fälle hat Verf. jetzt zusammengestellt und untersucht, ob und welche Gründe dafür aufzufinden sind.

In der Zeit vom 1. Januar 1888 bis zum 1. April 1892 wurden 14.392 Augenpatienten behandelt. Unter diesen wurde 256 mal Pupillenungleichheit notirt. Hierbei war von Glaukom und allen entzündlichen Zuständen abgesehen. Verf. schied von jenen 256 Fällen noch alle diejenigen aus, welche kombinirt waren mit Tabes, allgemeiner Paralyse, Supraorbitalneuralgie, Hemikranie, Atrophia optici, Netzhautablösung, Lähmung äusserer Augenmuskeln, Ptosis, Accomodationslähmung, Synechieen oder auch nur vorhergegangener Iritis, sowie alle Fälle, in welchen die Pupillen auf Licht oder Accomodation gar nicht oder verlangsamt reagirten. Hierauf blieben 143 «reine» Fälle für meine Untersuchungen übrig. Das sind 1·0% der Behandelten. Davon kommen 85 auf das männliche und 58 auf das weibliche Geschlecht. Die Zahl der männlichen Patienten überhaupt war in diesen Jahren etwas kleiner als die der weiblichen. Pupillenungleichheit wurde also beim männlichen Geschlecht in einem bedeutend höheren Perzentverhältniss beobachtet als beim weiblichen. Die rechte Pupille war in unseren Fällen 67 mal weiter als die andere, die linke 76 mal. Die Differenz der Pupillengrösse betrug bei den einzelnen Individuen 0·5 bis 3 *mm*. Es waren alle Lebensalter vertreten.

Der Uebersichtlichkeit wegen hat Verf. die Fälle nach ihrem Grundleiden in Gruppen geordnet. Fast bei jeder Statistik muss man dem Material einigen Zwang anthun, weil sich nicht Alles ohne weiteres in eine beschränkte Anzahl von Rubriken fügt. Hier hatte ich vor Allem die Schwierigkeit, dass in vielen Fällen mehrere Anomalien der Augen zugleich angegeben waren. Verf. konnte nun jeden derartigen Fall entweder unter jeder der in Betracht kommenden Rubriken aufführen oder nur unter einer derselben. Erstere Methode gibt sicher kein richtiges Bild, letztere eigentlich auch nicht, aber doch schien sie Verf. vorzuziehen zu sein. Gewöhnlich nämlich war das eine Leiden doppelseitig, das andere aber nur einseitig, z. B. beiderseits der gleiche Grad von Myopie und auf einem Auge Hornhautflecke. Den beiderseitigen Fehler wird man nicht gut für die Pupillendifferenz verantwortlich machen können, wenn ausserdem noch ein einseitiger besteht. Deshalb rechnete Verf. diese Fälle nur zu der auf dem einen Auge vorhandenen Anomalie, also im obigen Beispiele zu den Hornhautflecken. Waren aber mehrere einseitige Abnormitäten vorhanden, so rechnete Verf. den Fall zu der am meisten ausgeprägten.

Es fand sich nun Pupillenungleichheit bei beiderseits gleichgradiger Myopie (ohne anderes Leiden) 11 mal, bei gleichgradiger Hyperopie 62 mal, bei gleicher Presbyopie mit Emmetropie 4 mal. Bei verschiedengradiger Myopie (resp. einerseits Myopie, andererseits Emmetropie) war in dem kurzsichtigeren Auge die Pupille weiter 15 mal, enger 9 mal. Bei ungleicher (bezw. einseitiger) Hyperopie war in dem übersichtigeren Auge die Pupille weiter 12 mal, enger 10 mal. In zwei Fällen von einseitigem Astigmatismus hyperopicus und einem Fall von einseitigem Astigmatismus mixtus war die Pupille des betreffenden Auges weiter; bei einseitigem Astigmatismus myopicus war sie dreimal weiter und einmal enger. Bei Kataract war in dem befallenen oder stärker befallenen Auge die Pupille siebenmal weiter, nie enger, bei Trübungen der Cornea fünfmal weiter, nie enger, ebenso bei Glaskörpertrübungen nur weiter in zwei Fällen. Bei Veränderungen an der Macula lutea und dadurch bedingter Sehschwäche war die Pupille in drei Fällen weiter, bei Sehschwäche ohne Befund (Amblyopia strabotica etc.) 11 mal weiter und siebenmal enger, bei Lagophthalmus congenitus in einem Falle weiter. Bei einem Patienten war die Differenz, welche jetzt 3 *mm* betrug, nach Angabe der Angehörigen von Geburt an bemerkt worden.

In dieser Zusammenstellung fällt zunächst auf, dass die beiderseits gleiche Hyperopie die grösste Anzahl von Anisokorieen liefert. Sollte nun die Hyperopie, wenn sie auf beiden Augen in demselben Grade vorhanden ist, besonders zu verschiedener Pupillenweite disponiren? Gewiss nicht, sondern der Grund ist offenbar ganz einfach der, dass Hyperopie die häufigste Anomalie der Augen ist, welche die Patienten in die Klinik führt, wie Hyperopie überhaupt wohl der häufigste Brechungszustand ist. Wäre Emmetropie der häufigste Refraktionszustand, so würde sich jedenfalls bei dieser die Anisokorie absolut am häufigsten finden. Nun gibt es aber, wenn man die Sache mathematisch genau nimmt, überhaupt keinen Emmetropen, und selbst wenn man den Begriff weniger genau auffasst, so sind diejenigen Augen, welche man noch zur Emmetropie rechnen könnte, äusserst selten; jedenfalls aber kommt Emmetropie als solche nicht zur klinischen Behandlung.

Addiren wir nun zu diesen 62 Fällen von beiderseitiger Hyperopie die 11 Fälle von gleicher Myopie, 4 Fälle von gleicher Presbyopie und den einen angeborenen Fall, so bekommen wir 78 Fälle von Anisokorie, bei welchen sonst keinerlei Unterschied zwischen beiden Augen zu finden war. Dies ist über die Hälfte der gesammten «reinen» Fälle. Hieraus geht hervor, dass Pupillendifferenzen sehr häufig ohne irgend eine auffindbare Ursache vorkommen.

Bei Anisometropie hatte Verf. eigentlich erwartet, dass in der Regel das stärker brechende Auge die weitere Pupille haben würde, da Myopen in der Regel weite, Hyperopen enge Pupillen haben. Bei der Myopie schien sich auch Verf. Annahme zu bestätigen, indem das kurzsichtigere Auge 15 mal eine weitere und nur 9 mal eine engere Pupille hatte; bei der Hyperopie aber stellte sich im Gegentheil heraus, dass die Pupille des weitsichtigeren Auges 12 mal weiter und 10 mal enger war. Damit wäre Verf. Ansicht widerlegt, und es scheint Verf. hierbei ein anderer Gesichtspunkt massgebend zu sein. Es war nämlich, wie ersichtlich, bei der Myopie wie Hyperopie meistens die Pupille desjenigen Auges weiter, welches die grösste Ametropie hatte. Und diesen Umstand möchte Verf. darauf zurückführen, dass das ametropischere Auge (ohne Korrektionsglas) das schwachsichtigere ist. Diese wenigen Fälle von Anisometropie würden allein noch nicht viel beweisen, aber wir sehen auch, dass die schwachsichtigeren Augen der übrigen Rubriken in der Regel die weitere Pupille haben, nämlich bei 6 Fällen von einseitigem Astigmatismus 5 mal das astigmatische Auge, bei den 7 Fällen von Cataract, den 5 Fällen von Cornealflecken, den 2 Fällen von Glaskörpertrübung und den 3 Fällen von Veränderungen an der Macula lutea ausnahmslos das stärker oder allein betroffene Auge, ferner bei 18 Fällen von Amblyopie ohne Befund 11 mal das sehschwächere Auge.

Eine ganz exakte Erklärung für diese Erkrankung zu finden, bietet grosse Schwierigkeiten. Verf. möchte annehmen, dass das schwachsichtigere Auge durch irgend einen Reflexvorgang dem Lichte eine grössere Eingangspforte öffnen will und deshalb die Pupille erweitert. Einen bestimmten Reflexbogen hierfür könnte Verf. allerdings nicht angeben, doch ist in der Centralnerven-Physiologie unsere Kenntniss bis auf so komplizirte Vorgänge ja überhaupt noch nicht vorgedrungen.

Für die Fälle, wo bei sonst beiderseits gleichen Verhältnissen die Pupillendifferenz besteht, liesse sich wohl kein anderer Grund annehmen, als dass in dem einen Auge der Sphincter stärker entwickelt ist, was wohl denkbar ist, da ja auch sonst am Körper symmetrische Gliedmassen oft etwas verschieden stark entwickelt

sind. Am Auge fallen in Folge der kleinen Dimensionen und scharfen Abgrenzung der einzelnen Theile kleine Unterschiede — besonders, wenn man darauf achtet — leichter auf, als an anderen Körpertheilen. Wie erwähnt, war häufiger die rechte Pupille die engere als die linke (76 : 67). Dies könnte damit in Zusammenhang gebracht werden, dass die rechte Körperseite überhaupt gewöhnlich stärker ausgebildet ist, als die linke. Doch wäre an diesen Zusammenhang nur zu denken, wenn man das Uebergewicht der rechten Seite für etwas Primäres hält. Verf. selbst aber hatte die Ueberzeugung, dass es nur auf Erziehung beruht, und liesse sich ein solcher Einfluss auf die Augen kaum denken. Im übrigen können Verf. Zahlen von 76 : 67 noch nicht als beweisend angesehen werden, da sie viel zu klein sind, um vom Zufall unabhängig zu sein. Ueberhaupt müsste, um weitere Aufklärungen über die Anisokorie zu erhalten, ein ungeheueres Material dazu verwerthet werden. Zu dieser Mühe aber würde das jedes praktischen Werthes entbehrende Resultat in gar keinem Verhältniss stehen. Für die Praxis genügt es jedenfalls, nachgewiesen zu haben, dass der Anisokorie im allgemeinen gar keine Bedeutung beizulegen ist.

Touchard (Paris): **Zwei Fälle von Amnesie nach Eklampsie.** (Bulletins et Mémoires de la société obstétricale et gynécologique de Paris 1892. Allgemeine Medizinische Central-ZeitungNr. 24, 1893.)

Beobachtung I. Eine 20jährige Frau, welche im sechsten Monat schwanger war, erkrankt ziemlich plötzlich an heftigen Kopfschmerzen, denen nach zwei Tagen schnell aufeinanderfolgende eklamptische Anfälle (etwa 30 an der Zahl) sich hinzugesellen, so dass sie sofort in tiefes Koma versinkt. In diesem Zustand wird sie (3 Tage nach Beginn der Kopfschmerzen) in die Maternité de Lariboisère eingeliefert. Unter Chloral- und Chloroformbehandlung bessert sich in 24 Stunden der Zustand ganz erheblich. Wehen treten nicht auf. Nach vier weiteren Tagen ist die Kranke fast als geheilt anzusehen. Sie ist völlig bei Verstand und antwortet auf jede Frage ganz vernünftig. Auffallend an ihr ist nur ein Defekt in ihrem Gedächtniss, welcher sich auf eine ganz bestimmte Zone bezieht.

So kann sie sich der Strasse ihrer Wohnung, der Nummer des Hauses, der Einrichtung und Lage ihrer Zimmer, ihrer Nachbarn, des Portiers, ihrer Lieferanten absolut nicht entsinnen. In gleicher Weise entsinnt sie sich nicht mehr der Einzelheiten ihrer Verheiratung, ob dieselbe vor ein oder drei Jahren und an welchem Tage sie war, ist ihr entfallen. Dagegen weiss sie mit grosser Genauigkeit Daten aus ihrer Kindheit anzugeben, ebenso weiss sie bis in Einzelheiten hinein sich der Vorkommnisse und Personen vom zweiten Tage ihres Krankenhausaufenthaltes an zu errinnern. Andererseits weiss sie nichts mehr von Thatsachen, welche unzweifelhaft einen grossen Eindruck auf sie gemacht haben, so z. B. von einem Gange zur Hebamme acht Tage vor ihrer Erkrankung u. s. w. Die Kranke wurde dann entlassen und kam $1^1/_2$ Monate später an einem todten Kinde nieder. Zwei Monate später sah TOUCHARD sie noch einmal, aber der Gedächtnissdefekt über die angegebenen Gegenstände bestand noch immer.

Beobachtung II. Hier traten bei einer am normalen Ende ihrer neunten Schwangerschaft stehenden 45jährigen Frau plötzlich profuse Blutung und wiederholte Ohnmachten auf. Sie wurde von einem Arzt tamponirt und in die Maternité geschickt. Hier erfolgte nach $1^1/_2$ Stunden die normale und leichte Entbindung eines todten Kindes. Während dieses Vorganges war die Kreissende vollständig klar und antwortete vernünftig. Eine Stunde nach beendeter Entbindung traten ganz unvermittelt Gehör- und Gesichtshallucinationen auf, denen sich mehrere heftige typische eklamptische Anfälle (mit Bewusstseinsverlust und Albuminurie) anschlossen. Nach drei Tagen war jedoch völlige Gesundheit mit Ausnahme der gleich zu schildernden Gedächtnislücke eingetreten. Während nämlich die Wöchnerin im übrigen sich aller Thatsachen in ihrem Leben gut erinnert, ist sie nicht imstande, sich der Aufnahme in das Krankenhaus, des Vorganges ihrer Entbindung, ja selbst der vorherigen Behandlung durch den Arzt zu Hause zu entsinnen. Dass sie jetzt schlanker ist als vorher, sieht und fühlt sie allerdings; wie dies aber vor sich gegangen, dafür hat sie keine Erklärung. Und doch war sie während der Zeit, in welcher die ihr jetzt entfallenen Vorgänge sich abgespielt hatten, durchaus bei klarer Besinnung gewesen. Auch bei ihrer Entlassung hielt der Gedächtnissdefekt unvermindert an.

In beiden Fällen war von einer nervösen oder hysterischen Veranlangung keine Rede.

Zur Erklärung dieses ziemlich seltenen und auffallenden partiellen Gedächtnissverlustes führt Verfasser als Analoga die nach Opium-, Quecksilber-, Blei- und Arsenikvergiftung gemachten Beobachtungen an. Die Eklampsie sei eben auch als eine — auf verminderter Ausscheidung der Stoffwechselprodukte beruhende — Vergiftung anzusehen. Hierdurch seien gewisse Hirnpartien, die der Sitz einer bestimmten Gedächtnisszone seien, zerstört.

Brown-Séquard und D'Arsonval (Paris): **Anhaltspunkte zur Anwendung des succus testicularis.** (Arch. de Physiol. und Bulletin Médical 1893, Nr. 18.)

Die beiden Verfasser geben folgende präcise Belehrungen für eine erfolgreiche Anwendung des Testikelsaftes:

1. Die Flüssigkeit muss subkutan angewendet werden.

2. Die Spermaflüssigkeit darf nicht als solche injicirt werden, dies würde heftige Schmerzen an der Injektionsstelle hervorrufen und könnte eine Lymphangoitis veranlassen. Man muss die PRAVATZ'sche Spritze zur Hälfte mit destillirtem Wasser füllen, das frisch bereitet und kalt sein soll; dann wird die Spritze mit der organischen Flüssigkeit vollgefüllt.

3. Sämmtliche Gefässe, sowie die Spritze, die Canüle, die Haut des Patienten und die Finger des Operateurs müssen vor und nach jeder Injektion sorgfältig mit Karbolwasser (2 : 1000) gewaschen werden.

4. Die Injektionen (für jede Einspritzung mindestens 2 *gr* der diluirten Flüssigkeit) müssen alle Tage vorgenommen werden. Man kann im Allgemeinen die Dosis, ohne irgend welchen Nachtheil, bis zu 5, 6 und selbst 8 *gr* steigern; diese Menge ist jedoch nur äusserst selten von Nutzen oder gar nothwendig. Wenn der Arzt nicht täglich eine Injektion machen kann, so soll er wenigstens 2 Mal in der Woche und dann 4—8 *gr* der verdünnten Flüssigkeit und zwar in mehreren Reprisen injiciren. Gegen Ataxie soll die Dosis 3, 4 oder 5 *gr* täglich betragen.

5. Die Injektion soll vorzugsweise am Abdomen, zwischen den Schulterblättern oder in der Glutealgegend gemacht werden. Nachdem man eine Hautfalte gefasst, muss die Kanüle seiner ganzen Länge nach unter die Haut und fast in paralleler Richtung zur Oberfläche eingeführt werden.

6. Da eine günstige Wirkung sich erst nach einer zwei- bis dreiwöchentlichen Behandlung zeigen kann, so darf man mit den Injektionen vor wenigstens drei Wochen nicht aufhören, wofern diese Wirkung noch nicht aufgetreten ist.

7. Es gibt eine Anzahl von Affektionen, bei welchen die Behandlung fortgesetzt werden muss, ohne dass es möglich wäre, die Grenzen im Voraus zu bestimmen. Das ist der Fall bei der Lungentuberkulose, beim Krebs, bei der Addison'schen und Parkinson'schen Krankheit, bei der Lepra etc. Die Hinter- oder Seitenstrangsklerose, die Myelitis, die fibrösen Tumoren des Uterus etc. beanspruchen eine Behandlung von wenigstens zwei oder drei Monaten. Selbstredend müssen die Injektionen gegen die Altersschwäche bis zum Tode fortgesetzt werden.

8. Die Flasche mit der Injektionsflüssigkeit muss sorgfältig verschlossen und an einem kühlen Orte aufbewahrt werden. Wasser darf niemals in die Flasche hineinkommen. Man wird von einem weiteren Gebrauch der Flüssigkeit aus der Flasche absehen, sobald sie sich merklich trüb zeigt.

9. Ist die Injektion schmerzhaft, dann wird man die Flüssigkeit mit etwas mehr Wasser verdünnen. *A. d. T.*

Dr. v. Noorden (Berlin): **Ueber den Verlauf des akuten Gelenkrheumatismus in Schwangerschaft und Wochenbett.** (Charité-Annalen. — Centralbl. f. klin Medizin Nr. 15, 1893).

Verfasser hat im Verlaufe von drei Jahren 11 Fälle von Schwangeren beobachtet, die an akutem Gelenkrheumatismus erkrankten; er gewann dabei die Ueberzeugung, dass Gravidität und Puerperium der Polyarthritis einen besonderen Stempel aufprägen und ihre Abheilung erschweren. In allen Fällen hatte die Polyarthritis vor dem Ausgange der Schwangerschaft begonnen. Statt dass unter der üblichen Behandlung die Erkrankung der zunächst befallenen Gelenke nach Tagen oder wenigen Wochen zurückging oder — wie dies bei länger sich hinziehenden Rheumatismen die Regel — schubweise neue Gelenke befallen wurden, andere zur Norm zurückkehrten, statt dass die Gelenke nach Ablauf der Erkrankung ihre Gebrauchsfähigkeit wieder erlangten, findet hier diese Entwicklung nur vereinzelt statt. In einzelnen meist grossen Gelenken (besonders Knie) oder in einem ganzen Komplex von benachbarten Gelenken (Hände), wo schon von den ersten Tagen an die Erkrankung mit besonderer Heftigkeit aufgetreten war, blieb die Entzündung bestehen und trotzte der Behandlung mit den verschiedensten Mitteln. Nur durch Einwicklung und Fixirung der Gelenke liess sich dann häufig, nicht regelmässig, eine Verminderung der Schmerzen und auch eine Abnahme der Schwellung erreichen. Dann stand der Heilungsprozess lange Zeit still; Wochen und Monate vergingen, ohne dass Schwellung und Schmerzen nachliessen; durch Massageversuche wurden die Symptome nur verschlimmert. Inzwischen traten in den meisten Fällen wieder neue leichtere Attacken von Erkrankung anderer Gelenke auf, welche aber stets durch Antirheumatica im Zaum gehalten werden konnten. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen war es dann in fast allen Fällen zu Steifigkeit des lang erkrankten Gelenkes gekommen, welche zum Theil allerdings durch die langdauernde Fixirung veranlasst war, zum Theil aber auf geweblichen Veränderungen in den Gelenken und ihrer Umgebung beruhte. — Therapeutisch wurden dieselben Präparate und Dosen in Anwendung gebracht wie bei sonstigen Fällen von Gelenkrheumatismus, nur fand das salicylsaure Natron eine vorsichtige Verwendung. Trotzdem verliefen von den 11 Fällen von Schwangeren nur 2 glatt und 9 in der oben geschilderten Weise, während von 90 anderen in der gleichen Zeit an Gelenkrheumatismus behandelten Frauen 83 nach kurzer Zeit ohne Residuen genasen und nur in 7 Fällen Komplikationen beobachtet wurden. Diese Statistik beweist wohl mit Deutlichkeit die hohe Bedeutung der Schwangerschaft und des Wochenbettes für den Verlauf der Polyarthritis acuta.

M. Warszawski (Warschau): **Haematoma vulvae et vaginae Morbus maculosus Werlhofii.** (Gazeta Lekarska 41, 1892.)

Bei der im 11. Tage des Wochenbettes befindlichen Patientin trat eine Stunde nach einer wegen heftigen Leibschmerzen ausgeführten Gebärmutterausspülung im Momente unter Erscheinungen akuter Anämie eine kolossale Anschwellung des Perineum und der rechten Schamlippe auf, welche bedeutende Störungen in der Urinentleerung und in der Defäkation nach sich zog. Die Untersuchung ergab Endometritis puerperalis et hämatom vulvae et vaginea post partum. Das Auftreten dieser Hämatome zu einer ungewöhnlichen Zeit, in einer späteren Periode des Wochenbettes klärte sich erst auf, als die Patientin 3 Wochen, nachdem sie das Spital von dieser Affektion geheilt verlassen hatte, sich wieder daselbst im Zustande hochgradiger, akuter Anämie, in Folge starker Metrorchagie meldete und die Untersuchung ein voltständig entwickeltes Bild des typischen Morbus maculosus Werlhofi zeigte.

Tamponade, Secale u. s. w. konnten die Blutung nicht zum Stillstande bringen und erst mit Hilfe von Hydrastinum muriat. in Pillen ãã 0025, 3 Mal täglich gereicht, konnte vollständige Heilung erreicht werden. *Sp.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Der neue Steuergesetzentwurf und die Besteuerung der Aerzte.

Petition der österr. Gesellschaft für Gesundheitspflege betreffend den dem Abgeordnetenhause vorgelegten Steuergesetzentwurf.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Einführung einer progressiven Personaleinkommensteuer im Interesse der gerechten Vertheilung der Steuerlast allseits willkommen geheissen werden muss.

Um so bedauerlicher wäre es, wenn durch irgend eine Vorschrift in der Anwendung dieses Besteuerungsprinzipes das Wohlwollen, welches jeder gerecht Urtheilende demselben entgegenbringt, schon von vorneherein zerstört würde.

Eine solche Vorschrift ist jene des § 249 des Gesetzentwurfes betreffend die direkten Personalsteuern, welcher bestimmt, dass das Einkommen mindestens mit dem in der Tabelle F festgesetzten Vielfachen in Anschlag zu bringen ist.

Indem sich die erfurchtsvoll unterzeichnete Oesterr. Gesellschaft für Gesundheitspflege, in Ausführung des in ihrer Vollversammlung vom 29. November 1892 gefassten Beschlusses, die Freiheit nimmt, die schweren Bedenken, welche die Bestimmung des § 249 wachruft, zum Ausdruck zu bringen, muss sie vor Allem darauf hinweisen, dass die Tabelle F, welche angibt, mit welchem Vielfachen des Wohnungsaufwandes das steuerpflichtige Einkommen mindestens anzunehmen sein wird, unrichtig ist. Sie ist es, weil sie blos auf Schätzung beruht. Mit dem Grundsatze der Gerechtigkeit ist es aber ganz und gar unvereinbar, dass die Grundlage einer für die Steuerträger so tief einschneidenden Massregel eine schätzungsweise konstruirte Stufenleiter bilde, dazu bedürfte es genauer, unanfechtbarer und unzweifelhaft feststehender Verhältnisszahlen.

Solche könnten nur im Wege einer umfassenden Statistik über die Grösse des individuellen Einkommens erlangt werden. Eine derartige Statistik ist aber dermalen nicht vorhanden und es muss bezweifelt werden, ob sie überhaupt praktisch durchführbar wäre. Es ist allerdings unbestreitbar, dass bei grösserem Einkommen zumeist auch ein grösserer Wohnungsaufwand zu konstatiren sein wird, allein ganz und gar irrig wäre es, durch einfache Multiplikation das Einkommen ermitteln zu wollen. Einem blossen Versuche, durch Schätzung geeignete Verhältnisszahlen zu ermitteln, soll aber nicht eine so gewichtige Rolle zugeschoben werden, wie dies der § 249 beabsichtigt.

Die Tabelle F ist aber nicht blos unrichtig (und, wie dargethan, kann es eine richtige gar nicht geben) sie ist auch ungerecht und unbillig, weil sie auf die Verschiedenartigkeit der Verhältnisse nicht Rücksicht nimmt und die starren Zahlen eine solche Rücksichtnahme auch gar nicht zulassen.

Es gibt viele vermögende Leute, die aus Gründen verschiedener Natur einen verhältnissmässig geringen Wohnungsaufwand haben, und umgekehrt Leute, welche den Kampf ums Dasein bis zur Erschöpfung führen und wegen grosser Zahl der beisammen wohnenden Familienglieder, oder mit Rücksicht auf den Beruf, oder aus anderen unabwendbaren Gründen einen im Verhältniss zu ihrem Einkommen grossen Wohnungsaufwand haben m ü s s e n.

Dass die Tabelle auch hart ist, bedarf sonach keiner weiteren Ausführung. Diese Härte wird auch nicht beseitigt durch die Worte «in der Regel», welche an der Spitze des Al. 2 des § 249 stehen, da schon durch Al. 3 desselben Paragraphen obige Abschwächung so gut wie beseitigt wird, denn wer die einschlägigen Verhältnisse kennt, wird nicht einen Augenblick bezweifeln, dass in der Praxis sich zur vornehmsten Aufgabe der Kommissionen die Multiplikation des Wohnungszinses mit dem Faktor aus der Tabelle F herausbilden wird und bei der Massenhaftigkeit der Steuerbemessungen die Anführung jener «speziellen Gründe» welche ein Herabgehen unter das berechnete Vielfache bewirken, nur ausnahmsweise und in verschwindend wenigen Fällen Platz greifen dürfte.

Die Tabelle an und für sich, auch wenn sie wirklich richtig und nicht ungerecht und nicht hart wäre, würde in jedem Falle schon deshalb höchst bedenklich sein, weil sie geeignet ist, die Bemessungsorgane von der eigentlichen Ermittlung des faktischen Einkommens abzulenken und zur bequemeren Festsetzung im Wege

der Multiplikation hin zu drängen, was um so bedauerlicher wäre, als damit auch die Frage, ob ein Einkommen das steuerfreie Existenz-Minimum von 600 fl. übersteigt oder nicht, resp. ob der Betreffende noch einkommensteuerfrei zu bleiben hat, von dem Resultate dieser Rechnungsoperation abhängig gemacht erscheint.

Nicht zu übersehen ist, dass eine derartige Vorschrift, wie die des § 249 die ohnehin ungünstige Lage der Eigenthümer von Miethhäusern wesentlich verschlechtern müsste, wodurch aber das Steuerärar in erster Linie in Mitleidenschaft gezogen würde, nachdem die Hausbesitzer in Oesterreich die höchstbesteuerte Klasse von Steuerträgern bilden.

Auch die Baugewerbe würden in eine noch trostlosere Lage gebracht als in der sie sich schon jetzt befinden, denn wo das Wohnungsbedürfniss so gewaltsam herabgedrückt wird, ist ein Aufschwung auf baugewerblichem Gebiete nicht denkbar.

Wie sehr aber der Staat auf diese Weise seine eigenen Steuerquellen verringern würde, ist ohne weiters einleuchtend.

Wenngleich die bisher angedeuteten Gründe an und für sich schon genügenden Anlass zur Beseitigung des § 249 bieten dürften, so möchte die ehrfurchtsvoll gefertigte österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege doch nicht das Hauptgewicht auf dieselben legen, denn noch ungleich wichtiger erscheinen ihr die Rücksichten auf die Hygiene, welche im Nachfolgenden kurz besprochen werden sollen.

Die Wohnungshygiene, dieser allerwichtigste Theil der Gesundheitspflege, stellt die Forderung nach einem möglichst grossen Luftraum für jeden Bewohner als oberstes Postulat auf, während der § 249 der Regierungsvorlage gewaltsam gerade das Gegentheil herbeiführen würde, was um so bedauerlicher wäre, als in Oesterreich der Sinn für gesundes Wohnen ohnehin nur wenig entwickelt ist.

Nach der vom Wiener Magistrat geführten Statistik betrug die Bewohnungsdichtigkeit in Wien im Jahre 1868 1·51 pro Wohnungspièce, diese Zahl verbesserte sich in den darauffolgenden Jahren bis 1880, also in der Zeit lebhafterer Bauthätigkeit auf 1·37 und sank weiters in dem nächsten Jahrzehnt (bis 1890) auf 1·34.

Mit dem Fortschritt zum Besseren wird es bei Inslebentreten des § 249 vorbei sein; die umgekehrte Gestaltung wird sich unausbleiblich einstellen, ja es ist höchst bezeichnend, dass bereits dermalen die Schatten des § 249 sich herabzusenken beginnen, indem nach glaubwürdigen Mittheilungen sich Viele aus Furcht vor jener Bestimmung des Gesetzentwurfes schon jetzt in ihrem Wohnungsbedürfnisse einzuschränken suchen.

Und was von Wien gilt, wird gewiss gleicherweise auch in anderen Städten verhältnissmässig der Fall sein.

Man wird der Nachfrage entsprechend nur kleinere Wohnungen bauen, diese werden verhältnissmässig überfüllt sein, und dabei werden die Morbiditätsverhältnisse immer trostloser werden. Wie traurig die Folgen von langsam, aber stetig wirkenden Ursachen ähnlicher Art sind, davon können noch jetzt in manchen Gegenden, obgleich die «Fenstersteuer» schon seit so langer Zeit abgeschafft ist, die Landärzte erzählen.

In allen Ländern bemüht man sich die Bauordnungen in hygienischer Richtung zu verbessern und erst kürzlich wurden auch vom k. k. obersten Sanitätsrathe diesbezügliche Normativbestimmungen berathen und festgestellt.

Die wichtigste Vorschrift in allen diesen Entwürfen bildet die Forderung nach einem entsprechend grossen Luftraum für jeden Bewohner. Nie und nimmer werden diese Bestrebungen den gewünschten Erfolg haben können, wenn der § 249 Gesetzeskraft erlangen sollte, und deshalb schon darf man sich der sicheren Erwartung hingeben, dass die Sanitätsverwaltung ihren Einfluss geltend machen werde, damit nicht aus blos fiscalischen Gründen eine Gesetzbestimmung ins Leben trete, welche die von Wissenschaft und Erfahrung dringendst begehrten gesundheitlichen Vorschriften unmöglich machen würde.

Erwägt man, dass gesundes Wohnen nicht blos dem Bewohner selbst, sondern der Gesammtheit zu statten kommt, so drängt sich der Gedanke auf, dass der Staat, der doch diese Gesammtheit bildet, eher Grund hätte, durch alle möglichen Mittel den Sinn der Bevölkerung für grosse, luftige, schöne Wohnungen zu heben und solche Tendenzen zu erleichtern und wirksam zu fördern, nicht aber sie zu ersticken in einer Weise, wie sie zwingender gar nicht gedacht werden kann. Ein Irrthum wäre es zu glauben, dass nur Diejenigen, welche aus Furcht vor der Anwendung des § 249 ihr Wohnungsbedürfniss einschränken, darunter zu leiden haben werden. Die schädlichen Folgen werden die Gesammtheit, Reiche wie Arme, treffen.

Es ist noch nicht lange her, dass auch Oesterreich mit Aufgebot von grossen Opfern den Einzug einer furchtbaren Seuche zu verhindern bemüht war, und allgemein wird befürchtet, dass die Epidemie, die augenblicklich erloschen scheint, wieder ausbrechen könnte. Deshalb soll eine internationale Sanitätskonferenz zur gemeinsamen Berathung der gegen die Seuche zu treffenden Vorkehrungen abgehalten werden. Die Anregung zu dieser Konferenz ist von Oesterreich ausgegangen und dasselbe Oesterreich sollte zu gleicher Zeit eine gesetzliche Bestimmung treffen, welche geeignet ist, im Innern des Landes Seuchenherde zu vermehren und zu züchten?

Die Geschichte der Epidemien lehrt uns, welche Folgen ungesunde Wohnungen und übervölkerte Häuser nach sich ziehen und dass diese Lehren niemals ohne Schaden unbeachtet bleiben. So traurig nun auch die Verheerungen der Seuchen sind, noch übertroffen werden sie von den fortdauernd wirkenden Krankheiten.

Nach den statistischen Aufzeichnungen fordert im Jahresdurchschnitt die Lungentuberkulose allein mehr Opfer, als jede der gefürchtesten Seuchen.

Der Unterschied ist nur der, dass, während die besagten Epidemien zeitweilig auftreten und in verhältnissmässig kurzer Zeit decimiren, die Wirkung der Krankheiten der Athmungsorgane sich auf das ganze Jahr vertheilt, wozu noch kommt, dass dasjenige, was täglich vor sich geht, uns nicht mehr so auffällig erscheint und im Wege der Gewöhnung nicht mehr so sehr beachtet zu werden pflegt.

Die traurigen Wirkungen werden aber damit nicht beseitigt. Gegen diese Krankheiten gibt es bislang keine staatlichen Absperrungs- und Isolirungsmassregeln. Das Einzige, was Wissenschaft und Erfahrung dem Staate an die Hand gibt, hier helfend einzugreifen, wäre Förderung der öffentlichen und privaten Gesundheitspflege, insbesondere aber der Wohnungshygiene. Dass § 249 der Letzteren schnurstracks zuwiderläuft, wurde bereits dargethan.

Die Landwirthschaft hat längst erkannt, welchen Werth gesunde Stallungen haben, und wie reichlich diesbetreffende Investitionen sich alsbald lohnen.

Gäbe es einen «Marktwerth» des Menschen ähnlich wie beim Nutzvieh, so würde es überhaupt in vielen Richtungen mit der Hygiene besser stehen.

Deshalb aber, weil der Verkehrswerth des Menschen sich nicht so einfach in Ziffern ausdrücken lässt, wie beim Vieh, die national-ökonomische Bedeutung zu unterschätzen, ist ein arger Fehler, der die traurigsten Folgen nach sich zieht. Welche Schäden die Krankheiten dem Volkswohle zufügen, dürfte ermessen werden, wenn man bedenkt, dass nach Berechnung des bekannten National-Oekonomen Dr. ENGEL der Kostenwerth eines zwanzigjährigen mit dem 15. Jahre wirthschaftlich selbstständigen Jünglings von niederster Bildung mit 6078·78 Mark zu beziffern ist. Was für Deutschland gilt, dürfte gleicher Weise auch für Oesterreich Geltung haben, und es ist klar, dass ein Theil dieses Aufwandes der Gesammtheit zur Last fällt.

Der Staat, der zur Hintanhaltung von Thierseuchen aus Rücksichten der Oekonomie Gesetze erlässt, kann die beredte Sprache der Ziffern, wenn es sich um den Menschen handelt, unmöglich unberücksichtigt lassen.

In Wien und anderen Städten besteht der Brauch, im Sommer, woferne es die Vermögensverhältnisse zulassen, aufs Land zu ziehen. Diese Gepflogenheit beruht auf gesundheitlichen Rücksichten. Der Städter, der in der Lage ist, eine Sommerwohnung zu halten, die Grossstadt, die schon HUFELAND ein «Massengrab der Menschen» nennt, auf einige Zeit zu verlassen, fördert seine und seiner Familienmitglieder Gesundheit und thut dies, wenn auch nicht immer über speziellen ärztlichen Rath, so doch in selbst geschöpfter Er-

kenntniss der sanitären Vortheile namentlich für die heranwachsende Jugend, welche so dringend darauf angewiesen ist, die durch den Aufenthalt in der Stadt und den Schulbesuch bedingten hygienischen Nachtheile zu paralysiren. Aermeren Kindern wird diese Wohlthat erfreulicherweise in von Jahr zu Jahr steigendem Masse durch Vermittlung der «Ferienkolonien» zugeführt.

Die materiellen Opfer, die die Sommerwohnung erheischt, stellen sich als heilsame Investitionen dar, welche jedes Gemeinwesen aufs Thunlichste fördern sollte. Wird nicht aber § 249 gerade das Gegentheil bewirken?

Wird Jemand, der mit seinem Einkommen eben knapp auslangt, in dem Falle, wenn dasselbe z. B. um jährliche hundert Gulden zunimmt, sich leicht entschliessen können, den ihm wegen seiner nicht ganz gesunden Familienmitglieder ärztlicherseits empfohlenen Landaufenthalt zu beziehen, wenn er befürchten muss, dass dann sein Einkommen um ein Vielfaches höher angenommen wird und er nun durch Ueberschreitung des Existenz-Minimums steuerpflichtig würde, bezw. eine um so viel höhere Steuerleistung auf sich nehmen müsste. — Dabei ist die zu Grunde liegende Annahme keineswegs richtig, denn im vorliegenden Falle hat sich das Einkommen blos um 100 fl. vermehrt (wovon der fürsorgliche Familienvater z. B. 70 fl. für die Miethe der Sommerwohnung und den Rest für die damit zusammenhängenden Uebersiedlungs-Fahrt- und sonstige Kosten verwenden würde), während sein Einkommen in Absicht auf die Besteuerung von der Steuerkommission nun mit mindestens 4-, resp. 5- und 6 mal 70 fl. mehr angenommen werden muss.

Es wird also ein Einkommenzuwachs von mindestens 280, resp. 350 und 420 fl. angenommen werden müssen, während er in Wirklichkeit blos 100 fl. ausmacht.

Ja man braucht nicht einmal an den Landaufenthalt zu denken, um sich die Konsequenzen des § 249 zu vergegenwärtigen; eben dieselbe Wirkung zeigt sich, wenn Jemand, sei es weil sich seine Familie vermehrt hat, oder aus anderen Gründen, in die Lage käme, eine Gehaltsaufbesserung oder sonstige Einkommenerhöhung von z. B. 100 fl. darauf zu verwenden, um eine grössere gesündere Wohnung zu miethen. Sofort müsste bei der Besteuerung sein Einkommen als um 400, resp. 500 und 600 fl. gestiegen angesehen werden!

Die naturnothwendige Folge wird sein, dass Jedermann bis aufs Aeusserste es vermeiden wird, seine bisherige Wohnung mit einer besseren, theueren zu vertauschen. Man wird den Einkommenzuwachs (insoferne er nicht zur Deckung von Krankheitskosten in Anspruch genommen wird) auf andere Dinge verwenden und in gewissen Kreisen vorzugsweise ins Wirthshaus tragen — und damit eröffnet sich noch ein neuer Gesichtspunkt, der ethische, der vom Staate wohl nicht unbeachtet bleiben darf! Sehr häufig wird man daran denken, die gute Wohnung aufzugeben und eine billigere zu nehmen, nicht selten in der vielleicht irrigen Annahme, dass man dadurch, wenn unter dass Minimum fallend, steuerfrei werden könnte.

Ganz bedauerlich und schädlich wird sich demnach § 249 in jenen Fällen erweisen, wo die Höhe des Einkommens sich in der Nähe des Existenz-Minimums hält und die Folgen werden umso massenhafter werden, als leider solches geringes Einkommen die überwiegende Mehrzahl bildet.

Diese Thatsache allein ist von so ungeheuerer Tragweite, dass man unmöglich über dieselbe hinwegkommt.

Daraus ist aber auch zu ersehen, dass die Tabelle überhaupt nicht verbessert werden kann, denn diese Nachtheile werden immer bleiben, wie sehr man auch die Verhältnisszahlen verändern oder elastisch machen möge.

Bei blos wörtlicher Analyse des § 249 ergibt sich, dass der Zweck desselben nur ein zweifacher sein kann, u. zw.

Entweder soll er dazu dienen, um vereinzelte grobe Steuerverkürzungen hintanzuhalten;

oder er soll dem Staate grössere Steuereinnahmen bringen.

Der letzterwähnte Beweggrund ist bei Verfassung des § 249 gewiss nicht vorhanden gewesen, denn es ist ganz und gar unmöglich, auch nur daran zu denken, dass der Staat auf Kosten der Gesundheit, des werthvollsten Gutes seiner Bürgers, sich eine Einnahmsquelle schaffen wolle.

Der erstgenannte Grund wieder ist so geringfügig, dass er einer derartigen Massregel nicht einmal den Schatten einer Berechtigung zu verleihen vermag.

Es kann überhaupt keinen Zweck geben, der von solcher Bedeutung wäre, dass er die bei Bekämpfung von Epidemien dann nöthig werdenden Mehrauslagen aufwiegen könnte, gar nicht zu reden von den sonstigen schweren Nachtheilen und deshalb erlaubt sich die ehrfurchtsvoll gefertigte österr. Gesellschaft für Gesundheitspflege die Bitte zu stellen:

Das hohe Haus geruhe den vorstehenden Bemerkungen eine geneigte Beachtung zuzuwenden und von jedweder Bestimmung, wonach der Höhe des Wohnungsaufwandes irgend ein Einfluss auf die Besteuerung zuzukommen hätte, Umgang zu nehmen.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Die jüngsten Congresse im Reich und in Berlin. — 10. preussischer Medicinalbeamten-Verein. — 22. Chirurgen-Congress in Berlin. — Das Reichsseuchengesetz.

Berlin, 8—12. April 1893.

Das Reich und nicht minder die Reichshauptstadt stehen unter dem Zeichen der Congresse. Denn kaum ist die 15. Versammlung der bakteriologischen Gesellschaft, über die an anderer Stelle berichtet ist, vorüber, und schon reihen sich an der Congress für innere Medizin (zu Wiesbaden), ferner der 10. Congress der preussischen Medizinalbeamten und endlich der 22. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Letzterer hat heute unter der Leitung von König-Göttingen begonnen und dürfte, nach der vorliegenden reichhaltigen Tagesordnung zu schliessen, seinen Vorgängern nicht nachstehen. Vorbehaltlich weiterer Berichte geben wir zunächst über die heutige Eröffnung des Congresses Folgendes wieder:

Der erste Gegenstand der wissenschaftlichen Verhandlungen betraf die neuerdings ernstlicher in Angriff genommene Chirurgie der Leber. Die Scheu, sich mit dem Messer an diesem Organe zu vergreifen, ist in letzter Zeit mehr und mehr gewichen, insonderheit seit dem letzten Kongresse, auf welchem Ponfick-Breslau durch Thierversuche nachwies, dass blutige Eingriffe bei der Leber verhältnissmässig gefahrlos sind und dass die durch das Messer verursachten Substanzverluste theils durch neugebildete Leber, theils durch Bindegewebe ersetzt werden. So hat von Bergmann eine fast kindskopfgrosse, bösartige, mikroskopisch als drüsenschlauchartiges Adenom erkannte Geschwulst von der Leber eines Mannes entfernt und binnen fünf Wochen Heilung erzielt. W. Müller-Aachen exstirpirte eine weiche Lebergeschwulst, eine Gallengangcyste von solcher Grösse, dass sechs Liter Flüssigkeit bei der Operation entleert wurden. Binnen vier Monaten genas Patient, welcher sich zehn Jahre lang mit jener Geschwulst getragen hatte. Auch v. Bardeleben, Czerny, v. Bergmann, Küster und der Vorsitzende betheiligten sich an der Erörterung, welche dahin auslief, dass die Thechnik der Leberoperationen zwar schwierig und namentlich hinsichtlich der Blutstillung noch keineswegs abgeschlossen, dass trotzdem aber die Prognose blutiger Eingriffe bei der Leber günstiger sei als bei vielen anderen Organen, selbst wenn es sich eben um Fortschaffung bösartiger Geschwülste handelt.

Hoffa-Würzburg gab weitere Mittheilungen über die operative Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen. Für dieses schwere und entstellende Leiden, welches den bekannten watschelnden Gang und die Rückwärtsverbiegung der Wirbelsäule bei den betroffenen Kindern zur Folge hat, gab es bis dahin keine befriedigende Heilmethode. Noch am besten bewährte sich die König'sche; diese wird aber nach König's eigenem Urtheile wesentlich übertroffen durch die nunmehr von Hoffa angegebene, die darin besteht, dass unter Freilegung des Hüftgelenks nach Durchschneidung der dasselbe bedeckenden Muskeln ein regelrechte Gelenkpfanne für das Hüftgelenk künstlich hergestellt und der Gelenkkopf des Oberschenkels an diese heran-

gezogen wird. Vortragender hat 26 Fälle solcherweise operirt und bewies an den vorgeführten Geheilten, dass nach seiner Operation der watschelnde Gang und die Lordose fast ganz verschwinden.

Sodann beschäftigte sich der Kongress mit der in Gewässheit des vorjährigen Beschlusses weitergeführten Sammelforschung zur Narkotisirungsstatistik. Den Bericht erstattete GURTL-Berlin. Es sind im letzten Jahre 58 Beitrage zu der Sammelforschung eingegangen, davon mehrere aus dem Auslande. Insgesammt werden 57.541 Narkosen rubrizirt, von denen 11.464 mit Stickoxydul (Lachgas) im zahnärztlichen Institut der Berliner Universität ausgeführte, vorläufig ausser Betracht bleiben können. Unter Hinzurechnung der in den beiden ersten Jahren der Sammelforschung rubrizirten Fälle umfasst die Statistik nunmehr 157.815 Narkosen, bei denen 53 Todesfälle vorkamen, also etwa 1 unter 2900 Narkosen. Im einzelnen ist das Verhältniss der Todesfälle gegenüber den verschiedenen Betäubungsmitteln das folgende 1 : 2899 beim Chloroform, 1 : 4118 beim Chloroform mit Aether, 1 : 4538 beim Bromäthyl und 1 : 199 beim Pental. Beim reinen Aether ist bislang unter 14.506 Narkosen noch kein Todesfall vorgekommen, ebenso bei der von BILLROTH empfohlenen Mischung Chloroform, Aether, Alkohol. Da die bisherigen Erfahrungen nach Ansicht der Versammlung noch immer kein abschliessendes Urtheil zulassen, so wurde die Fortführung der Sammelforschung beschlossen; immerhin war eine merkliche Umstimmung zu Gunsten des von SIMPSON in London empfohlenen, in Deutschland zuerst von DIEFFENBACH angewandten Aethers bemerkbar. KÜSTER und TRENDELENBURG beispielsweise, früher Fürsprecher des Chloroforms, halten jetzt den Aether für das beachtenswerthere Narkotikum, während freilich Andere, wie KÖNIG und v. BARDELEBEN, dem Chloroform dennoch treu bleiben. In der betreffenden Erörterung machte KÖNIG darauf aufmerksam, dass man beim Stocken der Herzthätigkeit während der Narkose mit Vortheil rhythmische Stösse auf die Herzgegend zur Wiederbelebung des Kreislaufes anwende.

HELFERICH-Greifswald sprach über die von ihm empfohlene bogenförmige Resektion zur Heilung anchylotischer Kniegelenke. Bei dieser Methode entsteht nur ein geringer Verlust an Knochensubstanz und in Folge dessen eine nur unbedeutende Verkürzung des operirten Beines, was einen wesentlichen Fortschritt gegenüber der früheren keilförmigen Resektion des im Winkel verwachsenen Kniegelenkes darstellt. Die Ausführungen wurden durch Vorlegung von Photogrammen und Präparaten unterstützt. Weiter führte BIER-Kiel mehrere Patienten vor, denen der Unterschenkel amputirt war. Es besteht nach derartigen Operationen stets die Schwierigkeit, dem Betroffenen das Gehen vermittelst eines Stelzfusses zu ermöglichen, insofern als der Körper mit der Operationsnarbe auf den Stelzfuss drückt, was natürlich nicht ohne Unbequemlichkeit, Schmerz und Gefahr betreffs Wiederaufreissens der Narbe vor sich geht. Die Versuche, den Druck auf höher liegende Partien des Beinstumpfes zu verlegen, gelingen nicht immer in ausreichendem Masse. Da hat nun Vortragender zu dem Auskunftsmittel gegriffen, ein Stück des Schienbeins rechtwinklig nach vorn umzulegen und so eine Art von Fuss an dem Beinstumpfe zu bilden, an dem sich der Stelzfuss ohne wesentliche Unbequemlichkeiten anbringen lässt. Anwendbar ist die Methode indess nur, wenn ein grösseres Stück des Unterschenkels vorhanden ist. NEUMANN-Halle a. S. sprach an der Hand eines ihm vorgestellten Falles über die Behandlung der myelogenen Sarcome der langen Röhrenknochen durch Resektion. Sodann stellten KÜSTER-Marburg und JULIUS WOLFF-Berlin Kinder mit operirter Gaumenspalte vor. Erstgenannter erörterte dabei eine neue von ihm angewandte Methode der Uranoplastik. Die Sprechleistungen der Patienten erregten ein lebhaftes Interesse, da sie gleich sehr für die Bedeutung des operativen Theiles der Behandlung, wie des gemeinhin nothwendigen nachfolgenden Sprechunterrichtes Zeugniss ablegen. Es entspann sich eine Diskusion über den Werth der von WOLFF empfoblenen frühzeitigen Ausführung der Operation, an welcher sich auch SONNENBURG Berlin betheiligte. Die Meinungen gehen in dieser Hinsicht noch auseinander.

Die soeben beendeten Verhandlungen des Medizinalbeamten-Vereines bieten auch für den nichtbeamteten, praktischen Arzt so viel Interessantes, dass wir denselben Folgendes entnehmen dürfen:

Die Fürsorge für geisteskranke Verbrecher (Dr. LEPPMANN-Berlin) kam in folgenden Thesen zum Ausdruck: 1. Für grössere Staaten, d. h. für solche mit entsprechender Zwangsanstaltsbevölkerung und verwickelter Gliederung der öffentlichen Irrenfürsorge empfiehlt sich die Schaffung besonderer Beobachtungs- und Heilanstalten für geisteskranke Strafgefangene. 2. Für geisteskranke Strafgefangene, welche aus dem Strafvollzuge ausscheiden, sind besondere Anstalten oder Anstaltsabtheilungen weder erforderlich noch wünschenswerth. 3. Folgende vorbeugende Massregeln zur Verhütung des Vorkommens geistiger Erkrankungen im Strafvollzuge oder zu deren rechtzeitiger Erkennung sind als nächstliegende Uebergangsmassregeln anzustreben: a) genaue Rücksichtnahme auf die geistige Unzulänglichkeit als Strafausschliessungsgrund auf dem Boden geltenden Gesetzes; b) Verbesserung der Strafvollzugseinrichtungen insbesondere umfassende Ausmittelung der Persönlichkeit des zur Strafhaft Eingelieferten durch systematische Erkundigung über Abstammung und Vorleben, sowie durch Erweiterung der Stellung und Pflichten der Anstaltsärzte; c) grössere Anerkennung der geistigen Minderwerthigkeit in der Armenpflege mit zweckentsprechender Anstaltsfürsorge; d) Verwirklichung einiger Gesetzesprojekte namentlich der Ausgestaltung der bedingten Entlassung und Ausmerzung der durch geistige Defekte zu sozialer Selbstständigkeit Unfähigen durch geeignete Massnahmen gegen rechtbrecherische und verwahrloste Jugendliche und Ueberweisung derselben an die Irren- und Armenpflege vor völliger Strafmündigkeit. Ueber die staatliche Beaufsichtigung des Irrenwesens sprach Kreisphysikus Dr. MEYHÖFER-Görlitz in Anlehnung an folgende Thesen: «Eine sorgfältige Ueberwachung der Irrenanstalten ist erforderlich; damit darf aber nicht eine Erschwerung der Aufnahme eines Geisteskranken verbunden sein, da die möglichst schleunige Unterbringung derselben im Sinne der Heilbarkeit geboten ist. Die durch die königliche Staatsregierung angekündigte Einführung von Besuchskommissionen ist als eine höchst zweckentsprechende Massregel zu begrüssen. Sie wird geeignet sein, das im Publikum verbreitete Misstrauen bezüglich der Möglichkeit einer ungerechtfertigten Freiheitsberaubung zu beseitigen und auf den Betrieb, sowie die Einrichtungen der Anstalten, sowie der privaten, als der öffentlichen förderlich einzuwirken. Diesen Besuchskommissionen soll der zuständige Physikus co ipso als Mitglied angehören, er soll, abgesehen von den periodischen Revisionen die fortlaufende Ueberwachung der Privat-Irrenanstalten ausüben. Bei Aufnahme eines Geisteskranken in letztere muss die Anzeige ausser an die königliche Staatsanwaltschaft des Heimatsbezirks des Kranken gleichzeitig an den für die Anstalt zuständigen Physikus erstattet werden, an letzteren unter Einreichung des zur Aufnahme erforderlichen ärztlichen Attestes. Die Beibringung eines Physikatsattestes ist nicht unbedingt erforderlich. An die Polizeibehörden haben Anzeigen lediglich nach Massgabe des allgemein giltigen Meldewesens zu erfolgen. Die Gewerbeordnung ist bezüglich des Verfahrens bei Errichtung neuer Privat-Irrenanstalten durch eine Novelle dahin zu ergänzen, dass der Konzessionsnachsucher ein Arzt sein oder einen Anstaltsarzt präsentiren muss, welcher allein die Veranwortlichkeit zu tragen und ausschliesslich mit der Aufsichtsbehörde zu verkehren hat.

(Fortsetzung folgt.)

Briefe aus Ungarn.

III. ungarischer Balneologen-Kongress.

Von einer Tagung dieses Kongresses lässt sich eigentlich nicht sprechen, da die Sitzungen desselben, resp. deren Vorlesungen, nur an 3 Abenden abgehalten werden; dies mag wohl auch dazu beitragen, dass die wenigen Freunde, welche an diesem Ausnahms-Kongress theilnehmen, den einen oder anderen

Abend dazu ausnützen, um utile dulci zu verbinden, gleichzeitig auch sich an den hauptstädtischen Abendvergnügungen, wie Theater etc. zu ergötzen und den Schauplatz des Kongresses mehrweniger den Budapester praktischen Aerzten überlassen. Diesem Uebelstande wird abgeholfen werden müssen, um mehr Zeit und mehr Balneologen für den Kongress zu gewinnen; ebenso wird für ein Centrum gesorgt werden müssen, wo die Theilnehmer auch ausser der Sitzungszeit Gelegenheit finden, an einander näher zu rücken und gemüthlich zu verkehren. Auch solche geringe Momente können dem Gelingen eines Kongresses Eintrag thun, wie sich dies auch schon diesmal erwiesen hat; insbesondere muss noch Manches an den äusseren Formen dieser Vereinigung geheilt und geglättet werden, denn nicht nur die — Vorlesungen, die am Ende ebenso gut und vielleicht noch besser gelesen als angehört werden können, machen das Wesen eines Kongresses aus, und schliesslich ist es auch nicht gleichgiltig, ob das Gros des Publikums eines balneologischen Kongresses aus Badeärzten oder aus praktischen Aerzten besteht, wie dies beim ungarischen Balneologen-Kongress stets der Fall gewesen ist.

Von den dreizehn Punkten des Programmes bildete wohl die Piece de resistence Nr. 1 des 2. Abends, nämlich der «Referenten-Entwurf»: über die Modifikation und Ergänzung des «die Heilbäder und Mineralwässer» behandelnden XIV. Abschnittes des Sanitäts-Gesetzes vom Jahre 1876, welcher nach dem Antrage des Dr. Mangold, über Aufforderung des Direktions-Ausschusses, von dem Reichstags-Abgeordneten Dr. Valer Smialovszky im Croquies vorgelegt wurde. Trotzdem dieser Entwurf eifrigst durchberathen und verbessert wurde, konnte derselbe den doch noch nicht fertig gestellt werden und musste zur endgiltigen Vervollständigung wieder an den Direktionsrath zurückgewiesen werden. Dieser hat nun Gelegenheit gehabt die Erfahrung zu gewinnen, dass ein solcher Gesetzes-Entwurf, nicht wie der Ausschuss früher in optimistischer Weise irrthümlich geglaubt, so leichterdings in einem Monate zu Stande gebracht werden kann. Es dürfte auch jetzt noch, nach schon einjährigen Wehen, Monate, vielleicht sogar Jahre lang dauern, bis dieser Gesetzes-Entwurf geboren und Formen annehmen wird, um als Grundlage zu einem rechtskräftigen Gesetze dienen zu können, d. h. bis man kompetenten Ortes denselben als Grundlage geeignet und annehmbar finden wird.

Ueber die restirenden 12 Punkte des Programmes der ärztlichen Sektion — die wirthschaftliche Sektion ist nach wie vor programmlos geblieben — referirend, können wir einzelne derselben, als mehrweniger bekannt oder von minderem Interresse, wenn auch nicht ganz übergehen, denn doch nur kurz erwähnen, ohne befürchten zu müssen, dass hiedurch dem Leser Abbruch geschieht. Prof. Dr. Bokai zog eine «Parallele zwischen den zu Badezwecken benützten in- und ausländischen Heilwässern» und klagt über den Mangel an Kochsalzbädern, unter welchen Pável im Marmaroscher Komitate die grösste Zukunft hat. — Der Geologe T. Szontágh resultirte mit seinem Vortrag «über Quellenschutz» die Entsendung eines Komité's, welches dem nächstjährigen Kongress diesbezügliche Vorschläge machen soll.

Dr. S. Szenes sprach über «die balneotherapeutische Behandlung der Ohrenkrankheiten». Einfache, laue Bäder mässigen den chronischen Katarrh der Trommelhöhle; kalte Bäder schaden, hingegen sind kalte Abreibungen zur Abhärtung angezeigt, da sie die Neigung zu Katarrhen vermindern. Meerbäder erheischen besondere Vorsicht; Salzbäder sind indicirt bei Katarrhen skrophulösen Ursprunges, wenn nicht auch Ohrensausen besteht. Das Lipiker Mineralwasser wird mit Vortheil zu Nasenspülungen angewendet bei Rhinopharyngitis chronica. Bei aus Anämie entstandenem Ohrensausen sind Eisenwässer indicirt, jodhältige bei skrophulöser Trommelhöhlen-Eiterung etc.

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 21. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien dankte der Vorsitzende, Obersanitätsrath Prof. M. Gruber, der Gesellschaft für die Ehre, den Vorsitz führen zu dürfen, worauf Hofrath Prof. Billroth zwei Fälle von Caries sicca demonstrirte. In einem der Fälle, wo die Caries das Schultergelenk ergriffen hatte, wurde die Resektion, aber mit keinem günstigen Erfolge ausgeführt, da die betreffende Extremität arbeitsunfähig geblieben war. An die darauffolgenden Auseinandersetzungen Billroth's, in denen er die mangelhaften Resultate der Resektionen besprach, folgte eine Diskussion, an der sich die Herren Professoren Weinlechner und Lorenz betheiligten. Prof. Lang demonstrirt hierauf einen Patienten, bei dem wegen ausgebreitetem Lupus der ganzen rechten Gesichtshälfte die Thier'sche Transplantation von Hautläppchen mit günstigem Erfolge vorgenommen wurde, so dass bei dem betreffenden Falle seit einem Jahre keine Recidive zu verzeichnen ist. Dr. Latzko hält hierauf seinen angekündigten Vortrag «Ueber Osteomalacie», wobei er nur die gewöhnliche, bei der Gravidität vorkommende Osteomalacie berücksichtigt und betont, dass dieselbe, speziell in Wien, keine so seltene Erkrankung sei, da er in $^{7}/_{4}$ Jahren 19 Fälle selbst beobachten konnte. Häufig werde diese Erkrankung verkannt, da man an dieselbe nicht denke. Vortragender bespricht sodann die Therapie dieser Erkrankung, wobei er der Phosphorbehandlung, der Operation nach Porro und der Castration das Wort spricht. Petroni, welcher die Ursache der Erkrankung eigenen, bis jetzt aber noch nicht entdeckten Mikroorganismen zuschreibt, sieht bei den beiden Operationsmethoden die Wirkung in der Chloroformnarkose, was auch durch Experimente bewiesen erscheint und wofür auch Vortragender einen durch Narkose gebesserten Fall als Beleg anführt. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung findet sich in der nächsten Nummer. — Im Wiener medizinischen Club hielt am 19. d. M. Prof. Winternitz einen Vortrag «Ueber thermische und mechanische Einflüsse auf die Muskelaktion», den wir in nächster Nummer ausführlich bringen. Das Wiener medizinische Doktoren-Kollegium hat die wissenschaftlichen Verhandlungen bis zum Oktober d. J. verschoben.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Der Kaiser hat den Privatdozenten an der Universität in Wien, Dr. Joseph Nevinny, zum ausserordentlichen Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der Universität in Innsbruck ernannt. Wir können die Innsbrucker medizinische Fakultät zu dieser Wahl nur beglückwünschen.

(Von der Poliklinik). Das Unterrichtsministerium hat die bisherige Jahressubvention der Poliklinik von 1000 fl. für das Jahr 1893 auf 2000 fl. erhöht. Diese neuerliche Anerkennung der Thätigkeit der Poliklinik von kompetentester Seite, ist umso erfreulicher, als das Institut trotz seiner unleugbaren Leistungen und seiner unzweifelhaften Erfolge in gewissen Kreisen noch immer mit scheelen Augen angesehen wird und seine, durch 20jähriges unermüdliches und erspriessliches Wirken wohl erworbenen Rechte als Heil- und Lehranstalt noch immer bestritten werden.

(Aus Budapest) schreibt man uns: Dem soeben erschienenen, vom Sanitätsrath Dr. Ludwig v. Csatáry verfassten Berichte, über die Thätigkeit des Landes-Sanitätsrathes im Jahre 1892, entnehmen wir, dass in 35 Sitzungen 334 Angelegenheiten erledigt wurden. Die Cholera- und Diphtheritis-Epidemie hat zumeist den Landes-Sanitätsrath in Anspruch genommen, da derselbe alle Verordnungen und Massnahmen proponirte, welche sich zur Unterdrückung dieser Krankheiten als nothwendig erwiesen. Weiters wurde die Revision der ungarischen Pharmakopoe vorgenommen und die Drucklegung derselben bewerkstelligt. Ein für Prostituirte beantragtes, eigens zu errichtendes Spital, hat der Landes-Sanitätsrath abgelehnt, da die betreffenden Kranken auch in den schon bestehenden Krankenhäusern verpflegt werden können; hingegen sind Prostituirte, nach beendeter Behandlung noch längere Zeit unter ärztliche Aufsicht zu stellen. Auch der Antrag behufs Verbotes

der Schleppkleider wurde zurückgewiesen; dafür aber Baumpflanzungen in Gassen und Strassen anempfohlen. Privilegien und Koncessionen wurden in 78 Fällen, zu ertheilen oder abzuweisen dem Minister unterbreitet und 9 Medizinalpersonen zur Besetzung von erledigten Stellen in Krankenhäusern empfohlen. Präsident des Landes-Sanitätsrathes ist Prof. Korányi, Vice-Präsident Prof. Müller.

Berlin. Die Berliner medizinische Gesellschaft empfing in ihrer letzten Sitzung, am 19. April ihren Vorsitzenden Professor Virchocw nach dessen Rückkehr von seiner englischen Reise mit ehrenden Kundgebungen. In grosser Zahl waren die Mitglieder der Gesellschaft zur Begrüssung des heimgekehrten Gelehrten erschienen. Die Anwesenden erhoben sich von ihren Sitzen, als Professor Virchow von den übrigen Mitgliedern des Vorstandes in den Saal geleitet wurde und freundlich fielen seine Blicke auf die sinnigen Blumenspenden, mit denen das Pult geschmückt war, hinter dem er die Ansprache des stellvertretenden Vorsitzenden des Geheimraths Dr. Siegmund, hören sollte. Dr. Siegmund verlieh der freudigen Genugthuung Ausdruck, die von der Gesellschaft empfunden wurde, als ihr verehrter nicht nur von den Gelehrten, sondern auch von allen gebildeten Klassen des grossen englischen Volkes mit Beweisen der Anerkennung und der Verehrung überhäuft wurde, die weit hinausgehen über das Mass der Ehrungen, das sonst Gelehrten entgegengebracht wird. Die Erklärung für die Frage, warum Virchow diese Ausnahmestellung in England eingeräumt worden sei, fand Dr. Siegmund in dem Umstand dass man in dem verdientvollen Arbeitsgenossen der Gesellschaft in England nicht allein den grossen Gelehrten habe feiern wollen, sondern auch den Mann, der für jede Errungenschaft eingetreten sei, durch die erspriessliche Fortschritte der menschlichen Gesellschaft eine Förderung erhoffen durften. Für diese Erkenntniss der Bedeutung Virchows sprach der Redner dem englischen Volk und der englischen Gelehrtenwelt den Dank aus mit dem Wunsche, dass Virchow noch lange zu thatkräftigem Wirken die Kraft erhalten bleibe, die Eigenschaft, die Goethe so bezeichnend «des Nordens Dauerhaftigkeit» genannt hat. Mit launigen Worten warnte Professor Virchow den Kollegen vor allzugrosser Ueberschwenglichkeit. Er schrieb seine englische Reise auf ein altes Schuldverhältniss zurück, das zwischen den gelehrten englischen Gesellschaften und ihm seit Jahren bestanden habe. Wiederholt sei er eingeladen worden und immer habe er abgelehnt, bis er schliesslich es sich nicht habe versagen können, der Ladung zu folgen, um der vornehmsten wissenschaftlichen Gesellschaft Englands, der Royal Society, den Dank für die Ehrenbezeugungen auszusprechen, durch die sie ihn in absentia ausgezeichnet hatte. Er sei fern davon, die Ehrungen, die ihm in England bereitet worden, für seine Person in Anspruch zu nehmen er wisse, dass sie nicht ihm allein, sondern dem deutschen Volke, der deutschen Gelehrtenwelt dargebracht worden seieen. Persönlich habe es ihm zur Genugthuung gereicht, durch seine englische Reise zur Förderung des internationalen geistigen Verkehrs beitragen zu können. Zum Schluss bemerkte Professor Virchow, dass er hoffe, seine Kräfte noch einige Zeit im Zusammenwirken mit seinen Arbeitsgenossen ausnutzen zu können und sprach den Wunsch aus, dass nach fleissigem Wirken noch manchem der Anwesenden ähnliche Auszeichnungen zu theil werden mögen, wie sie ihm neuerdings dargebracht wurden. Lauter Beifall ertönte bei Schluss der Rede. Professor Virchow übernahm darauf die Leitung der Sitzung, die durch einige Vorträge von rein wissenschaftlichem Interesse ausgefüllt wurde.

Baden-Baden. Die diesjährige Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte findet am 3. und 4. Juni in Baden-Baden statt. Die Geschäftsführer Professor Kraeplin in Heidelberg und Direktor Fischer in Pforzheim bitten, die Anmeldungen von Vorträgen bis zum 14. Mai an einen der Herren Geschäftsführer bewerkstelligen zu wollen.

(Kongress.) Der Kongress für innere Medizin der vom 12. bis 15. April in Wiesbaden tagte, wurde von Prof. Immermann mit einer gehaltvollen Rede eröffnet und zu seinem nächstjährigen Versammlungsorte München gewählt. Zur selben Zeit hielt die deutsche Gesellschaft für Chirurgie unter dem Vorsitze Prof. König's im Langenbeckhause in Berlin ihre 22. Versammlung ab. Die ausführlichen Berichte folgen in der nächsten Nummer.

(Aerztliches Vereinsleben.) Die nächste Sitzung des Wiener Medizinischen Klub findet am 29. April 1893 um 7 Uhr Abends im kleinen physiologischen Hörsaale (Gewehrfabrik) statt. Programm: Prof Dr. L. Mauthner: Ueber Lähmung des M. obliquus inferior nebst Bemerkungen über die physiologischen Augenbewegungen.

(Todesfälle.) Dr. Ludwig Markusovszky, pensionirter Referent für medizinische Angelegenheiten im ungarischen Unterrichts-Ministerium und Gründer des «Orvosi hetilap», der erst jüngstens zum Ehrenmitglied des Budapester Professoren-Körpers der medizinischen Fakultät ernannt wurde, ist in Abazzia, wo er seit 3 Wochen weilte, an Herzparalyse gestorben Die Leiche wird in die Familiengruft nach Kemenes-Egerszeg überführt werden. Dr. A. Gnem in Graz; Dr. F. Greger in Oberhollabrunn; Dr. K. Godlewski in Lemberg; Dr. F. Fierich in Neu-Sandec; Dr. B. Stipicevic in Bol (Dalmatien); Primarius Dr. J. Ráth in Budapest; Dr. H. Clodi in Feldhof. — In Wien starb am 9. d. M. der Primararzt am k. k. Krankenhause Rudolfstiftung, Augenarzt Dr. Rupert Koller, im 66. Lebensjahre. Der Dahingeschiedene war einer der ältesten Assistenten weil. Prof. Arlt's. — Ferner starb Geh. Sanitätsrath Dr. David Wiener in Graudenz, bekannt durch eine Reihe von Arbeiten auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Medizinalpolizei, im 67. Lebensjahre. — Am 5. April starb in Berlin der Geh. Sanitätsrath Dr. Wegscheider im 74. Lebensjahre.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Lichtenau (Niederösterreich) mit 9 Gemeinden. Der Posten ist mit einer Landessubvention von jährlich 400 fl. nebst einer von der Gemeinde zu leistenden Beihilfe von 200 fl. und freier Wohnung dotirt. Gesuche sind an die Gemeindevorstehung Lichtenau Bezirk Krems zu richten.

Sekundararztesstelle im Allgemeinen Krankenhause in Wr. Neustadt (Niederösterreich). Bezüge: 300 fl. Gehalt, freie Wohnung, Kost, Beheizung, Beleuchtung und Bedienung. Die Ausübung der ärztlichen Privatpraxis ist nur insoferne gestattet, als hiedurch der Dienst im Krankenhause nicht beeinträchtigt wird. Gesuche bis 30. April 1893 an den Stadtrath Wr. Neustadt.

Distriktsarztesstelle in Hermannseifen (Böhmen) mit den zugewiesenen Ortschaften Johannesgut, Leopold, Theresienthal, Mohren und Polkendorf mit 3987 Einwohnern. Jahresgehalt 400 fl., Reisepauschale 50 fl. nebst der Berechtigung zur Führung einer Hausapotheke. Bewerber, unter denen Doktoren den Vorzug haben, mögen ihre mit dem Nachweise der österreichischen Staatsbürgerschaft, der Berechtigung zur ärztlichen Praxis, der moralischen Unbescholtenheit und der Kenntniss der deutschen Sprache in Wort und Schrift belegten Gesuche bis 15. Juni l. J. beim Bezirksausschusse Arnau einbringen.

Gemeindearztesstelle in Terragnolo (Tirol). 1000 fl. Gehalt. Aerztliche Besuche für Nichtarme werden mit 20 kr. bei Tag und 40 kr. bei der Nacht honorirt, Wohnung und Beheizung frei. Hausapotheke.

Gemeindearztesstelle in Pannone (Tirol). 1400 fl. Gehalt. Unentgeltlicher Besuch der Kranken bei Tag. Jeder Besuch bei der Nacht wird mit 40 kr. honorirt. Freie Wohnung und Beheizung. Hausapotheke.



Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 30. April 1893** **Nr. 18.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—8 Bogen Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaction bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Herausgeber und Chef-Redacteur: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Hofrath Prof. Dr. Hans Kundrat †.

Am 25. April verschied der Professor der pathologischen Anatomie an unserer Fakultät, Hans Kundrat. Die gleiche Tragik, die bei Kahler's Tod die allgemeine Trauer verdoppelt hat, waltet auch hier. Im vollen Mannesalter stehend, im Besitze einer Stellung, die einem ganzen Manne das Leben erst lebenswerth erscheinen lässt, wurde Kundrat von uns abberufen. Wenn sein Verlust als ein kaum zu ersetzender bezeichnet werden muss, so gilt dies vom Gelehrten und vom Menschen in gleichem Masse. Aus der Wiener Schule hervorgegangen, Hyrtl's und Rokitansky's Schüler, hat Kundrat die pathologische Anatomie im Sinne jener Schule, er hat sie klinisch betrieben. Nicht kleine Detailfragen, kasuistische Absonderlichkeiten fesselten sein Denken, sondern der Zusammenhang der Erscheinungen, die Abhängigkeit der einzelnen pathologischen Veränderungen von einander. Wenn er eine Sektion machte, und die einzelnen Phasen mit kurzen aber lichtvollen Bemerkungen begleitete, wurde man oft an die Art und Weise erinnert, in der einst Bamberger ein Krankheitsbild zu entrollen gewusst hatte. Seine übersichtliche Denkweise kam aber auch in seinen Arbeiten zum Ausdruck, die quantitativ nicht reichlich, qualitativ aber nicht hoch genug zu schätzen sind. Seine Publikationen über Porencephalie, Vegetationsstörungen, Veränderungen der Uterusschleimhaut und seine letzte Arbeit über Lymphosarcomatosis zeigen alle von dem grossen Gesichtskreis, von dem aus Kundrat jedes Thema auffasste. Ueberall wusste er das Wesentlichste zu finden, die Beziehungen des Einzelnen zum Allgemeinen festzustellen. Und noch Eines war allen seinen Arbeiten gemeinsam, die unbedingte Wahrheit. Sein klarer Blick — physisch und psychisch — seine Zurückhaltung, ehe er eine bestimmte wissenschaftliche Ansicht aussprach, schützten ihn auch in den schwierigsten Fragen vor Irrthum. Wie er selbst aber in der Wissenschaft vor Allem die unbedingte Wahrheit vertrat und Hypothesen nicht leicht zugänglich war, so verlangte er dies auch von Anderen und unerbittlich strenge war er in der Kritik wissenschaftlicher Arbeiten, deren Inhalt ihm nicht einwandsfrei gestützt erschien.

Einer solchen Wahrheitsliebe im wissenschaftlichen Leben entsprach eine gleich hochgradig ausgebildete in seiner übrigen Existenz. Er hatte die Eigenschaft, stets und unbedingt das auszusprechen, was er für wahr hielt und mit seinen Urtheilen über Menschen, mit denen er in Berührung getreten war, hielt er nie zurück. Die Offenheit seines Charakters ging so weit, dass er nicht unterlassen konnte, ihm missliebigen Persönlichkeiten gegenüber ohne Weiteres seine Antipathie zum Ausdrucke zu bringen, mochten diese auch höher gestellt sein, als er selbst. Hat er sich durch sein scharfes Urtheil auch manchen Gegner gemacht, Achtung musste ihm, eben wegen seiner Offenheit, jedermann zollen. Wie er aber rücksichtslos war als Gegner, so war er andererseits aufopfernd als Freund und wer ihn für sich gewonnen hatte, der wusste, dass er sich unbedingt auf ihn verlassen konnte. Nicht nur vielen seiner Kollegen sondern auch seinen Assistenten, seinen engeren Schülern war er ein warmer Freund und trotz der grossen Zahl seiner Hörer wusste er doch immer einzelne, befähigte und lernbegierige an sich zu ziehen, denen er in ihrem weiteren Studium Vorschub leistete und die er mit seinem ganzen, grossen Einfluss förderte. War er als Mensch auch subjektiv, — sein lebhaftes Temperament musste dies mit sich bringen — so war diese Subjektivität doch stets der Ausfluss seiner Empfindungen; niemals war ein unlauteres Motiv die Triebfeder seiner Handlungen, der Anlass seiner Aeusserungen. So war er ein Mensch, dem keiner, der ihm näher zu treten Gelegenheit hatte, gleichgiltig gegenüber stehen konnte; den Eindruck einer ungewöhnlichen Individualität trug jeder, der öfters mit ihm verkehrt hatte, mit sich fort. Das Andenken, das er unter seinen Kollegen wie unter seinen Schülern zurücklässt ist das eines gediegenen Fachmanns, eines vortrefflichen Lehrers und das eines guten, wahr und warm empfindenden Menschen.

So glatt und glänzend seine äussere Laufbahn sich entwickelt hat, mit so harten Schicksalschlägen hat ihn das Leben andererseits verfolgt. Traurige Erfahrungen haben seinem von Natur aus so gesunden Humor einen schmerzlichen Zug aufgedrückt, körperliche Leiden haben ihn seit 3 Jahren verfolgt. Seine rastlose Thätigkeit hat er deswegen niemals in's Stocken

gerathen lassen und das von ROKITANSKY begründete, von ihm erweiterte Museum war der Ort, an den er sich zurückzog, um an diesem Ort, der für ihn einen Tempel der Wissenschaft bedeutete, Ruhe und Zufriedenheit zu finden. Die letzten Wochen, die letzten Arbeitsstunden seines Lebens haben diesem Museum gegolten. Durch seinen Fleiss sind dort Schätze angehäuft, die nun Andere heben werden Mögen sie in dem Sinne verwerthet werden, in dem KUNDRAT sie gesammelt hat.

Wenn man einst KUNDRAT eine Büste errichtet, so möge sie ihren Platz in jenem Museum finden.

Zur Bestimmung der Grössenverhältnisse der linken Herzkammer.

Von **Prof. von Stoffella** in Wien.

Im Nachstehenden erlaube ich mir die Aufmerksamkeit der Herren Kollegen auf einen Umstand zu lenken, den ich in keinem der mir bekannten bezüglichen Lehrbücher, Monographien etc. erwähnt finde und der doch andererseits meines Erachtens ein gewisses Interesse für den praktischen Arzt darbietet. Derselbe betrifft die Eruirung der Grössenverhältnisse des linken Ventrikels mittelst der Perkussion.

Wie Jedermann weiss, pflegt man, um sich über die Grössenverhältnisse des linken Ventrikels Aufschluss zu verschaffen, den Herzstoss aufzusuchen und nun zu erforschen, wie weit der gedämpfte Perkussionsschall nach Aussen gegen die linke Axillarlinie reicht. Wie ebenfalls männiglich bekannt, erstreckt sich unter normalen Verhältnissen die Herzdämpfung im Bereiche der Herzspitze nicht bis in die linke Mammillarlinie, sondern macht der gedämpfte, mehr oder weniger leere Perkussionsschall zirka $1^1/_2$ Centimeter, bevor er die genannte Linie erreicht, dem hellen und vollen Lungentone Platz.

Während unter normalen Umständen dieses Verhalten, mag man die Perkussion in der Rückenlage oder in aufrechter Stellung des Patienten vornehmen, in der grösseren Mehrzahl der Fälle unverändert bleibt oder sich doch nur eine unbedeutende Differenz ergibt, darin sich kundgebend, dass beim Aufsitzen der Patienten die Herzdämpfung etwa um 1 Querfinger in der Richtung nach Aussen zunimmt, wobei jedoch der bezügliche Zuwachs der Dämpfung niemals in einem vollständig leeren, sondern nur in einem weniger vollen und dabei mehr oder weniger gedämpften Perkussionsschalle besteht: ergeben sich bei vorhandener Hypertrophie des linken Ventrikels, dem Grade derselben entsprechend, beträchtliche Unterschiede, je nachdem der Kranke eine liegende oder eine aufrecht stehende Haltung einnimmt.

Es zeigt sich nämlich in solchen Fällen, dass bei in aufrechter Stellung des Patienten ausgeführter Perkussion die Dämpfung im Bereiche des Spitzenantheiles des Herzens sehr häufig bis zu drei Querfingern und selbst darüber weiter nach Aussen sich erstreckt — demgemäss auch der fühlbare Herzstoss — als dies bei vom Patienten eingenommener Rückenlage der Fall ist, und zwar macht sich die Dämpfung, welche beim Aufsitzen des Patienten zu der bereits in der Rückenlage desselben gefundenen nunmehr hinzutritt, in einem ausgesprochen dumpfen und dabei leeren Perkussionsschalle, d. i. in einem sogenannten Schenkeltone (SKODA) geltend. Am prägnantesten gibt sich aber diese Zunahme der Herzdämpfung nach links hin zu erkennen, sobald man den Kranken bei aufrechter Stellung den Oberkörper etwas nach vorn überbeugen lässt.

Die Erklärung für dieses Phänomen ergibt sich sozusagen von selbst. Es begreift sich nämlich, dass ein hypertrophisches Herz entsprechend dem Grade der Hypertrophie schwerer ist, als ein normales Herz. Dadurch wird es geschehen, dass ein solches Herz, wenn der Patient am Rücken liegt, zurücksinkt, in Folge dessen der Druck, welchen es bei aufrechter Stellung des Kranken auf die umgebenden Lungenpartieen (speziell auf den vorderen Rand der linken Lunge) ausübt, ein geringerer wird, dadurch dieselben nach vorwärts rücken und dementsprechend eine Zunahme in der Ausdehnung des hellen vollen Perkussionsschalles in der Regio cardiaca zu Stande kommt. Vertauscht dagegen der Kranke die liegende Lage mit der stehenden, dann rückt das Herz nach vorne, verdrängt die angrenzenden Lungenabschnitte, kommt somit in grösserem Umfange an die vordere Thoraxwand zu liegen und auf diese Weise wird in demselben Verhältnisse der helle, volle Lungenton einem gedämpften, leeren Perkussionsschalle Platz machen.

Ich verfolge diesen Wechsel der Perkussionsverhältnisse nach der angegebenen, jeweiligen Lagerung des Patienten seit einer Reihe von Jahren, habe denselben in meinen Vorlesungen meinen Hörern wiederholt demonstrirt und habe besagtes Phänomen, seit ich ihm meine Aufmerksamkeit zugewendet, geradezu in allen Fällen, in denen eine Hypertrophia ventriculi sinistri vorlag, nachweisen können.

Was nun den klinischen Werth des angegebenen Wechsels der Perkussionsverhältnisse des Herzens je nach der verschiedenen Stellung des Patienten betrifft, so möchte ich demselben doch nicht jede Bedeutung abgesprochen wissen.

Ich habe nämlich einerseits eine beträchtliche Anzahl von Fällen von Hypertrophie des linken Ventrikels beobachtet, wo die in der Rückenlage des Patienten ausgeführte Perkussion einen nur geringen Grad von Vergrösserung des linken Herzens erkennen liess, während wenn ich den Patienten aufsitzen liess, das Vorhandensein einer ganz beträchtlichen Hypertrophia ventriculi sinistri sich herausstellte; andererseits habe ich aber auch einige Fälle von Hypertrophie des linken Ventrikels gesehen, wo der perkutorische Nachweis derselben einzig und allein nur bei aufrechter Stellung des Patienten möglich war. Bekanntlich steht nun aber der Grad einer Hypertrophie im geraden Verhältnisse zur Schwere eines Herzklappenfehlers, ein Umstand, welcher von weiland v. BAMBERGER mit besonderem Nachdruck als das wichtigste Moment, um über die Hochgradigkeit eines Herzfehlers ein Urtheil abzugeben, hervorgehoben wurde. In dieser Beziehung muss somit dem in Rede stehenden Phänomen ein gewisser Werth zuerkannt werden, nicht minder aber auch in jenen Fällen, in denen der Nachweis einer Hypertrophie des linken Ventrikels als ein für die Diagnose wichtiger Umstand zu bezeichnen ist, als da obenan zu nennen sind die Insufficienz der Aortenklappen und die interstitielle Nephritis. Ja in solchen Fällen von Aortenklappeninsufficienz, in denen die auscultatorischen Erscheinungen nur sehr wenig ausgesprochen sind, so dass das betreffende diastolische Geräusch leicht überhört werden kann, dürfte die in aufrechter Stellung des Patienten vorgenommene Perkussion des Herzens sich sogar als das geeignete Moment erweisen können, um den Arzt auf die richtige Fährte quoad Diagnosim zu führen.

Aehnlich verhält es sich mit der Nephritis interstitialis. So habe ich einen Fall von interstitieller Nierenentzündung in lebhafter Erinnerung, wo bei liegender Lage des Kranken sich betreff des Herzens perkutorisch kaum eine Abweichung von der Norm ergab, während als ich denselben aufstehen hiess und nun abermals untersuchte, sich das Vorhandensein einer ganz mächtigen Hypertrophia ventriculi sinistri nicht nur durch die Perkussion, sondern bereits durch die blosse Inspektion herausstellte. Ich läugne es nicht, dass ich in diesem Falle erst durch die Untersuchung des Patienten in aufrechter Stellung mich veranlasst sah auf die Eventualität, es könne sich etwa um eine interstitielle Nephritis handeln, zu vigiliren.

Fassen wir das in vorstehenden Zeilen Gesagte zusammen, so resultirt in Kürze ausgedrückt folgendes Ergebniss: Um sich über die Grössenverhältnisse des linken Ventrikels zu unterrichten, genügt nicht die Vornahme der Perkussion in der Rückenlage des Kranken, sondern ist es vielmehr nothwendig dieselbe auch bei aufrechter Stellung des Patienten auszuführen, indem erst durch letzteren Vorgang der Arzt in die Lage versetzt wird, sich über die thatsächlichen fraglichen Verhältnisse ein richtiges Urtheil zu bilden.

Ueber neuere Fortschritte der allgemeinen und lokalen Anästhesie und ihre Bedeutung für die poliklinische Krankenbehandlung. *)

Von **Dr. V. Ritter v. Hacker**.

Die operative Chirurgie verdankt, wie Ihnen allen bekannt ist, den ungeheuren, früher ungeahnten Aufschwung, den sie genommen hat, hauptsächlich zweierlei Errungenschaften der Neuzeit, der Narkose und der Antisepsis. Während die Einführung der Anästhesie, respektive der Narkose, bei den Operationen in die Mitte unseres Jahrhundertes fällt, ist die antiseptische Wundbehandlung, die nicht nur Staunen erregende Erfolge erringen, sondern auch zahlreiche wichtige physiologische und pathologische Erfahrungen gewinnen liess, ein Kind der jüngsten Zeit, wenig über 20 Jahre alt. Für viele grössere Operationen gab die Narkose die Möglichkeit der Ausführung, die Antisepsis das Vertrauen in die Sicherheit des Erfolges. Diese beiden Fortschritte brachten wieder eine hohe Ausbildung der Technik der Operationen und der Verbände sowohl der Wund- als Contentivverbände mit sich, wodurch eine gänzliche Verschiebung des ambulatorisch oder stationär behandelten Krankenmateriales herbeigeführt wurde, insoferne eine grosse Zahl der in der vorantiseptischen Zeit in den Abtheilungen behandelten Kranken jetzt in den Polikliniken behandelt und geheilt wird und eine grosse Zahl von Krankheiten an Organen, deren operative Verletzung vor Jahren als eine unverantwortliche Gefährdung des menschlichen Lebens bezeichnet worden wäre, an den Abtheilungen zur erfolgreichen chirurgischen Behandlung gelangt.

Die Zahl der die Ambulatorien aufsuchenden chirurgischen Fälle hat sich erheblich gesteigert, als unter dem Publikum bekannt wurde, dass man heute zu Tage bei vielen Verletzungen und selbst Knochenbrüchen, wie Schlüsselbein-, Vorder-, Oberarmbruch, bei Verrenkungen des Schulter- und Ellbogengelenkes nicht im Spital zu bleiben brauche, ebensowenig, um sich kleinere äusserlich gelegene Neubildungen, selbst wenn dieselben am Kopfe sässen, entfernen zu lassen, dass bei letzteren Operationen, sowie nach Verletzungen am Kopfe nicht mehr der Rothlauf, Fieber etc. zu befürchten sei.

Alle die genannten und noch viel mehr Erkrankungsprozesse, deren Aufzählung uns zu weit führen würde, werden jetzt erfolgreich poliklinisch behandelt. Ich will nur noch erwähnen, dass die immer ausgedehntere Verwendung der erstarrenden Verbände es mit sich brachte, dass ausser den Frakturen und Luxationen der oberen Extremitäten auch entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule (Spondylitis der Hals- und Brustwirbelsäule ohne Senkungsabscess), ebenso wie die seitlichen Verkrümmungen derselben und bei Kindern, die getragen werden können, das ganze Heer der verschiedenen Gelenkserkrankungen und Contrakturen durch Gipsverbände mit und ohne operative Eingriffe nur ambulatorisch behandelt werden konnte. Ja, durch die moderne Wundbehandlung wurde es möglich, bei Verletzungen auch die Naht der getrennten Sehnen und Nerven in der Poliklinik erfolgreich durchzuführen.

Durch die grössere Auswahl der Fälle hat auch die Wichtigkeit des poliklinischen Unterrichtes für Studierende und Aerzte bedeutend zugenommen, da hier die Gelegenheit geboten war, nicht nur die häufigsten der dem praktischen Arzte in der Ordination unterkommenden Fälle der sogenannten kleinen Chirurgie, sondern auch eine Anzahl von früher auf stationären Abtheilungen behandelten Erkrankungsprozessen, sowie orthopädischen Fällen aus eigener Anschauung kennen zu lernen und, was an den grossen Kliniken selten möglich ist, selbst viele der Fälle zu untersuchen und kleinere operative Eingriffe auszuführen.

*) Vortrag, gehalten zu Beginn des Kollegiums «Ueber Diagnose und Therapie chirurgischer Krankheiten» nach Eröffnung des neuen Hauses der allgemeinen Poliklinik in Wien, 10. Jänner 1893.

Auf die Steigerung der Mannigfaltigkeit des Lehrmateriales in den Polikliniken hat ausserdem auch noch der andere Hauptfortschritt der modernen Chirurgie, nämlich die Ausbildung der allgemeinen und lokalen Anästhesie bei schmerzhaften chirurgischen Operationen und Manipulationen, einen wesentlichen Einfluss genommen.

Mit den neueren Fortschritten der allgemeinen und lokalen Anästhesie, namentlich insoferne dieselben für die poliklinische Krankenbehandlung von besonderer Wichtigkeit sind, wollen wir uns heute etwas näher beschäftigen. Die prächtigen Räume, über welche in der neuen Wiener Poliklinik die chirurgischen Abtheilungen verfügen, sowie die dem jetzigen Standpunkte der Wundbehandlung entsprechend getroffenen Einrichtungen in diesen Abtheilungen, die im wesentlichen uns Abtheilungsvorständen überlassen worden waren, die Trennung der Räume für aseptische und nicht aseptische Operationen, die Bereitung und Sterilisirung der Verbandstoffe und Instrumente etc., all das wird uns im weiteren Verlaufe noch oft auffordern, über den anderen Hauptfortschritt der modernen Chirurgie, die antiseptische Wundbehandlung, und deren weiteres Fortschreiten zur aseptischen Wundbehandlung zu sprechen.

Wir besitzen jetzt eine grosse Auswahl von brauchbaren anästhetischen Mitteln, sowohl für die allgemeine Narkose (Inhalationsanästhesie), als für die lokale Anästhesie; ich will hier nur von den gegenwärtig in der poliklinischen Behandlung in Anwendung stehenden sprechen.

Von der allgemeinen Narkose wird bei grösseren Operationen, die voraussichtlich länger dauern und schmerzhaft sind, Gebrauch gemacht oder auch, wenn wir zur Feststellung der Diagnose oder zur Vornahme chirurgischer Manipulationen (Reposition von Luxationen etc.) vollständige Muskelerschlaffung benöthigen. Als empfehlenswertheste Methode der Narkotisirung wird jetzt wohl allgemein die Chloroformirung anerkannt, trotzdem bis in die jüngste Zeit darüber viel gestritten wurde, welchem der zwei erstentdeckten Anästhetica der Vorrang gebühre, dem Chloroform oder dem Schwefeläther.

Ich will hier auf die Details der Anwendung des uns unentbehrlich gewordenen Chloroforms, die möglichen üblen Zufälle dabei, die Kontraindikationen etc. nicht näher eingehen, sondern mein Hauptaugenmerk auf die Bereicherung richten, welche die Anästhetica in der letzten Zeit durch neu eingeführte Mittel erfahren haben, umsomehr, als dies gerade Narkotica für kürzer dauernde Operationen sind, wie wir sie so häufig in den Ambulatorien ausführen. Es sind in dieser Richtung das Bromäthyl und das Pental zu erwähnen. Mit dem letzteren Anästheticum wurden auf meiner chirurgischen Abtheilung im Erzherzogin Sophien-Spitale die ersten ausgedehnteren Versuche bei chirurgischen Eingriffen seit Anfangs November 1891 gemacht.[1])

Beide Mittel sind schon lange bekannt, aber erst in der letzten Zeit gelang es, dieselben rein darzustellen. Beide haben einen niedrigen Siedepunkt, Bromäthyl 39° C., Pental 38° C. und verdampfen daher rasch bei der gewöhnlichen Temperatur. Bei beiden Mitteln kann man, wenn man ein Fläschchen mit 10—20 *gr* verwendet, sehr rasch, in $\frac{1}{2}$—1 Minute bei Bromäthyl, in 1—$1\frac{1}{2}$ Minuten bei Pental, eine Narkose erzielen, und eine Anästhesirung, welche für alle rasch auszuführenden kleineren Operationen ausreicht; bei Pental konnte sogar die Narkose bis auf die Dauer einer halben Stunde verlängert werden.

Zur Einleitung der Narkose braucht man nur mit einem Male die ganze Menge in eine gut abgeschlossene Maske zu giessen und diese dicht vor Mund und Nase zu halten. Man kann sich allein dabei helfen. Die Narkose geht rasch vorüber. Sobald man den Korb entfernt, erwachen die Kranken in der Regel in $1\frac{1}{2}$—5 Minuten zum vollen Bewusstsein. Die Vor-

[1]) Dr. Breuer: Vortrag in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte 18. Dezember 1891.

bereitungen zur Operation, die Reinigung des Operationsfeldes, müssen schon vor Beginn der Narkose getroffen sein, damit sogleich bei Eintritt derselben operirt werden kann.

Wenn auch die beim Chloroformiren üblichen Vorsichtsmassregeln (Oeffnen enger Kleider, Entfernen von künstlichen Zähnen, Untersuchung des Herzens und der Lunge) weder beim Bromäthyl noch beim Pental ausser Acht gelassen werden dürfen, so kann der Kranke bei ganz kurzen Eingriffen (Zahnextraktionen etc.) in sitzender Stellung narkotisirt werden, bei etwas längerer Dauer ist auch hier die Rückenlage vorzuziehen.

Will man die Narkosen etwas länger ausdehnen, so halte ich es für zweckmässig, einen eigenen Korb zu verwenden, mit In- und Exspirationsventil, da man weniger von dem Mittel verbraucht, genau weiss, wie viel man verbraucht hat, und der Kranke nicht die durch die Ausathmung veränderten Dämpfe wieder einathmet. Ich selbst verwende dazu den Breuer'schen Korb, eine Modifikation der Clover'schen Maske, mit welcher auch die meisten Narkosen auf meiner Abtheilung des Erzherzogin Sophien-Spitales ausgeführt wurden.[1] Das Mittel wird hiebei in eine vor dem Inspirationsventil angebrachte Metallkapsel auf Watte oder Gaze aus einem geaichten Fläschchen aufgegossen. Man kann mit einem solchen Korb beide Narkosen ausführen. Ruhe in der Umgebung begünstigt den Eintritt der Narkose. Puls, Cornea und Athmung verhalten sich bei beiden Narkosen analog. Der Puls zeigt leichte Schwankungen bezüglich der Frequenz und Spannung, der Cornealreflex ist in leichteren Narkosen unverändert, in tieferen etwas herabgesetzt, die Athmung wird etwas oberflächlicher, die Pupillen sind gewöhnlich unverändert, bei Pental erweiterten sich dieselben bei einigen etwas über Mittelweite; in 5 Fällen, wo die Narkose eine viertel Stunde andauerte, ging die anfängliche Erweiterung in Verengung über. Muskelspasmen kommen bei beiden Mitteln vor, mitunter steigern sich dieselben selbst zu tonischen und klonischen Krämpfen.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Aus der chirurgischen Abtheilung des Erzherzogin Sophien-Spitales. (Vorstand Dozent Dr. V. v. Hacker): Wiener klinische Wochenschrift, 1892, Nr. 3 u. 4: «Ueber Pentalnarkose» von Dr. R. Breuer und Dr. A. Lindner, Sekundararzt obiger Anstalt.

Kombinirte Kurmethode veralteter Syphilisfälle mit Quecksilbereinreibungen und gleichzeitigen Schwefelbädern

Von Dr. Josef Dymnicki, Brunnenarzt in Busko.

Diese seit 50 Jahren an Schwefelwasserbadeorten meistens mit gutem Erfolge geübte Kurmethode hat viele Anhänger, aber auch einige Gegner.

Die Anhänger stützen sich auf die zahllosen günstigen Kurresultate, die Gegner aber auf die minder zahlreichen misslungenen Fälle, die sie chemisch zu begründen trachten, das elementäre Prinzip in Anwendung bringend, dass Schwefel mit dem Quecksilber eine unlösliche Verbindung bildet, die den erwünschten Heilerfolg ohneweiters vernichten müsse.

Unlängst hat man über diese Streitfrage in den Warschauer medizinischen Zeitungen (Medycyna, Gazeta Lekarska) sehr lebhaft polemisirt, und die Gesellschaft der Aerzte in Warschau hat sogar zur Lösung dieser Frage eine Preisaufgabe (150 Rub.) bis Ende März 1894 ausgeschrieben.

Als Brunnenarzt an Schwefelquellen Busko (Russ. Polen) seit 36 Jahren thätig, wo ich die in Rede stehende Kurmethode bei Syphilisfällen noch 1859 eingeführt, und viele Tausende Luetiker bis heutzutage damit behandelt habe, bin ich zu der festen Ueberzeugung gekommen, dass die kombinirte Kurmethode in den meisten, sogar schweren und vernachlässigten Fällen uns zum erwünschten Ziele zuführen vermöge.

Auf Grund meiner langjährigen Erfahrung kann ich nun mit ruhigem Gewissen behaupten, dass die dogmatische Unlösbarkeit des Schwefelquecksilbers keinen schädlichen Einfluss auf den Heilerfolg ausübe. Eifrige Gegner, von denen ich einzelne in Wien und Warschau kenne, müssen demnach ein anderes Hinderniss für die genannte Kurmethode, wenn sie ihre Meinung durchaus aufrecht erhalten wollen, aufsuchen.

Die Schwefelquecksilber-Verbindungen erscheinen auch unter gewissen Bedingungen vollkommen löslich. Gottlieb schreibt: «In dem Zustande feiner Vertheilung lässt sich das einfache Schwefelquecksilber mit den alkalischen Schwefelmetallen zu löslichen und krystallisirbaren Sulfonalsalzen vereinigen.»[1])

Wiggers behauptet dasselbe mit den Worten: «Bringt man gefälltes und ausgewaschenes Schwefelquecksilber in eine Lösung von Kali oder Natron und leitet man Schwefelwasserstoff hinein, so bilden sich Lösungen derselben Schwefelsalze, woraus mehr Schwefelwasserstoff wieder Schwefelquecksilber abscheidet.»[2])

Zinnober kann auch nach Stein gelöst werden: «Zur Prüfung des Zinnobers eignet sich Natrium oder Kaliumsulfhydrat (NaS, HS r. KaS, HS), indem sich derselbe darin mit grösster Leichtigkeit auflöst. Schwefelkalium löst ebenfalls den Zinnober auf, wenn es freies Aetzkali enthält.»[3])

Miahle hat auch den Zinnober im Ueberschusse von Schwefelwasserstoff oder Schwefelnatrium aufgelöst (Lersch. S. 580). Overbeck erreichte dasselbe vermittelst des Ozon.[4])

Fresenius, Feser und Hager bemerken auch in ihren Werken, dass das Mehrfach-Schwefelkalium in Gegenwart der Alkalioxydhydrate Schwefelquecksiber beim Kochen aufzulösen vermöge.

Es ist höchst wahrscheinlich, dass die Schwefelbäder, wenn auch nicht ganz analoge, so doch den obgenannten chemischen Vorgängen sehr nahe liegende, die Löslichkeit des Schwefelquecksilbers (wenn dieses in der Haut oder wo anders im Organismus der Patienten wirklich existirt?) erleichternde Verhältnisse bei der kombinirten Kurmethode abgeben.

Die hier angeführten chronischen Prozesse können jeden Vorurtheilsfreien offenbar überzeugen, dass die Hypothese der Gegner, mit welcher sie die in Rede stehende Kurmethode umzustürzen trachten, ganz illusorisch ist, und dies um so mehr, als das Vorhandensein des Schwefelquecksilbers bei dieser Procedur sehr zweifelhaft erscheint.

Es ist doch allgemein bekannt, dass chemisch reines Quecksilber mit dem Schwefel keine chemische Verbindung bilden könne, dazu ist Quecksilberoxydul erforderlich, von welchem aber das gut zugerichtete Ungt. ciner. frei bleiben soll. Zwar können wir dem Ungt. cinereum in Folge des Zubereitungsprozesses eine minimale Dose der Quecksilberoxydulsalze nicht absprechen, aber bei diesem Umstande müssen wir darauf bedacht sein, dass im Ungt. ciner. nur dem reinen Quecksilber, nicht aber den Quecksilberoxydulsalzen Wirkung zugeschrieben wird.

Overbeck, der in dieser Hinsicht an Thieren viel experimentirte, schreibt: «Der hauptsächlich wirksame Bestandtheil der grauen Salbe ist ihr Metallgehalt, nicht das beigemengte fettsaure Oxydul. Die grössere Wirkungsfähigkeit scheint fast dem reinen Ungt. ciner. vor der fettsauren Oxydulsalbe zuzukommen.»[5]) Aber, wenn wir auch Overbeck's Experimente minder berücksichtigen, so müssen wir doch der Lösbarkeit, des auf diese Weise entstandenen Schwefelquecksilbers, im Organismus Rechnung tragen.

Aus den hier angeführten Aussprüchen der berühmten pharmaceutischen Chemiker sind wir berechtigt zu schliessen, dass die kombinirte Kurmethode auf dem chemischen Wege,

[1]) Lehrbuch der Pharmaceutischen Chemie, B. II, S. 58 Berlin 1859.

[2]) Canstatt's Jahresbericht, 1856, S. 117.

[3]) Polyt. Centralblatt, S. 1289, Würzburg 1855.

[4]) Mercur und Syphilis, S. 313, Berlin 1861.

[5]) L. c. S. 288.

der sie sogar unterstützt, in keinem Misskredit gerathen könne.

Aus allen Schwefelquellen, wo man Luetiker mit gleichzeitigen Quecksilbereinreibungen behandelt, werden im Allgemeinen die besten Heilerfolge berichtet. Ich wäre im Stande, eine grosse Anzahl solcher Referate aufzuführen, aber ich will mich nur mit einem einzigen aus Aachen begnügen.

In der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde (Dr. EULENBURG, Berlin) referirt der in der Balneologischen Literatur weit bekannte Dr. B. M. LERSCH über Aachen mit folgenden Worten: «Die Behandlung alter Syphilis seit einigen Jahrzehnten ist fast eine Spezialität für Aachen geworden; sie geschieht bei gleichzeitiger Anwendung der Bade- und Trinkkur, fast immer durch Merkurialien, Jodkalium oder koncentrirtes Sassaparillendecoct, am häufigsten durch tägliche Einreibung von 3—5 *gr* Quecksilbersalbe nach der SIGMUND'schen Methode.» Und etwas weiter S. 10 lesen wir: «Ohne auf die theoretische Begründung dieser kombinirten Kurmethode näher einzugehen, als dies in den vorher gemachten Bemerkungen schon geschehen ist, darf hier als Resultat der Erfahrung ausgesprochen werden, dass die vereinte Wirkung der Aachener Badekur und der Specifica häufig von gutem, nicht selten von entscheidendem Erfolg ist. Manchmal ist freilich eine Wiederholung der Kur nothwendig.» DDr. SCHUMACHER, REUMONT und SCHUSTER referiren aus Aachen genau dasselbe.

Aber nicht nur Brunnenärzte begeistern sich für diese Kurmethode, auch viele Syphilidologen könnte ich als Anhänger derselben aufzählen. Um die Verhandlung nicht allzu sehr zu erweitern, will ich nur Professor Dr. KAPOSI erwähnen, der in seinem letzten Werke (Pathologie und Therapie der Syphilis, Stuttgart 1891, S. 487), wo von den Badekuren und Schwefelbädern gesprochen wird, unseren Gegenstand folgendermassen behandelt: «Die genannten Badekuren können daher als die Syphilisbehandlung wesentlich unterstützende Mittel angesehen und empfohlen werden. Dazu gesellt sich der, mit dem Gebrauche derselben in der Regel verbundene Aufenthalt in gesunder Gegend, welcher in Verbindung mit dem Fernbleiben von Berufsgeschäften, dem Organismus zu statten kommt. Wenn jedoch noch evidente Syphiliserscheinungen zugegen sind, muss, neben den genannten Bädern, auch die entsprechende specifische Behandlung Platz greifen. An Badeorten, wo rationelle und geschulte Aerzte thätig sind, geschieht solches auch in der That.» (S. 488).

Prof. KAPOSI hat demnach vor dem Schwefelquecksilber, welches sich bei Schwefelbädern nach der Meinung unserer Gegner bilden soll, keine Angst.

Die kombinirte Kurmethode stützt sich auf Thatsachen und grundlose Hypothesen können ihr keinen Schaden bringen. Praktisch muss die Sache, wenn sie uns auch keine Panace darbietet, als bewiesen angenommen werden; aber die Theorie der Wirkungsweise schwebt noch im Dunkeln.

Auf welche Art und Weise diese wirkt, kann man heutzutage streng wissenschaftlich nicht aufklären. ASTRIE's Theorie von der Löslichkeit der Quecksilberalbuminate vermittelst der Alkalisulfate ist in unserem Falle nicht ganz haltbar. Ausser dem Organismus kann dieses Experiment, was meine eigenen Untersuchungen auch bestätigen können, sein Recht haben; aber es wird uns doch von den Schicksalen des Quecksilbers und dessen Verbindnngen in verschiedenen Organen hinreichend nicht belehren.

Ich wäre geneigt zu behaupten, dass die Schwefelbäder hauptsächlich vermittelst ihrer Eigenschaft den Stoffwechsel stark anzuregen, bei der kombinirten Kurmethode günstig wirken. Der angeregte Stoffwechsel veranlasst wahrscheinlich dem Quecksilber mehr Gelegenheit sich mit dem Syphilisgifte in verschiedenen Organen zu begegnen, und dasselbe dort (sit venia verbo?) zu mortificiren, sowie auch das nicht ganz für den Organismus freundliche Metall aus demselben schnelller zu entfernen.

Freilich könnte auch diese Meinung als eine graue Hypothese gelten, aber in der Jetztzeit haben wir gar nichts Besseres vor der Hand. Die Gegner sollten sogar dieselbe in Erwägung nehmen.

Bei diesen Umständen wäre ich auch berechtigt die endgiltige Lösung der Preisaufgabe des Warschauer Aerztevereins in der bestimmten Zeitfrist zu bezweifeln. Wie sollte man dabei vorschreiten? Die Harnanalyse, sowie auch die der Se- und anderer Exkrete wird doch, wie wir das dem lehrreichen Elaborate Dr. PASCHKIS (Professors KAPOSI oben citirtes Werk) entnehmen, dazu nicht hinreichen.

Nur eine genaue Kenntniss der biologischen Verhältnisse des luetischen Mikroorganismus könnte uns belehren, ob dieser bei der kombinirten Kurmethode sicherer unschädlich gemacht, und schneller als gewöhnlich aus dem Organismus klinisirt werde.

Leider! in der Jetztzeit sind wir nicht im Stande darüber ein definitives Urtheil zu fällen.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 21. April 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Hofrath Prof. Billroth: *Demonstration zweier Fälle von Caries sicca.*

Vortragender weicht von der üblichen Methode, günstig verlaufende Fälle zu demonstriren, ab und demonstrirt einen Fall mit ungünstigem Ausgang, an dem man Vieles lernen könne. Vor 4 Jahren kam an die BILLROTH'sche Klinik ein Mann zur Aufnahme, welcher über Schmerzen und Steifigkeit im rechten Schultergelenke klagte. Vortragender stellte die Diagnose auf Caries sicca. Der erste Fall, den BILLROTH an der LANGENBECK'schen Klinik sah, betraf einen jungen Förster, welcher das Leiden bereits 7 Jahre hatte und wiederholt der Resektion unterzogen wurde. Es war damals gerade die Blüthezeit der Resektionen, welche mit mehr oder weniger günstigem Erfolge ausgeführt wurden. VIRCHOW gebraucht den Ausdruck Caries sicca auch für Arthritis deformans, wenn dieselbe zur Abschleifung der Gelenksenden geführt hat, was aber nicht empfehlenswerth ist, da man mit dem Namen «Caries» einen ganz bestimmten Begriff verbindet. BILLROTH kam zur Erkenntniss, dass diese Erkrankung eine Form von Spättuberkulose ist, welche meist jenseits des 25.—30. Lebensjahres vorkommt und bei der es nach längerer Zeit unter Schmerzen zur knöchernen Ankylose kommt. Meist konnte er diese Erkrankung am Schultergelenke beobachten, obwohl es auch von den Wirbeln bekannt ist, dass eine ganze Reihe von Wirbelcaries ohne Abscesse verlauft. In den Granulationen finden sich meist immer wenige Tuberkelbacillen, doch scheint es weder zur Käsebildung, noch zur Eiterung zu kommen.

BILLROTH hat sich lange Zeit, durch die ungünstigen Erfolge wenig aufgemuntert, gegen die Resektionspraxis tapfer gewährt. Durch die mannigfachen günstigen Erfolge, welche in Folge der runden Absägungen, z. B. von HOFFA gemeldet wurden, entschloss sich BILLROTH bei dem vorgestellten Falle, der ein kräftiges Individuum mit nicht besonders atrophischer Muskulatur betrifft, 2 Mal die Resektion auszuführen. Bei der Operation fand sich kein käsiger Herd im Knochen vor, doch war die Heilung von einer lang dauernden Eiterung gefolgt, die zu einer jetzt noch bestehenden, eine seröse Flüssigkeit entleerenden Fistel führte; ferner blieben alle Versuche, irgend welche Beweglichkeit im Schultergelenke zu veranlassen, erfolglos. Das obere Stück des Humerus stemmt sich an die Cavitas glenoidalis, so dass ein grosser Theil der Bicepskraft beim Heben des Armes, die nur mangelhaft gelingt, aufgebraucht wird. Ein Apparat, den Vortragender dem Patienten anlegen liess, erleichtert ihm nur wenig die Bewegung. Es sei ferner zu bedauern, dass man bei den Resektionen, selbst

bei sehr günstig gelegenen Verhältnissen, nie eine sichere Prognose stellen kann. BILLROTH will nun bei dem vorgestellten Falle den Versuch machen, das obere Ende des Humerus mit der Cavitas glenoidalis zu verbinden und so eine künstliche Ankylose herzustellen. Es sei immer besser conservativ zu verfahren, als Resektionen auszuüben, bei denen man nicht wissen könne, was herauskommt.

Ein zweiter vorgestellter Fall betrifft einen jungen Mann, bei welchem seit 4 Jahren Schmerzen im rechten Ellbogengelenke bestehen, das ohne Eiterung steif geworden ist. Daselbst ist eine geringe Verdickung zu verzeichnen, welche eine schmerzhafte Stelle enthält, die dafür spricht, dass der Prozess noch nicht abgelaufen ist. Die Muskulatur ist so atrophisch, dass nicht viel hier zu erreichen sein wird. Um den Arm brauchbarer zu machen, will denselben Vortragender in stark flectirte Stellung bringen und Versuche mit Einwickelungen und Einschnürungen machen, um eine künstliche Hyperämie zu erzeugen, von welcher Methode BILLROTH sehr zufriedenstellende Resultate sah. Zum Schlusse spricht Vortragender sein Bedauern darüber aus, dass in Wien kein Verein existire, welcher solchen Personen, deren rechter Arm gebrauchsunfähig geworden, das Fortkommen erleichtert; solche Leute können ganz gut zu anderen Dienstleistungen verwendet werden, da sie aber Niemand nimmt, so gehen sie meist betteln.

Prof. WEINLECHNER berichtet, dass er Caries sicca zumeist im Kindesalter angetroffen habe, besonders häufig im Schultergelenke. Bemerkenswerth sei die kolossale Steifigkeit, die grosse Schmerzhaftigkeit gegen jeden Bewegungsversuch, die Muskelatrophie, die lange Dauer des Leidens. Immer fand er Verlöthung des Humeruskopfes mit der Fossa glenoidalis, die Knorpelschichte abgehoben, im Inneren des Kopfes Granulationen. Auch ihm haben die Resektionen keine günstigen Resultate geliefert, so dass er sich in letzter Zeit zu den von HUETER empfohlenen Injektionen von 3% Carbolsäure entschloss, mit denen er zufrieden sei.

Prof. LORENZ bemerkt, dass es sehr schwer sei, ein ankylotisches Gelenk beweglich, oder umgekehrt ein bewegliches Gelenk ankylotisch zu machen, am leichtesten gelingt dies noch am Kniegelenke. Selbst am Hüftgelenke, wo man die Pfanne aufgefrischt und einen neuen Kopf geformt hat, sowie am Sprunggelenke, misslingt oft die knöcherne Verbindung der Sägeflächen. Es sei daher auch im vorliegenden Falle sehr wenig Aussicht auf eine knöcherne Verbindung im Schultergelenke vorhanden.

Prof. WEINLECHNER hält die Ankylose unter dieser Bedingung für möglich, dass nebst einer Verbindung mit der Fossa glenoidalis auch eine solche mit dem Prozessus acromialis in Angriff genommen würde. Gegenüber LORENZ müsse er betonen, dass die einfache Fixation durch Gypsverbände nicht genüge, um die knöchernen Theile zur Vereinigung zu bringen; dieselben müssen vielmehr aneinander genagelt werden. Was die Sägeflächen des Sprunggelenkes anlange, so habe LORENZ wahrscheinlich Fälle aus der Kinderpraxis vor Augen, bei denen man sich vor energischen Eingriffen scheut, so dass dann noch Reste von Knorpel zurückbleiben, welche eine Vereinigung verhüten.

* * *

Prof. Lang: Ein geheilter Fall von Lupus.

Vortragender führt aus, dass die üblichen Verfahren bei Lupus, wie Schaben, Cauterisiren, Aufpinseln von starken Sublimatlösungen, Pyrogallol u. s. w. wirkungslos sind. Da mittels derselben nur die oberflächlichsten Lupuspartien, aber nicht die tiefen Lupusnester getroffen werden. Recidiven stellen sich daher meist ein. Ein 17jähriger Patient, welcher seit dem 5. Lebensjahre an Lupuseruptionen litt und an dem alle möglichen Prozeduren, selbst Tuberculininjektionen, aber ohne Erfolg versucht wurden, kam auf die LANG'sche Abtheilung mit ausgebreitetem Lupus der ganzen rechten Gesichthälfte zur Aufnahme. Die ganze Lupuspartie wurde in toto umschnitten und der ganzen Tiefe nach, soweit die Lupusnester reichten, entfernt und die zurückbleibende Wunde mit THIERSCH'schen Epidermisstreifen gedeckt. Die Operation war eine sehr mühsame, da 50—60 Unterbindungen vorgenommen werden mussten. Jetzt findet sich eine narbige Haut, welche in zarten Falten abhebbar ist und unmittelbar in die gesunde Cutis übergeht. Die Operation wurde im Juni 1892 unternommen und seit dieser Zeit ist keine Recidive eingetreten, so dass die Operation in ähnlichen Fällen empfohlen werden kann. Das früher am unteren Augenlide bestandene Ektropium besteht noch immer, da ein solches durch die THIERSCH'sche Hauttransplantation überhaupt nicht gebessert wird.

* * *

Dr. Latzko: Ueber Osteomalacie (Demonstration).

Vortragender führt aus, dass sowohl die Pathologie als auch Therapie dieser Erkrankung so manche dunkle Punkte aufweisen. Die Diagnose dieser Erkrankung ist gemeinhin nicht schwer. Wenn von 19 Osteomalacien, welche Vortragender im Laufe von 7/4 Jahren zu sehen Gelegenheit hatte, nur 3 als Osteomalacie angesprochen wurden, so liegt der Grund darin, dass man an diese Erkrankung überhaupt selten denkt. Meist wird das Leiden als Parametritis oder Nervenleiden gedeutet. Die Krankheit ist auch nicht so selten und speziell in Wien häufen sich die Fälle, wenn man nach ihnen sucht, was aus der grossen Anzahl zu ersehen ist, die Vortragender bei einem relativ kleinen gynäkologischen Materiale in so kurzer Zeit zusammenbringen konnte.

Was die Ursachen der Osteomalacie anlangt, so wurden früher die Milchsäure, Phosphorsäure und Kohlensäure für dieselbe verantwortlich gemacht, doch haben die Michsäurefütterungen HEITZMANN's ein negatives Resultat ergeben, wie überhaupt die über diese Körper aufgestellten Theorien hinfällig erscheinen. Mehr Anhänger fand die K a l k e n t z i e h u n g s t h e o r i e. Es gelingt bei gewissen Thierspecies durch vollständige Kalkentziehung ein der Oesteomalacie ähnliches Krankheitsbild zu schaffen, sowie durch Verabreichung von Kalksalzen in manchen Fällen eine Besserung des Leidens zu bewirken. Durch WINKEL wurde diese Theorie dahin modificirt, dass er sagt, dass die Osteomalacischen sich in einem Zustande des Kalkhungers durch Auslaugung der Magenkontenta befinden. JAKSCH fand eine v e r m i n d e r t e A l k a l e s c e n z des Blutes, doch lässt sich ein sicherer Zusammenhang zwischen dieser Erscheinung und dem Leiden nicht finden. KOBLER fand die Schwefelsäure vermehrt, den Natroncoëfficienten vermindert. FEHLING fasst das Leiden als Angioneurose der Knochen auf, eingeleitet durch Trophoneurose der Ovarien. Er stützt diese Theorie damit, dass die ersten Symptome und Exacerbationen in der Schwangerschaft auftreten, die während der Menses zunehmen können, dass ferner an Osteomalacie Leidende sehr fruchtbar sind, dass endlich die Porrooperation und die Kastration das Leiden zur Heilung bringen. Die von FEHLING behaupteten Veränderungen der Adnexe sind von vielen Autoren angefochten worden. Es lässt sich auch von einer physiologischen Osteomalacie sprechen, da während der Schwangerschaft in der Spongiosa des Beckens und der Wirbelsäule der Osteomalacie ähnliche Veränderungen gefunden wurden. Die FEHLING-sche Theorie, so plausibel sie ist, ist doch nicht im Stande alles zu erklären. Für das endemische Auftreten der Osteomalacie hat man einen Parasiten verantwortlich gemacht, dessen Kulturversuche aber bis jetzt ein negatives Resultat ergaben. PETRONI fand im Harn von 4 Osteomalacischen eine Verminderung des Harnstoffes und ein unregelmässiges Vorkommen von Propepton und Nitriten. Vortragender hat nun im Vereine mit Dr. JOLLES diese Ergebnisse einer Nachprüfung unterzogen, welche eine konstante Verminderung des Harnstoffes, ein inkonstantes Vorkommen der beiden letztgenannten Körper ergaben. Bemerkenswerth aber ist, dass an jenen Tagen, wo Nitrite im Harne nicht nachweisbar waren, der Ammoniakgehalt vermehrt war.

Die Osteomalacie ist eine remittirende Erkrankung, deren erste Symptome und Exacerbationen in die Mitte der Schwangerschaft fallen. Hie und da treten auch Remissionen post partum auf, in seltenen Fällen auch die ersten Symptome. Auch bei Nulliparis wurde Osteomalacie beobachtet; Vortragender selbst sah noch keinen Fall. Der gewöhnlichste Sitz der Erkrankung ist das Becken, dann kommen die unteren Thoraxpartien, der Schultergürtel, das Sternum und die unteren Extremitäten, seltener der Schädel. Vortragender sah einen Fall, in dem die Hinterhauptsschuppe erkrankt war. Bemerkenswerth sind die Veränderungen der Muskulatur, und zwar fibröse Degeneration und Atrophie. Noch wichtiger sind die

Contracturen im Bereiche der erkrankten Skelettpartien, besonders in der Adductorengruppe, die oft sehr mächtig werden können und denen in Bezug auf beginnende Osteomalacie ein hoher diagnostischer Werth zukommt. Ob man es hier mit einer primären oder sekundären Muskelerkrankung zu thun hat, ist noch nicht sichergestellt.

Die Osteomalacie galt bis FEHLING als unheilbar. Bekannt ist ihre Heilbarkeit durch Phosphor. Den in der Literatur publicirten, durch Phosphor geheilten Fällen fügt Vortragender weitere 11 Fälle zu. Nur bei einer senilen, sowie bei einer nicht puerperalen Osteomalacie liess ihn die Phosphortherapie im Stiche, die übrigen Fälle reagirten prompt auf Phosphor. Die Dauer der Behandlung beträgt durchschnittlich $^1/_4$—$^3/_4$ Jahre. Die Wirkung des Phosphor wird zurückgeführt auf die Fähigkeit, die Oxydationsvorgänge im Organismus herabzusetzen. In zweiter Linie ist die Operation nach PORRO zu erwähnen, die Vortragender 2 Mal mit günstigem Erfolge ausgeführt hat. Endlich ist als sichere Heilmethode die Kastration zu erwähnen. Die beiden Operationen haben die Eigenthümlichkeit, dass nach ihnen die Besserung rapid eintritt, so dass schon wenige Tage nach der Operation die ärgsten Schmerzen nachlassen, und die Beweglichkeit wieder hergestellt wird. PETRONI hebt hervor, dass die Chloroformnarkose bei diesen Operationen das Wesentliche sei, da das Chloroform die Bacillen tödte. PETRONI verweist auf die durch den konservativen Kaiserschnitt, sowie durch Chloralhydrat geheilten Fälle. Vortragender fand, dass die gegen Phosphor renitenten Fälle, sich auch nicht anders gegen Chloralhydrat verhielten. Bei einem anderen Falle von frischer Osteomalacie hat Vortragender eine 3stündige Chloroformnarkose ein geleitet, nach der merkwürdiger Weise eine rasche Besserung eintrat. Vortragender glaubt, dass der Einfluss der Kastration auf die Osteomalacie in der Unterbrechung der Beziehungen der Geschlechtssphäre zum Knochensysteme liege. Man kann ferner im Sinne PETRONI's einen parasitären Erreger annehmen; der vom Vortragenden citirte, durch Chloroformnarkose gebesserte Fall lässt keine andere Deutung zu, als dass durch das Chloroform der Mikroorganismus getödtet, oder in seiner Entwicklung gehemmt wird. Bei dem konservativen Kaiserschnitte dürfte daher die Chloroformnarkose das Wirksame sein, während beim PORRO die Besserung auf eine Kombination der Narkose mit der Unterbrechung des Einflusses der Geschlechtssphäre zurückzuführen sein wird.

Vortragender kommt nun zu folgenden Schlusssätzen:

1. Bei Nichtschwangeren hat die Kastration als gefährliche Operation in den Hintergrund zu treten, gegenüber der internen Behandlung; sie wird nur auf geschlechtsreife Frauen beschränkt bleiben, bei denen die medikamentöse Therapie nichts hilft.

2. Bei schwangeren Frauen mit absoluter Beckenenge bleibt die Wahl zwischen PORRO und künstlichem Abortus, bei relativer Beckenenge tritt die Symphyseotomie in ihre Rechte.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 19. April 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

***Prof. Winternitz:** Ueber mechanische und thermische Einflüsse auf die Muskelkraft.*

Dass Muskelaktionen hygienisch günstig zu wirken, die Gesundheit zu erhalten, Krankheiten vorzubauen und eventuell auch zu heilen im Stande sind, erscheint durch eine massige Literatur gestützt. Und dennoch begegnet man oft der Thatsache, dass von zwei Aerzten am Krankenbette eines Patienten der eine unbedingte Bettruhe, der andere ganz gegentheilig energische Muskelarbeit empfiehlt, und anscheinend Beide mit Recht. Vortragender selbst hat vor einigen Jahren an sich selbst einen heftigen Influenzaanfall durch intensive Muskelarbeit coupirt und in seiner langjährigen Praxis so manche Fieberformen durch entsprechende Bewegungen schwinden gesehen. Ebenso bekannt als unbegreiflich ist es, dass so manche Intermittenskranke ihrem Wechselfieber davonlaufen, in manchen Fällen postponirt der Anfall, in anderen kommt er überhaupt nicht wieder. Ein kalter Wasserstrahl kann oft einen Intermittensanfall gänzlich verhüten. So sah auch WINTERNITZ manche Diarrhoen und selbst Dysenterien unter kräftigen Muskelbewegungen schwinden. Ferner gibt es auch eine Menge von Choreaformen, welche durch aktive Muskelbewegungen verschlimmert werden, aber es gibt keine Chorea, die nicht durch passive Bewegungen momentan besser, ja oft sogar geheilt würde.

Es ist eine Thatsache, dass beim Besteigen eines Berges die Körpertemperatur entweder sinkt oder nur unbedeutend steigt, beim Bergabstieg dagegen viel mächtiger in die Höhe geht. Vortragender spricht ferner seine Ueberzeugung aus, dass zur Besiegung von Intoxikationen, besonders von Autointoxikationen eine entsprechend geregelte aktive und passive Muskelbewegung am meisten beiträgt. Jeder Muskel wird gegen Ermüdung weniger widerstandsfähig, wenn man den flüssigen Extrakt eines ermüdetrn Muskels durch denselben durchfliessen lässt. In einem ermüdeten Muskel bilden sich Milchsäure, sauere Phosphate und andere noch nicht genügend gekennzeichnete Toxine, welche durch das zufliessende Blut neutralisirt und weggeschwemmt werden. Es ist kein Zweifel, dass bei der Muskelaktion eine Menge solcher Rückbildungsprozesse des Stoffwechsels aus dem Körper wegg-führt werden, die denselben sonst sehr schwer verlassen. Von diesen Gesichtspunkten aus sind natürlich alle jene physiologischen Reize, welche die Muskelaktion zu steigern, die Widerstandskraft der Muskeln gegen Ermüdung zu erhöhen im Stande sind, von grosser Bedeutung. Es gibt keine Einwirkung, welche so mächtige Veränderungen im respiratorischen Gaswechsel hervorzurufen im Stande wäre, wie die Muskelaktion. Nicht nur die Kohlensäure, sondern auch eine Menge anderer giftiger Substanzen werden durch dieselbe ausgeschieden, womit auch die günstige Einwirkung bei vielen Infektionskrankheiten ihre Erklärung finden dürfte.

Zwei italienische Forscher haben nun den von MOSSO konstruirten Ergographen zu ihren Untersuchungen benützt. Durch denselben erhält man Kurven, welche für jedes Individuum eine bestimmte charakteristische Form haben, die sich noch nach Jahren erhält. MOSSO hat gefunden, dass die Muskelkraft nach schweren Arbeiten und ganz besonders nach geistiger Thätigkeit, sehr erschöpft wird. Letztere bewirkt eine besonders lange anhaltende Ermüdung, die langsamer schwindet als die Ermüdung nach mechanischer Arbeit und Hunger. MOSSO wies ferner nach, dass ein kaltes Bad, sowie energische Muskelaktion, besonders Massage, die Widerstandskraft der Muskeln gegen Ermüdung hebt, warme Bäder dieselbe herabsetzen. Kalte Douchbäder, bei denen zu der Kälte noch der mechanische Faktor hinzukommt, erhöhen noch mehr die Widerstandskraft. Wo es sich also um ein tonisirendes Verfahren handelt, wird man entweder mit niedrigen Temperaturen oder mit stärkeren Muskelaktionen Versuche anstellen müssen. Es wäre ferner aber auch der negativen Indikation Rechnung zu tragen, dass man bei Collapserscheinungen sich hüten müsse, warme Einwicklungen vorzunehmen, wenn nicht mechanische Reize mit ihnen verbunden sind.

Dr. Em. Mandl.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Geschichte der medizinischen Wissenschaften in Deutschland.

Von **Dr. August Hirsch.**

Druck und Verlag von R. Oldenburg. München und Leipzig. 1893.

Veranlasst durch die historische Kommission der bayerischen Akademie der Wissenschaften, unterzog sich Verfasser der mühevollen Aufgabe, ein nationales Werk zu schaffen, welches nicht als Handbuch für den Fachmann bestimmt ist, sondern ein Gemeingut für alle Klassen der gebildeten Stände in Deutschland abgeben soll. Er war dabei beflissen, diejenigen Leistungen, welche von der deutschen Gelehrtenwelt ausgegangen sind, vollständig und in hellen Farben aufzutragen, so dass sich die deutsche Medizin von der Entwicklungsgeschichte der gesammten Medizin gewissermassen plastisch abhebt. Dabei ist der Inhalt möglichst populär gehalten, so dass das Werk auch von Laien mit Interesse gelesen werden dürfte.

M. A.

Therapeutisches Handlexikon für Aerzte und Studirende.

Enthaltend in 860 Artikeln und 3100 Rezeptformeln die gebräuchlichen und neuesten Heilmittel und Heilmethoden, nebst einem Anhange: «Allgemeine Therapie.»

Von **Dr. Th. Zerner jun.**

Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage.

Verlag von Moriz Perles. Wien 1893.

Verfasser hat aus der grossen Menge von Spezialarbeiten das Wissenswertheste und Verwendbarste herausgenommen und in diesem Werkchen niedergelegt, wobei aus dem enormen Zuwachs moderner Mittel alles ausgeschieden wurde, was sich nicht bewährt hat; nur das Brauchbare hat Aufnahme gefunden. Das Werk ist ein werthvolles Nachschlagebuch und kann als solches jedem Arzte empfohlen werden. *E. M.*

Zeitungsschau.

A. Rose (New-York): **Das permanente warme Bad als Heilmittel bei Gelenkerheumatismus.** (Medical Record. — Allgem. medic. Central-Zeitung Nr. 11, 1893.)

Verfasser hat bereits 1889 in einer Publikation das permanente warme Bad als treffliches Heilmittel gegen das Erisypel empfohlen; er wies darauf hin, dass der ganze Verlauf dieser infektiösen Krankheit sich auf einmal besserte, die Temperatur sich verminderte und die Schmerzen nachliessen; der Effekt wurde damals derartig erklärt, dass das nur um einige Grade wärmer als die Bluttemperatur gehaltene Wasser die eingetauchten Körpertheile anschwellen lässt; dieselben verlieren dann die Fähigkeit, Entzündungskeime zu absorbiren, weil die Lymphbahnen versperrt sind; in Folge dessen sind auch die Wege für die Infektionsverbreitung geschlossen und der bereits bestehende Entzündungsherd bleibt so isolirt. — Der grosse Werth des warmen Bades tritt auch bei der Behandlung der Arthritis deutlich hervor; der Einfluss des Bades auf die Innervation, auf die Cirkulation, den Stoffwechsel, die Verminderung der Schmerzen und die Beschleunigung der Resorption machen es ganz besonders geeignet zur Therapie der hartnäckigen Gelenksentzündungen. Es sind allerdings noch nicht bestimmte Verordnungen über die Anwendungen des permanenten Bades aufzustellen, da unsere Erkenntniss zu sehr auf den empirischen Thatsachen beruht, deren physiologische Grundlage noch mangelhaft ist. —

Folgende Krankengeschichte möge das zu schildernde Verfahren illustriren. Eine 24jährige, bis dahin stets gesund gebliebene Magd erkrankte an Rheumatismus; die Anwendung der verschiedenen Antirheumatica war ohne Erfolg geblieben; nur ein Fixationsverband hatte Linderung verschafft, hinterliess aber nach einer zweimaligen Anlegung eine Steifheit des Armes. Die versuchte Flexion und Extension in der Narkose führte zu keinem Ziele, die exsudative Synovitis nahm im Gegentheil eher zu, und die Beweglichkeit der Extremität war auf ein Minimum beschränkt; eine längere Krankenhausbehandlung besserte das Leiden keineswegs und die Patientin kam in einem desolaten Zustande in die Behandlung des Verfassers. Mitte Dezember 1891 wurde der Arm der Kranken in ein warmes Bad gebracht; das Wasser wurde öfters erneuert und auf einer so hohen Temperatur gehalten, als es die Kranke nur aushalten konnte; für die Nacht wurden feuchte Kompressen gemacht; von jeder medikamentösen Anwendung sah man vorläufig ab. Der Erfolg war ein sehr schöner, die Schmerzen hörten sofort auf, die Bewegungen wurden von Tag zu Tag freier, sie waren am 10. Tage bereits normal, so dass die Patientin bald ihrer Beschäftigung wieder nachgehen konnte; da sie in Folge ihrer Thätigkeit als Wäscherin leicht neuen rheumatischen Insulten ausgesetzt ist, so badet sie bei frischen Anfällen bald, und zwar mit gleichem Erfolge.

Ueber diesen Gegenstand ist im allgemeinen bis jetzt noch wenig veröffentlicht worden. Eine ähnliche Methode wird übrigens in Lenk, Canton Wallis ausgeübt; man führt mit den dortigen indifferenten Thermen eine ca. 25tägige Kur aus; die Anfangsdauer des Bades beträgt zunächst eine halbe Stunde, steigt aber allmälich auf 5—8 Stunden, um später wieder kürzer zu werden, bis die Anfangsdauer wieder zuletzt erreicht ist; das Baden findet gemeinschaftlich in grossen Räumen statt, welche mit Komfort ausgestattet sind und Gelegenheit zur gesellschaftlichen Unterhaltung bieten. Man behandelt dort angeblich mit Erfolg die Gicht, Gelenkrheumatismus, chronische Exantheme, Psoriasis, Eczeme, Prurigo etc. —

Das permanente Bad wurde bereits von Hueter gegen chronischen Rheumatismus empfohlen, namentlich aber bei Arthritis deformans; nach seinem eigenen Ausspruche wird es von keinem anderen Mittel übertroffen; es wird meistens gut vertragen. Interessant ist es, dass die Japaner dasselbe gegen die meisten Krankheiten anwenden, und verschiedene Badeorte haben, wo sie nach den gleichen Prinzipien behandeln, wie in dem vorhin erwähnten schweizerischen Orte. —

Was die physiologischen Verhältnisse anbelangt, so weiss man, dass ein kaltes Bad zunächst eine Gefässkontraktion erzeugt, welche erst später von einer Dilatation der Gefässe gefolgt ist. Die lokale Anämie verwandelt sich dann in eine Hyperämie; die Capillaren werden gefüllt und die Cirkulation wird beschleunigt. Das warme Bad wirkt in entgegengesetztem Sinne; das Gewebe wird schlaff, die Capillaren füllen sich an und erweitern sich. Namentlich im Beginne ist der Effekt ein starker und lang anhaltender. Hört dann der thermische Einfluss auf zu wirken, so kontrahiren sich die Gefässe und beschleunigen ebenfalls die Cirkulation. Bleibt ein Körpertheil längere Zeit im warmen Wasser, so vergrössert sich sein Volumen, indem es anschwillt. Winternitz stellte diesbezügliche Messungen an und konnte die Volumenszunahme mit seinem eigens dazu konstruirten Messapparat beobachten; der Unterschied, ob der Körpertheil in kaltem oder warmem Wasser getaucht war, zeigte sich bei den Messungen ganz deutlich. Die Volumenszunahme erklärt sich leicht schon durch die Erschlaffung der Gefässe und die Anfüllung derselben mit Blut. Die Hauttemperatur ist in der Regel um einige Grade kälter als die der Axilla. Befindet sich aber der Körper im permanenten, warmen Bade, so steigt die Temperatur der Haut fast bis auf die Temperatur der inneren Organe, so dass diese nur um eine Kleinigkeit noch wärmer sind; diese Temperaturveränderung geht in der Regel mit einer Pulsverlangsamung einher, und mit einer allgemeinen Erschlaffung der Muskeln; die Herabsetzung der Wärmeabgabe des Körpers ist für therapeutische Zwecke sehr wichtig; ferner ist es nach den physiologischen Kenntnissen sehr wahrscheinlich, dass die Durchfeuchtung der peripherischen Nervenendigungen die Erregbarkeit derselben ebenso sehr herabsetzt, wie ihre Austrocknung sie steigert. In Folge der Unterdrückung der Transpiration wird viel Wärme und Feuchtigkeit in der Haut festgehalten und dadurch lässt sich die beruhigende Wirkung des Bades vielleicht zum grossen Theile erklären; dass die letztere thatsächlich auf der Durchfeuchtung der Haut und der dort befindlichen Nervenendigungen beruht, lässt sich auch aus der anästhesirenden Wirkung der hypodermatischen Wasserinjektionen folgern. Der thermische Einfluss auf den Stoffwechsel ist ebenfalls unverkennbar; die ermüdeten Muskeln erholen sich am besten im warmen Bade. Die höheren Grade der Ermüdung sind bekanntlich dadurch bedingt, dass eine starke Anhäufung der Stoffwechselprodukte in den Muskeln stattfindet. Die durch das Bad erzielte beschleunigte Cirkulation erleichtert die Fortschaffung dieser Produkte und erklärt so sehr leicht die stimulirende Wirkung. Endlich ist vielleicht noch an eine Erregung der Hemmungsnerven durch das Bad zu denken; jedenfalls sind die erwähnten Faktoren wichtig genug, um für die therapeutische Heranziehung der permanenten Bäder zu sprechen, und wünschenswerth wäre es, wenn diese, bis jetzt noch wenig bekannten Beziehungen des Stoffwechsels und des Bades genauer studirt werden würden.

Janet: Hysterische Anästhesie. (Arch. de neurol. — Centralbl. f. klin. Medizin Nr. 15, 1893).

Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, die hysterische Anästhesie mit ihren eigenthümlichen Manifestationen vom psychologischen Standpunkt aus zu erklären.

Die Anästhesie gehört zu den häufigsten Symptomen der Hysterie; sie fehlt kaum in 5% der Fälle. Man kann sie in drei Gattungen eintheilen:

1. Die symptomatische Anästhesie besteht darin, dass nur bestimmte, ein System bildende Empfindungen zum Bewusstsein kommen. Die Kranken haben gewisse Gefühls-, Geschmacks-, Gesichts- und Gehörsempfindungen, während die übrigen für das Bewusstsein verloren gehen.

2. Die lokalisirte Anästhesie findet sich an einzelnen Körpertheilen, ohne Rücksicht auf anatomische Beziehungen. Die Vertheilung der Anästhesie ist eine rein physiologische: sie ergreift eine ganze Hand, einen ganzen Arm und nicht etwa die von einem bestimmten Nerven innervirten Theile; nicht anatomische Läsionen, sondern die populären Vorstellungen von den physiologischen Funktionen lassen die Anästhesie bei den Hysterischen entstehen.

3. Allgemeine Anästhesien, welche den ganzen Körper betreffen.

Von grosser Wichtigkeit ist die Thatsache, dass die Hysterischen unter ihrer Anästhesie nicht leiden, dass sie keine unangenehme oder störende Empfindung davon haben, dass sie ihre eigene Anästhesie gar nicht kennen; im Gegensatz dazu kommen die auf anatomischen Läsionen beruhenden Anästhesien dem Kranken zum vollen Bewusstsein durch perverse Empfindungen, Verbrennungen etc. So werden die hysterischen Anästhesien meist erst durch eine genaue Untersuchung entdeckt. Ebenso können sich Hysterische mit ausserordentlich eingeschränktem Gesichtsfelde frei bewegen. Von den zahlreichen interessanten Beispielen sei hier eins mitgetheilt:

Eine Hysterische mit totaler Anästhesie wird wegen dieser Erkrankung an den Beinen elektrisirt; sie fühlt davon nichts, während die Muskeln gut reagiren. Plötzlich bemerkt der Arzt, dass der Strom unterbrochen ist; trotzdem erfolgt auf jede Berührung eine Zuckung. Auch bei geschlossenen Augen zeigt sich dieses Phänomen. Es ist das gewiss eine Suggestion; aber wie kommt der anästhetischen Kranken die Berührung der Elektrode zum Bewusstsein? Wie kommt es, dass eine Hysterische mit einseitiger Amaurose einen Gegenstand, den sie vermittels besonderer Vorrichtungen nur mit diesem Auge sehen kann, wirklich sieht und richtig bezeichnet; dass man bei einer Kranken, die in ihren hysterischen Anfällen die Hände wie im Schreck erhebt' den Anfall hervorrufen kann durch Erhebung der Arme, während in Wirklichkeit ihr Muskelsinn total verschunden ist? Da erwiesen ist, dass es sich nicht um Simulation handelt, so muss man dies Problem anders zu erklären suchen.

Jede Empfindung besteht aus 2 Theilen, die in 2 Zeiten vor sich gehen. Das erste sind die elementaren Empfindungen, wie Gefühl, optische Wahrbehmung etc. Erst in zweiter Linie kommt die persönliche Perception, durch welche die ersteren zum Bewusstsein gelangen. Nun können nicht alle elementaren Empfindungen, die zu gleicher Zeit auf die Sinne einwirken, auch zugleich aufgenommen werden; die Zahl derselben ist bei den verschiedenen Menschen verschieden und hängt ab von der Breite des psychischen Perceptionsfeldes. Ist dieses sehr beschränkt, so können nur 3 oder gar nur 2 Empfindungen zu gleicher Zeit zum Bewusstsein gelangen und hier fängt das Krankhafte an. Personen mit so engen Perceptionsfeldern, die vielleicht nur 2 Empfindungen synthetisch vereinigen können, bilden die wichtigsten Sinne, Auge und Ohr, aus und vernachlässigen die taktilen und muskulären Empfindungen, und eines Tages wird durch den Arzt die Anästhesie konstatirt.

Man kann diese Hypothesen durch Thatsachen beweisen. Die Empfindungen werden von den Hysterischen thatsächlich gefühlt, aber sie kommen nicht zum Bewusstsein. Dies zeigt sich schon darin, dass die Hautreflexe meist trotz der Anästhesie vorhanden sind; fernere Beispiele: durch Berührung gewisser Gegenstände können trotz der Anästhesie bestimmte Ideenassociationen hervorgerufen werden, ebenso unwillkürliche Bewegungen und ähnliche reflektorische Vorgänge, Erinnerungen etc. Analog diesen Thatsachen kann man durch Ablenkung der Aufmerksamkeit eine Anästhesie an einem vorher sensiblen Theile hervorrufen.

Aus all' Diesem schliesst der Verfasser, dass die hysterische Anästhesie eine psychologische Krankheit des Geistes ist. Sie existirt nicht an der Peripherie, sondern in der Hirnrinde. Sie ist nicht eine Anomalie der elementaren Empfindungen, sondern eine Beschränkung des psychischen Perceptionsfeldes.

Wl. Bieganski (Czastochow): **Ueber Lymphosarcoma generalisatum und dessen Verhältniss zur Leukämie.** (Nowiny Lekarskie. Nr. 10, 1892.)

Pseudoleukämie stellt einen kollektiven klinischen Ausdruck für verschiedene krankhafte Zustände auf Grund eines allzu allgemeinen anatomisch-pathologischen Symptomes dar, während das echte Lymphosarcom, als maligner Neubildungsprozess ein vollständig abgesondertes klinisches Bild umfasst. Hier handelt es sich um ein primäres Neoplasma, welches, ursprünglich von bestimmten Lympdrüsen ausgehend, bald auf die Umgebung übergreift und erst später Metastasen bildet. Der Ausdruck Lymphosarcomatosis entspricht jedoch nur gewissen Formen, die chronisch verlaufen und mit Cachexie einhergehen, nicht aber den akuten, schnell zum Tode führenden Fällen, wo Anämie und Kachexie nicht zur Ausbildung kommen könne. Daher schlägt BIEGANSKI die Bezeichnung Lymphosarcoma generalisatum als passender vor. Als Beweis, dass dieser Prozess nicht blos anatomisch, sondern auch klinisch differencirt werden kann, führt Verfasser einen bezüglichen Fall seiner Beobachtung an, in welchem Erscheinungen von Anämie fehlten, hingegen bei der Nekroskopie ein primäres Drüsenneoplasma im Mediastinum nachgewiesen werden konnte, von welchem aus konsekutiv andere auch entfernt liegende Drüsen mit in die Affektion einbezogen wurden, während bei Pseudoleukämie die Drüsen meist allgemein und gleichmässig afficirt sind, ohne dass man sagen könnte, von wo der Prozess seinen Ausgangspunkt nahm. Der paradoxale Puls und das Caput Medusae gestatteten in dem angeführten Falle die Diagnose auf Tumor mediastini und Schwellung der periportalen Lymphdrüsen. *Sp.*

Prof. Peter: Subkutane Injektionen von Guajacol gegen Lungentuberkulose. (Gazette des hôpitaux, Nr. 11, 1893.)

Als die idealste wirksame Behandlung der Lungenphthise ist, wie Verfasser diese Arbeit einleitet, diejenige zu betrachten, die das Maximum von Hygiene mit dem Minimum von Arzneisubstanzen verbindet. Ein sehr geeignetes Hilfsmittel der hygienischen Behandlung sieht er in den Injektionen von Guajacol, das er in Form von PICOT'scher Solution (Ol. Olivar. sterilis. 100·0; Guajacol 5·0; Jodoform 1·0), von der 2—4 *kc* täglich subkutan injicirt werden, ordinirt, so dass während 24 Stunden 0·15—0·30 Guajacol verbraucht werden; man kann jedoch unter Umständen die Dosis des Mittels bis zu 0·30 steigern. Von den 10 Fällen, bei denen er diese Methode versuchte, wurden 4 gebessert und starben 3 während der Behandlung. In 2 Fällen zeigte sich Hämoptyse und 1 starb an Fettembolie. Nach Verfasser wirkten die Injektionen in der Weise, dass sie der tuberkulösen Hyperämie eine fugitive und heilbare substituiren. Durch das Mittel werden Husten und Expectoration günstig beeinflusst, da diese Symptome abnehmen. Auch der Schlaf wird besser, Fieber und Nachtschweisse hören auf. der Appetit kehrt wieder und das Körpergewicht sowie die physische Kraft. Die Wirkung der Behandlung muss sorgfältig überwacht werden, da durch die Einspritzungen Pneumonie, Hämoptoë, akute Phthise und Fettembolie hervorgebracht werden können. Derartige widrige Erscheinungen sind dann als bevorstehend zu befürchten, wenn der Geschmack des Mittels längere Zeit auf der Zunge zurückbleibt, der Urin dunkel gefärbt ist oder wenn die Temperatur auf 40—41° steigt oder aber auf 35—34° herabsinkt. Auch bei fötider Bronchitis, chronischer Bronchitis und Bronchiectasie beobachtete man nach den Injektionen von Guajacol günstige Resultate. Dem Kreosot zieht Verfasser das Guajacol deshalb vor, weil dieses in geringeren Dosen dieselbe Wirkung wie jenes erzeugt.

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Die jüngsten Congresse im Reich und in Berlin. — 10. preussischer Medicinalbeamten-Verein. — 22. Chirurgen-Congress in Berlin. — Das Reichsseuchengesetz.

(Fortsetzung und Schluss.)

Den Mittelpunkt der Verhandlungen bildete indess der Gesetzentwurf über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Der Referent Dr. RAPMUND-Minden unterbreitete der Versammlung folgende Thesen: «I. Im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege ist eine einheitliche Regelung des Verfahrens betreffs Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten auf dem Wege der Reichsgesetzgebung dringend geboten. Ein derartiges Gesetz erfüllt aber nur dann seinen Zweck, wenn es sich nicht nur auf diejenigen Seuchen erstreckt, die vom Auslande her eingeschleppt werden können, sondern auch auf die gefährlicheren, in Deutschland einheimischen ansteckenden Krankheiten Anwendung findet. II. Der dem Bundesrathe vorgelegte und von dem Verein mit Freuden begrüsste Entwurf entspricht im Allgemeinen den in dieser Hinsicht zu stellenden Anforderungen, es empfiehlt sich jedoch, denselben noch nach folgenden Gesichtspunkten einer Abänderung zu unterziehen: 1. Die Bestimmungen über die anzeigepflichtigen Krankheiten und über die anzeigepflichtigen Personen sind statt in je zwei in je einem Paragraphen zusammenzufassen. 2. Die Anzeigepflicht ist auf den epidemischen Kopfgenickkrampf, sowie auf die Todesfälle in Folge einer anzeigepflichtigen Krankheit auszudehnen. Von der Anzeige der Todesfälle ist jedoch in denjenigen Theilen des Reiches zu entbinden, in denen die obligatorische Leichenschau besteht und die Anzeige an den beamteten Arzt gewährleistet ist. 3. Die bei Erkrankungen an gemeingefährlichen Krankheiten zu erstattenden Anzeigen sind nur an eine Behörde und zwar an den beamteten Arzt zu richten. 4. Für grossjährige Familienmitglieder und sonstige Hausgenossen erscheint eine Verpflichtung zur Anzeige nicht nothwendig. 5. Die Form der Meldekarten über Erkrankungen an ansteckenden Krankheiten ist durch den Bundesrath zu bestimmen. Durch die Erstattung der Anzeige dürfen dem Absender keine Kosten erwachsen. 6. Dem beamteten Arzte ist die Verpflichtung aufzuerlegen, der Ortspolizeibehörde von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens von ansteckenden Krankheiten «sofort» in Kenntniss zu setzen. 7. Die in § 7 des Entwurfs den Polizeibehörden eingeräumte Befugniss, bei zweifelhaften Todesfällen eine Oeffnung der Leiche anzuordnen, ist auf diejenigen Fälle zu beschränken, in denen nach dem Gutachten des beamteten Arztes ohne die Leichenöffnung eine Gewissheit darüber nicht zu erlangen ist, ob der Verstorbene an einer der im Gesetz genannten gemeingefährlichen Krankheiten gelitten hat oder nicht. 8. Es ist in dem Gesetz eine Bestimmung für den Fall vorzusehen, dass Meinungsverschiedenheiten zwischen dem behandelnden und dem beamteten Arzte über die Natur der Krankheit oder zwischen dem letzteren und dem beamteten Arzte über die anzuordnenden Schutzmassregeln entstehen. 9. Die in dem Gesetzentwurfe vorgesehenen Schutzmassregeln sind zum Theile zu weitgehend, besonders in Bezug auf die Verkehrsbeschränkungen ansteckungs- oder krankheitsverdächtiger Personen, theils gehen sie zu sehr ins einzelne und bringen Vorschriften, die in die Ausführungsbestimmungen gehören; andererseits sind einige wichtige Schutzmassregeln, z. B. Fürsorge für die nöthige ärztliche Hilfe und das erforderliche Krankenpflegepersonal, Belehrung der Bevölkerung durch geeignete Bekanntmachungen, Verbot des Aufenthaltswechsels kranker Personen ohne zuvorige ortspolizeiliche Genehmigung u. s. w. unberücksichtigt geblieben 10. Die Schutzmassregeln bei bedrohlicher Ausbreitung einer übertragenen Augenkrankheit sind der Landesgesetzgebung zu überlassen 11. Der Begriff «beamtete Aerzte» ist einwandfreier zu fassen. III. Zur erfolgreichen Durchführung des Reichsseuchengesetzes ist es nothwendig, dass die beamteten Aerzte durch gesetzlich geregeltes pensionsfähiges Gehalt von der ärztlichen Praxis unabhängig gestellt und ihre Rechte und Pflichten den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege entsprechend erweitert werden.» Die These I wurde nach kurzer Debatte angenommen. In der Debatte über die Anzeigepflicht (These II 1—5) wurde namentlich die Frage lebhaft erörtert, ob man auch den «Kurpfuschern» die Anzeigepflicht auferlegen solle. Die Ansichten gingen auseinander, doch sprachen sich die meisten dafür aus, dass auch die Kurpfuscher zur Anzeige verpflichtet sein sollen. Die bezüglichen Thesen selbst kamen unverändert zur Annahme. Der Kongress debattirte sodann über die Frage der Ermittlung der Krankheit (These II 6—8). Die Nummern 6 und 7 der These II wurden endlich genehmigt, die Nummer 8, welche die Frage der Meinungsverschiedenheit regeln will, dagegen abgelehnt.

Der vorliegende Entwurf stellt übrigens schon eine zweite Auflage vor, welche sich von der ersten wesentlich unterscheidet. Denn der erste Entwurf bezog sich nicht nur auf Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken, sondern zugleich auf die in Deutschland seit langer Zeit heimischen Krankheiten: Darmtyphus, Diphtherie und Kroup, Rückfallfieber, Kindbettfieber, Ruhr und Scharlach und selbst auf bösartige Augenleiden. Auch diese Krankheiten, deren Beschränkung durch sorgfältige Durchführung gesundheitlicher Massnahmen die Regierung als gewiss ansieht, sollten nach dem ursprünglichen Plane durch einheitliches Verfahren im ganzen Reiche bekämpft werden. Der Bundesrath hat jedoch von der Aufnahme dieser Vorschriften in das Gesetz Abstand genommen, in der Erwägung, dass jene Krankheiten nicht den Charakter von eigentlichen Volksseuchen haben, vielmehr meist nur in beschränktem Umfange an einzelnen Orten und in bestimmten Gegenden, das Rückfallfieber und die Ruhr gewöhnlich nur in einigen dem Auslande benachbarten Grenzgebieten auftreten und zu ihrer Einschränkung nicht Massnahmen, die sich gleichmässig über das ganze Reichsgebiet erstrecken, erheischen. Die Abwehr und Unterdrückung könne hier ohne Gefährdung des Gemeinwohles nach wie vor den Landesregierungen überlassen werden. Der Gesetzentwurf beschränkt sich daher auf Cholera, und zwar asiatische, Flecktyphus, gelbes Fieber, orientalische Beulenpest und Blattern.

Eine Milderung gegenüber der ersten Fassung ist hinsichtlich der Anzeigepflicht eingetreten. Nach dem ursprünglichen Entwurfe sollte jede Erkrankung und jeder Todesfall, wenn der Verdacht einer der genannten Krankheiten vorlag, sowohl der Polizeibehörde wie dem beamteten Arzte angezeigt werden. Jetzt begnügt sich die Regierung mit der Anzeige an die Polizei, der es überlassen bleibt, für die erforderlichen Massnahmen gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit Sorge zu tragen. Auch die Zahl der anzeigepflichtigen Personen ist vermindert worden. Diese Pflicht soll dem behandelnden Arzt, der sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigten Person, dem Haushaltungsvorstand oder dem Inhaber der Wohnung, in der sich der Erkrankungs- oder Todesfall ereignet hat, obliegen, nicht auch, wie zuerst gefordert wurde, auch den zum Haushalt gehörigen, grossjährigen Familienmitgliedern und den «sonstigen Haushaltsgenossen». Eine weitere Milderung findet sich in den Strafvorschriften. Hier war Gefängnisstrafe von drei Monaten bis zu drei Jahren für den Fall angedroht, dass in Folge der Ueberlassung von Gegenständen, die dem Kranken gedient hatten, an andere, ehe noch die Desinfektion erfolgt war, dritte Personen von der Krankheit ergriffen werden. Jetzt lässt der Entwurf, falls mildernde Umstände vorhanden sind, die Herabsetzung des Strafmaasses bis auf eine Woche Gefängniss zu.

Eine Milderung ist ferner bei der Bestimmung vorgenommen worden, dass Personen, wenn der beamtete Arzt es für «erforderlich» erklärt, sie seien krank oder nur verdächtig, in ein Krankenhaus oder einen anderen geeigneten Unterkunftsraum überführt werden dürfen. Diese Ueberführung soll nach dem jetzigen Entwurf nur erfolgen, wen der beamtete Arzt sie «für unerlässlich und ohne Schädigung des Kranken zulässig» erachtet. Auch in dieser Fassung bietet die Bestimmung noch zu harten Missgriffen leicht Gelegenheit; es wird daher Vorsorge getroffen werden müssen, dass nicht die Lage der Kranken und ihrer Familien ohne Noth durch Ueberführung des Patienten in das Krankenhaus verschlimmert werde. Insbesondere sollte hier dem Gutachten des Hausarztes, der die Verhältnisse regelmässig besser kennen wird als der beamtete Arzt, entscheidende Bedeutung beigemessen werden. Unverändert ist die

Bestimmung geblieben, dass Wohnungen und Gebäude, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, auf Anordnung des beamteten Arztes geräumt werden müssen, wenn den davon betroffenen Bewohnern anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich geboten wird. Ist gleich zu hoffen, dass von dieser Befugniss nur in wirklichen Nothfällen Gebrauch gemacht werde, so ist doch das Gegentheil nicht schlechthin ausgeschlossen. Die Räumung der Wohnung oder gar des ganzen Hauses trifft Kranke wie Gesunde so hart, greift so schwer in das Familien- und Wirthschaftsleben ein, dass die Entscheidung nicht in die Hände eines einzelnen Arztes gelegt werden darf, zumal gerade der beamtete Arzt in Zeiten einer Epidemie mit Geschäften aller Art dermassen überladen ist, dass er die einschlagenden Verhältnisse nicht immer genau wird prüfen und berücksichtigen können. Vorsorge gegen Missgriffe zu treffen, ist hier unabweislich. Und wie soll es bei der Räumung mit den Miethsverträgen gehalten werden? Nicht minder abänderungsbedürftig erscheint die Bestimmung, dass Wohnungen und Häuser, in denen erkrankte Personen sich befinden, kenntlich gemacht werden können. Diese Einrichtung ist barbarisch; sie erinnert an die finstersten Zeiten des Mittelalters. Sie ist nur geeignet, das Elend der betroffenen Personen zu vermehren und die Noth auf Familien, die ganz gesund sind, in wirthschaftlicher Hinsicht auszudehnen. Sie verbreitet vielen Schrecken und steigert dadurch die Disposition zu Erkrankungen.

Die bisherigen Maassnahmen der Ortspolizeibehörden zur Abwehr der Cholera gingen vielfach über das Bedürfniss hinaus, verletzten die persönliche Freiheit und ermangelten der klaren Rechtsgrundlage. Im vorigen Jahre trat nur zu oft Anlass zur Beschwerde über die Willkür und Kurzsichtigkeit von Beamten oder ganzen Bürgerschaften ein, wofür man freilich in einer alles berechtigte Maass überschreitenden Ausdehnung der Ansteckungstheorie auch durch Aerzte eine Entschuldigung finden kann. Heute wird mit einiger Bestimmtheit der Uebertreibung dieser Lehre auch in der Begründung des Gesetzentwurfs entgegengetreten. Jedenfalls wird ein fester Rechtsboden für die Maassnahmen geschaffen, die zu verfügen die Behörden befugt sein sollen. Es ist erfreulich, dass auch die Entschädigungspflicht bei Desinfektionen gesetzlich geordnet wird. Dagegen vermisst man die Lösung einer wichtigen Frage, die bei jeder Epidemie auftaucht. Wenn einem Reisenden durch die in obrigkeitlichem Auftrage stattfindende Desinfektion seine Sachen beschädigt werden, so wird ihm voller Ersatz zugesichert. Wie die aber, wenn durch die Verfügungen der Behörden dem Privatmanne Erfüllung von Lieferungs-Verträgen unmöglich gemacht wird? Es kann in Folge der obrigkeitlichen Anordnungen die Leistung eine Verspätung erleiden. Sie kann vielleicht ganz unmöglich werden. Ob in solchen Fällen höhere Gewalt anzunehmen sei, das kann der Richter verschieden beurtheilen. Es wäre daher nützlich, wenn darüber das Gesetz einen bestimmten Ausspruch thäte, um die thatsächlich vorhandene Rechtsunsicherheit zu beseitigen.

Hiermit sind jedoch die Stimmen über den wichtigen Gesetzentwurf noch lange nicht erschöpft. Eines aber muss schon jetzt wiederholentlich betont werden, dass auch in dem neuen Entwurf von unserem berechtigten Verlangen einer gewissen Fürsorge für den Relicten von Aerzten, welche im Dienste einer Epidemie ihr Leben geopfert haben, keine Rede ist. Unsere Erfahrung in dieser Beziehung lasse das Gefühl der Verwunderung über die an uns gestellten Zumuthungen kaum zu. Nächstens mehr davon. Inzwischen «Legt's zu dem Uebrigen!» *K.*

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 28. d. M. stattgehabten Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte ergriff Hofrath Prof. Dittel das Wort zu folgender Ansprache: «Meine Herren! Der jüngste Schlag, der unsere Gesellschaft so schwer getroffen, hat unseren Präsidenten so sehr ergriffen, dass er fühlte, er werde seine Stimmung und innere Bewegung nicht beherrschen können, wenn er dem hingeschiedenen Kollegen, Herrn Hofrath Kundrat einige Worte der Theilnahme nachrufen würde. Diese aufrichtige tiefe Rührung können Sie als einen Beweis ansehen, wie hoch Billroth unseren Kollegen Kundrat geschätzt hat und welche Anerkennung ein Kollege in seinem Fache einem Kollegen in einem anderen Fache gezollt hat. Billroth hat mich nun ersucht seine Ehrenpflicht zu übernehmen, die zu erfüllen, mir ebenso schmerzlich als schwer wird, schmerzlich, weil sie zu jenen Ereignissen gehört, das in unserem Gesellschaftsleben stets tiefe Furchen gräbt und hinterlässt, welche mit dem gepflogenen Nachrufe und dem Zeichen der Trauer nicht ganz ausgeglichen werden. Und schwer fällt es mir, da ich weiss, dass mir die Worte fehlen werden, um die Empfindungen eines jeden Mitgliedes zum Ausdrucke zu bringen. Stets waren unsere Beziehungen freundliche, stets kam er mit Bereitwilligkeit unserem bescheidenen Streben entgegen. Was Kundrat als anatomischer Forscher und Lehrer geleistet hat, ein treues Bild von seiner Bedeutung zu geben, muss ich jenen Kollegen überlassen, welche ihrem Berufe gemäss dem seinigen nahe standen und Gelegenheit hatten, seine geistige Arbeit täglich zu sehen, zu beobachten und zu schätzen. Ich kann hier nur jener Verdienste gedenken, die sich Kundrat erworben als Mitglied und Sekretär unserer Gesellschaft. Und in dieser Richtung ist mir die Sache leicht geworden, weil noch im Andenken Aller das Bild jenes Mannes steht, der seine Thätigkeit bis in die letzten Tage seines Daseins dieser Gesellschaft gewidmet hat. Jeder wird sich noch erinnern, dass Kundrat alle Ergebnisse seiner Forschungen und Resultate seiner Studien an dieser Stätte vorgebracht hat und nirgends anderswo. Jeder wird sich erinnern, wie er die instruktivsten Präparate geschaffen, durch deren Demonstration er uns Belehrung brachte. Jeder wird sich erinnern, wie lebhaft Kundrat an jeder Diskussion theilgenommen hat und mit welchem Interesse er sie verfolgte. Zum Schlusse will ich noch einer seiner Eigenschaften gedenken, dass er nämlich im Verkehre eine etwas unglatte Aussenseite gezeigt hat. Dieselbe beruhte aber nicht etwa auf einem Mangel an Wohlwollen, nicht in der Verkennung fremder Verdienste, sondern es war dies ein seinem Charakter eigenthümlicher und jeden männlichen Charakter zierender Zug, bei dem das Dichterwort zutrifft «Wahrheit gegen Freund und Feind!» Die Gesellschaft ehrte das Andenken ihres verstorbenen Sekretärs durch Erheben von den Sitzen. Der Vorsitzende Prof. Hofmokl spricht dann seinen Dank aus für die Ehre, den Vorsitz führen zu dürfen und macht die Mittheilung, dass Dr. Petrini de Galatz aus Rumänien und Prof. Neisser aus Breslau für die Wahl als korrespondirende Mitglieder Dankschreiben eingesandt haben. — Hierauf hielt Prof. Lorenz seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Osteoklase und das modellirende intraartikulare Redressement der Kniegelenkskontraktur und des Genu valgum.» Der ausführliche Bericht findet sich in der nächsten Nummer. — In der Sitzung des Wiener medizinischen Clubs vom 26. April hielt der Vorsitzende Dr. Hock dem dahingeschiedenen Professor Kundrat einen warmen Nachruf, in dem er denselben als einen pathologischen Anatomen feierte, welcher das Hauptgewicht auf das Scalpell legte und streng in den Bahnen eines Morgagni und Rokitansky gewandelt ist; er pries ihn als einen tüchtigen Praktiker, der in vielen Fällen, noch ehe er den Leichnam eröffnete, die richtige Diagnose wusste. Die vornehmste Eigenschaft Kundrat's war seine rückhaltslose Wahrheitsliebe, welche weder Rücksichten gegen sich, noch gegen Andere kannte und die ihn als Leiter eines anatomischen Institutes unerreichbar und unersetzlich machte. — Prof. Mauthner hielt hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Lähmung des Musculus obliquus internus nebst Bemerkungen über die physiologischen Augenbewegungen», welcher in der nächsten Nummer erscheint.

(Hofrath Prof. Kundrat †) Am 25. d. M. starb im Alter von 48 Jahren Hofrath Prof. Kundrat an den Folgen einer seit Jahren bestehenden Herzmuskeldegeneration. Wir würdigen die Bedeutung des zu früh Verstorbenen an anderer Stelle des Blattes. Hier wollen wir nur über den äusseren Lebenslauf mittheilen, dass Kundrat 1876 als Professor nach Graz, 1882 nach Wien berufen wurde. Vor wenigen Wochen wurde er durch die Verleihung des Hofrathtitels ausgezeichnet. Zweimal bekleidete er die Würde eines Dekan's. Dem Andenken Kundrat widmeten alle klinischen Vorstände in ihren Vorlesungen warm empfundene Nachreden. Der allgemeinen Antheilnahme an dem tragischen Geschicke des beliebten Kollegen und Lehrers entsprach auch die Betheiligung an dem am 27. d. M. erfolgten Leichenbegängnis. Sämmtliche Pro-

fessoren der medizinischen Fakultät und viele Professoren der anderen Fakultäten waren in der Kirche erschienen. Am Grabe sprachen die Professoren Stricker und Kolisko ergreifende Abschiedsworte.

(Von der Fakultät). Prof. Erb hat den an ihn ergangenen Ruf an die II. mediz. Klinik in Wien abgelehnt.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Der derzeitige Chef des städtischen hygienischen Laboratoriums in Warschau, Odo Bujwid wurde zum ausserordentlichen Professor der Hygiene an der Universität in Krakau ernannt. — Die deutsche Regierung genehmigte die Trennung der medizinischen Poliklinik von der medizinischen Klinik in Erlangen; demgemäss wurde der Direktor der medizinischen Klinik Prof. Dr. Strümpell von der Direktion der medizinischen Poliklinik enthoben und diese Funktion dem ordentlichen Professor und bisherigen Oberarzte dieser Poliklinik Dr. Penzoldt neben der Direktion des Pharmakologischen Instituts in Erlangen übertragen. — Am 22. d. M. wurde das neue pharmakologische Institut in München in Anwesenheit des Kultusministers Dr. v. Müller, des Rektors der Universität Dr. v. Baeyer und der Mitglieder der medizinischen Fakultät durch eine Rede Prof. Tappeiner's feierlich eröffnet. — Dr. Karl Julius Salomonsen, Privatdozent für allgemeine Pathologie, wurde zum ordentlichen Professor in Kopenhagen ernannt. — Dr. Julius Petersen, Privatdozent für Geschichte der Medizin, wurde zum a. o. Professor in Kopenhagen ernannt.

(Wohlthätigkeitsakt.) Baron Nathaniel v. Rothschild hat seine Besitzung bei Reichenau dem Wiener Vereine zur Errichtung einer klimatischen Heilanstalt für arme Brustkranke geschenkt.

(Cholera-Nachrichten.) Nach den Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes sind in Lorient (Frankreich) am 9. April 10 Personen an Cholera gestorben. — In der galizischen Gemeinde Kudrynce wurden in der letzten Zeit vom 5.—12. April 8 Erkrankungen (6 Todesfälle an Cholera festgestellt, in den Kudrynce benachbarten Gemeinden Nowosiolka und Paniowce je ein choleraverdächtiger Fall beobachtet. — In den russischen Gouvernements Jelissawetpol, Ufa, Kasan, Dongebiet, Orel, Orel (Stadt), Tula wurden Cholerafälle zur Anzeige gebracht.

Königlicher Rath Dr. Heinrich Mangold hat seine kurärztliche Thätigkeit in Balaton-Füred (heuer zum 34. Male) bereits aufgenommen. In seinem «Erzherzogin Stefanie-Hof» benannten Wohnhause, geniessen Aerzte und ihre Familien besondere Begünstigung.

Aerztliche Stellen.

Ordinirende Arztesstelle auf einer oculist. Abtheilung der Wiener k. k. Krankenanstalt in der VIII. Rangsklasse mit den Bezügen der IX. Rangsklasse, d. i. dem Gehalte jährlicher 1100 fl., zwei Quinquennien à 100 fl. und Aktivitätszulage von 500 fl. Vorschriftsmässig belegte Gesuche sind von bereits im öffentlichen Dienste stehenden Bewerbern im Dienstwege, von den übrigen Bewerbern direkt beim k. k. nieder-österr. Statthalterei-Präsidium bis 10. Mai d. J. einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Ybbs (Niederösterreich) mit folgenden Bezügen; 200 fl. für Todtenbeschau in der Stadt und in den zur Stadt gehörenden Ortschaften, 60 fl. für Vieh- und Fleischbeschau und 100 fl. für die Behandlung der Stadtarmen. Ausserdem beläuft sich das Pauschale der Bezirkskrankenkasse auf 360 fl. Ybbs ist Dampfschiffstation, Sitz eines k. k. Bezirksgerichtes und einer Apotheke. Bewerber haben ihre Gesuche mit dem Nachweise der Berechtigung zur Ausübung der ärztlichen Praxis bis längstens 10. Mai d. J. an die Gemeindevorstehung in Ybbs einzusenden.

Gemeindearztesstelle in Strobnitz, Bezirk Kaplitz (Böhmen), mit 14 umliegenden Ortschaften mit den Bezügen jährlicher 400 fl. Haltung einer Hausapotheke. Bewerber um diese Stelle haben ihre Gesuche bis 10. Mai d. J. bei dem Gemeindeamte einzubringen.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 4 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Dr. J. H. Brik: „Antipyrin in der urologischen Praxis." ferner neuere Arzneimittel, therapeutische Mittheilungen und Rezepte u. s. w.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Mit einer der nächsten Nummern versenden wir Heft 3, VII. Band, der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Ueber Transformation der Knochen mit besonderer Berücksichtigung der Orthopädie, zugleich eine Kritik des Wolff'schen Transformations-Gesetzes." Von Prof. Dr. Adolf Lorenz in Wien.

Eisenfreier alkalischer Lithion-Sauerbrunn

Salvator

Bewährt bei Erkrankungen der Niere u. der Blase, harnsaurer Diathese, bei catarrh. Affectionen der Respirations- u. Verdauungsorgane.

Käuflich in Apotheken und Mineralwasserhandlungen.

(1298) *Salvator Quellen-Direction, Eperies (Ungarn).*

RONCEGNO

Stärkstes natürliches arsen- und eisenhaltiges Mineralwasser

empfohlen von den Herren Professoren: Albert, Benedikt, Bergmeister, Billroth, Braun, Chrobak, Drasche, Grabær, Hofmokl, Kahler, Kaposi, Krafft-Ebing, Lang, Monti, Neumann, Nothnagel, Oser, Rokitansky, Reder, Stoffela, Wiederhofer etc.

bei Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Blutleere, Malaria etc.

Die Trinkkur wird das ganze Jahr gebraucht. (1148)

Bade-Etablissement

ersten Ranges, Hydro- und Electrotherapie, Dampfbäder, Massage, Molken- und Traubenkur in Roncegno, Südtirol, 535 Meter Seehöhe, windgeschützte herrliche Lage, schattige Promenaden, lohnende Ausflüge, würzige Luft, konstante Temperatur 18—22° R., 3 Stunden von der Eisenbahnstation Trient entfernt. — Saison Mai bis Oktober. — Prospecte und Auskünfte durch die **Bade-Direction in Roncegno**.

Depots in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken.

Oleum pini pumilionis verum „Mack"

Apotheker Josef Mack's Reichenhaller Latschenkiefer öl.

Von der Pharm. Austr. Ed. VII. in die Reihe der officinellen Heilmittel eingeführt

Medaillen: Wien 1873, Philadelphia 1876, Frankfurt a. M. 1881, Wien 1883, Paris 1885, Brighton 1886, London 1890

Vom Unterzeichneten vor mehr als 30 Jahren im **Curorte Reichenhall (Baiern)** durch Destillation gewonnen, **ist meine Fabrik heute die erste und grösste Bezugsquelle f. d. ätherische Oel aus Pinus pumilionis.** Dasselbe wird zu **Inhalationen von allen ärztl. Autoritäten** des In- und Auslandes bei **Hals- u. Brustleiden, Asthma, Emphysem, Catarrhen, Keuchhusten etc.** mit Vorliebe verordnet und bewährten sich die **Einreibungen** ebenso ausgezeichnet auch gegen **Gicht, Rheuma, Lähmungen und Nervenschwäche**, wie nicht minder die Anwendung dieses herrlich duftenden, balsamischen Oeles durch **Verdunstung** resp. **Zerstäubung** in Wohn- u. Krankenzimmern eine **luftreinigende u. desinficirende Wirkung** hervorruft. — **Depôts** befinden sich in den meisten Apotheken Oesterr.-Ungarns; **Versendung** erfolgt von meiner österr. Fabrik am Untersberg in Orig.-Flacons à 60 kr., sowie auch in offener Packung. — Filialen in Paris und London. 1263

Spezial-Depôt für die Herren Aerzte bei Herrn **MAX SOBEL**, dipl. Apotheker, Wien, I., **Bäckerstrasse 20.**



Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten.

Brand & Co.'s Essence of Beef.

Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.

Diese Fleisch-Essenz besteht ausschliesslich aus den Säften des feinsten Fleisches, welche nur durch gelinde Erwärmung und ohne Zusatz von Wasser oder andern Stoffen gewonnen werden. Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, dass die hervorragendsten Autoritäten dasselbe seit vielen Jahren als **Stärkungs- und Belebungsmittel** mit ausserordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben.

„LANCET" brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz auf welche wir uns speciell hinzuweisen erlauben.

BRAND & Comp. Mayfair, London W.

Auszeichnungen. — (**Gründungsjahr: 1835.**) — *Preis-Medaillen.*

Depôts in Wien: **Pezoldt & Süss**, I., Schottenhof; **Köberl & Pleutok**, I., Kärntnerstrasse 33; **A. Hagenauer**, I., Tuchlauben 4; **M. Löwenthal**, I., Heidenschuss 3; **Math. Stalzer**, I., Lichtensteg 5. (1247)

Biliner Sauerbrunn!

hervorragendster Repräsentant der alkalischen Säuerlinge

in 10.000 Theilen: kohlens. Natron 33·6339, schwefels. Natron 7·1917, kohlens. Kalk 4·1050, Chlornatrium 3·8146, schwefels. Kali 2·3496, kohlens. Magn. 1·7157, kohlens. Lithion 0·1089, feste Bestandtheile 53·3941, Gesammtkohlensäure 47·5567, Temperatur 12·30° C.

Altbewährte Heilquelle für Nieren-, Blasen-, Magenleiden, Gicht, Bronchialkatarrh, Hämorrhoiden etc. Vortrefflichstes diätetisches Getränk.

Curanstalt Sauerbrunn

Trink- und Badekur, mit allem Comfort ausgestatte Wannen-, Dampf-, elektr. Bäder, Kaltwasser-Heilanstalt vollständig eingerichtet.

Brunnenarzt Med. Dr. **Wilhelm von Reuss.**

Die Brunnen-Direktion
in Bilin (Böhmen). (1121)

Gemüths- und Nervenkranke

finden in

Dr. Svetlin's Heilanstalt

Wien, III., Leonhardgasse Nr. 1 bis 5

jederzeit Aufnahme und sorgsamste Pflege. (898)

Als **Specificum gegen Diphtheritis** empfiehlt Herr Dr. med. S. Schwarz (conf. Internat. klinische Rundschau 1892, Nr. 2!) u. a. m. das (1341)II

Natrium sozojodolicum „Trommsdorff".

«Meine bis heute bei Rachenerkrankungen im allgemeinen und speciell bei Diphtheritis mit den Sozojod-Salzen erzielten Erfolge veranlassen mich, diese vorzüglichen Antiseptica allen Herren Collegen zu weiteren Versuchen auf das wärmste zu empfehlen. Dass diese Präparate auf die Vermehrung des Bacillus äusserst nachtheilig wirken, scheint mir ausser Zweifel zu sein.»

Broschüren und Krankheitsgeschichten versendet gratis und franco

H. Trommsdorff, chem. Fabrik, Erfurt.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

VII. Jahrgang. Wien, 7. Mai 1893 Nr. 19.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die **Redaction** bestimmte Zuschriften, Manuscripte, etc. sind portofrei zu adressiren: **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Wien, I., Burgring 1.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Gegründet von **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

JOHANN SCHNITZLER †.

Johann SCHNITZLER ist nicht mehr!

Vor wenigen Tagen plante und wirkte er noch in unserer Mitte . . . . Neue Ideen, neue Gedanken erfüllten ihn für seine, für unsere Lieblingsschöpfung. Die Ausführung all seiner Pläne — des Alters Methusalems hätten sie bedurft! Heute schon ist das helle Auge erloschen, das warme Herz erkaltet, der beredte Mund verstummt.

An der Seite seines grossen Meisters OPPOLZER lernte ich vor einigen dreissig Jahren SCHNITZLER kennen. Der Schüler hat die oft überraschende Intuition des genialen Arztes überkommen. Die eigene Schlagfertigkeit und Geistesfrische, die umfassende Erfahrung, das glückliche Temperament, nie versiegender Humor, das edle Herz — sie rechtfertigten die Erfolge seines Lebens, die Anhänglichkeit seiner Kranken, die Liebe seiner unzähligen Freunde.

Es war in vor-poliklinischer Zeit.

Wenn man von SCHNITZLER sprechen will, darf man eine neue Epoche von dieser Schöpfung an datiren. Es war also in vor-poliklinischer Zeit, ich hatte kaum die Venia legendi erlangt. Meinen ersten Kurs hatte ich angekündigt, SKODA's Hörsaal ward mir für meine Vorlesungen angewiesen. Stolz auf diese einzige staatliche Leistung für den Privatdozenten komme ich zur bestimmten Stunde mit Apparaten und mühevoll beschafftem Krankenmateriale an den Ort meiner zukünftigen akademischen Thätigkeit. Meine Hörer hatten sich bereits eingefunden; ich rüste zu Vortrag und Demonstration — da kommt die Wärterin und erklärt uns ganz kategorisch, wir müssten den Saal räumen, da er zu einem andern Zwecke benöthigt werde.

Diese kleine Geschichte des damaligen allgemeinen Dozenten-Elends hat auf Freund SCHNITZLER den tiefsten Eindruck gemacht. Von da ab ruhte er nicht mehr. Unabhängige Lehrräume, reiche Lehrmittel, zu Unterrichtszwecken taugliches Krankenmateriale strebte er emsig mit uns an.

Und so entstand die Poliklinik.

Was der kleine Kreis mit AUSPITZ und SCHNITZLER an der Spitze erreicht, ist in der von SCHNITZLER selbst mit seinem Herzblute geschriebenen Geschichte der Poliklinik verzeichnet.

Die Fahne der Humanität und Wissenschaft trug er mit kraftvoller Hand voran, bis der Tod sie ihm entwand.

Was er in der kurzen Spanne Zeit, die ihm gegönnt war, erreichen konnte — die Bewunderung, die Anerkennung, der Versuch der Nachahmung, sie fehlten ihm nicht.

Ein tragisches Geschick hat ihn an der Schwelle seiner ungewöhnlichen Erfolge dahingerafft.

Zu herb ist der Schmerz, zu frisch die Wunde, noch zu thränenschwer das Auge, um mit klarem Blick die Bedeutung des Verlorenen in seiner unerreichten Vielseitigkeit gerecht zu würdigen.

Was die Familie, die Freunde, die Kranken, was unsere Poliklinik an ihm verloren — an unserer tiefen Trauer mögt Ihr es ermessen.

Wilhelm Winternitz.

Um die wissenschaftlichen Leistungen SCHNITZLER's in das richtige Licht zu stellen, muss auf die Zeitverhältnisse hingewiesen werden, innerhalb welcher er seine didaktische und schriftstellerische Thätigkeit begann. Frühzeitig hat er neben den Krankheiten der Lunge und des Herzens mit besonderer Vorliebe die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre sich zum Lieblingsgegenstande erwählt, welchem er auch bis zum Schlusse treu blieb. Da die Laryngologie um die erste Zeit seiner Thätigkeit (1865) durch TÜRCK's und CZERMAK's Lehren bereits im Aufschwung begriffen war, hatte selbstverständlich vor Allem die Ausbildung der Methoden und das Studium der verschiedenen Krankheitsformen das grösste Interesse aller Laryngoskopiker in Anspruch genommen. Angeregt durch OPPOLZER, dessen Assistent er im Jahre 1863—64 gewesen, hatte sich SCHNITZLER bald genaue Kenntnisse in der Laryngoskopie erworben und sein rasch fassender Geist ermöglichte es ihm schon nach kurzer Zeitfrist zahlreiche Einzelabhandlungen zu veröffentlichen, in welchen die gemachten Beobachtungen in klarer, einfacher und vor Allem in anregender Weise dargestellt wurden. Nicht wenig trug zu der raschen Anerkennung seiner Leistungen die in stylistischer Beziehung glänzende und sonst auch durchaus geistreiche Art der Veröffentlichung bei, eine Eigenschaft, welche allen seinen Arbeiten eigen ist, und welche nicht wenig geeignet war, die Laryngoskopie auch den Nichtspecialisten mundgerecht zu machen. Ausser den zahlreichen kasuistischen Mittheilungen, von welchen hier nur auf wenige, wie «Die laryngoskopische Diagnostik und lokale Therapie der Kehlkopfgeschwüre», «Ueber Stimmbandlähmung», «Ueber Stimmritzenkrampf» hingewiesen werden soll, haben einige seiner Arbeiten nicht nur zur Zeit der Veröffentlichung ein aktuelles Interesse beansprucht, sondern theils durch die Neuheit der Beobachtung, theils durch wichtige Schlussfolgerungen einen dauernden Platz in der laryngoskopischen Literatur erhalten.

SCHNITZLER war bekanntlich der Erste, der am Lebenden tuberkulöse Larynxtumoren gesehen, diagnosticirt und exstirpirt hat, wobei die Beobachtung durch die nachträglich ausgeführte histologische Untersuchung bestätigt wurde.

Ebenso hat SCHNITZLER zuerst die «Aphonia spastica» beschrieben, und wenn auch der Krankheit von einigen Autoren noch andere Namen beigelegt wurden, so rührt doch das erste präzise Symptomenbild der erwähnten Krankheit von ihm her.

SCHNITZLER war zweifellos ein Meister seines Faches. Seine stärkste Seite war immer die Diagnose, damit konnte er häufig auch bedeutenden Vertretern seines Faches imponiren. Seine Diagnosen schienen manchmal im ersten Augenblick unmotivirt zu sein; bald stellte es sich indess heraus, dass er durch Beobachtung irgend eines weniger auffälligen Symptomes die Combination herstellte, welche dann zur Diagnose führte. Die logische Verkettung zwischen den Einzelsymptomen zu einem gemeinschaftlichen Krankenbilde vollzog sich bei ihm mitunter mit einer bewunderungswerthen Schnelligkeit.

Nichtsdestoweniger wies SCHNITZLER mit besonderer Vorliebe auf schwierige Fälle hin, wo er die Diagnose nach den ersten Untersuchungen unentschieden liess. Mit dem Citat von Goethe, «Mit dem Wissen wächst der Zweifel», leitete er eine seiner letzten Arbeiten «Ueber Combination von Syphilis und Tuberkulose im Kehlkopfe» ein, eine Arbeit, welche auf dem schwierigen Gebiete der Geschwürscombinationen sicherlich als bedeutend erachtet werden muss.

Der Zweifel, den er manchmal in eine nicht nach jeder Richtung gesicherte Diagnose setzte, trug ihm gleichwie seine Blitzdiagnosen Erfolge ein. So rettete er einen Kranken von der Larynxexstirpation, wo von mehreren Fachkollegen die Diagnose mit Bestimmtheit auf Carcinoma laryngis gestellt wurde, dadurch, dass er trotz der grossen Aehnlichkeit des Befundes mit einem Carcinom, den Patienten einer energischen antisyphilitischen Kur unterzog.

Durch wahre Classicität der Darstellung zeichnet sich auch seine Arbeit «Die Laryngoskopie und Rhinoskopie und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis» aus. Die ganze Kunst seiner Untersuchungsmethoden hat er indess in dieser Arbeit nicht niedergelegt, denn jene war hauptsächlich darin gelegen, dass er viele auf Angst und auf nervöser Reizbarkeit beruhende Hindernisse durch Geduld und wahrhaft liebevolle, doch mitunter auch energische psychische Beeinflussung behob. Die psychische Behandlung der Patienten ist überhaupt eine auffallend starke Seite seines Talentes gewesen.

Anerkannt ist auch die Arbeit SCHNITZLER's über Miliartuberkulose des Pharynx und des Larynx, durch histologische Befunde erhärtet.

Sehr eingehend und eine grosse Anzahl von Anregungen bietend ist seine Arbeit «Ueber Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht», an welche Arbeit sich eine ganze Literatur von Veröffentlichungen anderer Autoren anreiht. Mit einem Referate über denselben Gegenstand wurde er für den demnächst in Rom abzuhaltenden Kongress betraut.

Zahlreich sind seine Veröffentlichungen über medikamentöse Heilmittel bei Larynxkrankheiten, insbesondere bei Larynxtuberkulose, wobei er durchaus Pessimist war. Für die modernen Behandlungsmethoden dieser Erkrankung, wie Milchsäure und Curettement, konnte er sich nie erwärmen.

Charakteristisch ist aber, wie er bei all seinem Pessimismus dennoch stets darauf bestand, dass seine Assistenten fortwährend neue Mittel prüften, um bessere Erfolge zu erzielen. Aktiven Antheil nahm SCHNITZLER bekanntlich auch an der Ausbildung der Pneumotherapie; von ihm rührt einer jener pneumatischen Apparate her, welcher wegen seiner leichten Transportfähigkeit noch heute vielseitig zur Anwendung gelangt.

Eine grosse Rolle spielte bei SCHNITZLER die Ausbildung der Lehrthätigkeit, wozu er seine Assistenten immer selbst angeleitet hat. Lange theoretische Vorlesungen vermied er absichtlich; er zog es immer vor, seine Hörer an Kranken selbst durch kurze Anleitungen instruiren zu lassen.

Bei seinem letzten Werke, «Atlas der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre», das er in Gemeinschaft mit seinen Assistenten herausgab, ereilte ihn das unerbittliche Schicksal. Fünf Hefte sind bisher erschienen, in welchen durch zahlreiche Originalabbildungen Attest von seinen reichen Erfahrungen gegeben wird.

Den Rest des Werkes im Sinne des Dahingeschiedenen zu beenden, wird eine traurige, aber zugleich heilige Pflicht seiner Mitarbeiter sein.

* * *

Die tiefe Theilnahme, welche das Hinscheiden des Regierungsrathes Professor Dr. Schnitzler in der medizinischen Welt und in gesellschaftlichen Kreisen Wiens hervorgerufen hat, fand beim Leichenbegängnisse des Gelehrten, das am 4. d. M. stattfand, sichtbaren Ausdruck. Im Trauerhause, Burgring Nr. 1, hatten sich viele Freunde und Kollegen des Verblichenen eingefunden. Es waren dortselbst vor halb 10 Uhr erschienen: Fürstin Pauline Metternich, der Präsident des Kuratoriums der Poliklinik Dr. Freiherr v. Bezecny, die Direktor-Stellvertreter Professoren Monti und R. v. Reuss mit sämmtlichen Abtheilungsvorständen, Assistenten und Aerzten des Institutes, der Präsident des Journalisten- und Schriftstellervereines «Concordia», Prof. Warhanek, weiter Herrenhausmitglied Dumba, Prof. Ludwig, Hofr. Ritter von Hofmann, die Professoren Nothnagel, Schrötter, Chrobak, Albert, Störck, Kaposi und Neumann, ferner Alfred Freiherr v. Berger. Die Kunst war zahlreich vertreten; es waren u. A. Gräfin O'Sullivan-Wolter, Fräulein Lola Beeth, die Herren Ritter v. Sonnenthal, Kammersänger Walter und Felix erschienen. Weiters waren anwesend: Industrieller David Ritter v. Gutmann, die Direktoren Bauer und Dr. Joly vom Wiener Bankverein, der Präsident des Generalrathes der Anglobank Elbogen, das Mitglied des Cultusvorstandes Banquier Anton Schey jun., zahlreiche Mitglieder der Gesellschaft der Aerzte, Deputationen ärztlicher

Vereine, Schriftsteller etc. Um halb 10 Uhr Vormittags wurde der Sarg hinabgetragen. Das Chorpersonale des Tempels in der Inneren Stadt sang unter Leitung des Oberkantors Singer Trauerpsalmen. Ueber hundert Kränze wurden dem Verewigten als letzte Grüsse aus allen Kreisen der Gesellschaft gesandt und folgten dem Sarge auf zwei Blumenwägen. Um halb 10 Uhr setzte sich der Zug in Bewegung. Als der Kondukt den Centralfriedhof erreicht hatte, wurde der Sarg im Ceremoniensaale auf eine Estrade gestellt. Oberrabbiner Güdemann hielt eine Trauerrede, die die Verdienste des Verstorbenen um die leidende Menschheit würdigte. Am offenem Grabe sprach zunächst Professor Warhanek. Der Redner hob namens des Journalisten- und Schriftstellervereines «Concordia» aufrichtig dankend hervor, wie das uneigennützige Wirken des so früh Dahingeschiedenen, der durch mehr als ein Vierteljahrhundert dem Vereine und insbesondere dem Pensionsfonds seine Dienste widmete, ihm ein bleibendes Andenken der Achtung und Liebe sichere. Redner gedachte auch der bedeutenden Leistungen Schnitzler's als gewandter und beredter Schriftsteller auf dem Gebiete der socialen Hygiene.

Hierauf ergriff Prof. Monti, der Vicedirektor der Poliklinik, das Wort zu folgender Rede:

«Von Schmerz gebeugt, tief erschüttert, stehen wir Deine trauernden Kollegen und Mitarbeiter um Dich theueren Freund geschaart, um Dir aus der Tiefe unserer Seele unseren letzten Scheidegruss mitzugeben. Du warst ein Begründer, ein unverdrossener Mitarbeiter unseres Werkes, ein erprobter und getreuer Freund. Du warst durch 13 Jahre unser Führer und bewährter Rathgeber. Unter Deiner Führerschaft und durch unverwüstliche Arbeitskraft und beharrlichsten Fleiss hast Du die allgemeine Poliklinik zur Vollendung gebracht.

Darum Du edler, guter Mann habe in dieser letzten traurigen Stunde nebst unseren treuen Grüssen nochmals unseren innigsten und tiefgefühlten Dank. Dein Schaffen wird uns stets ein leuchtendes Vorbild sein, Dein Gedächtniss heilig und unvergessen bleiben.»

Nach Prof. Monti sprach Dr. Kohn im Namen der Hilfsärzte der Poliklinik in tiefempfundenen Worten dem verewigten Meister den Dank aus.

Zum Schlusse trat Professor Benedikt an das offene Grab, um den folgenden tiefgedachten, schön empfundenen und formvollendeten Nachruf zu sprechen:

«Als einer Deiner ältesten Freunde und im Namen der poliklinischen Genossen widme ich Dir, der Du auf einmal so still geworden bist, einen Nachruf, der in dem Dauerrufe, den Dir Dein thatenreiches Leben schuf, einen mächtigen Wiederhall findet. Unsere Freundschaft stammt aus jener Lebensepoche, in der der Lebensbaum bereits alle Knospen angesetzt hatte, die im Laufe des Lebens zu Aesten und Zweigen, zu Blättern, Blüthen und Früchten werden. Die Wurzeln solcher Lebensbäume sind enge verflochten und wird einer entwurzelt, so zerrt er am Lebensmarke aller, die ihm nahestehen. Ich soll als Genosse Deiner gedenken, da mahnt es mich vor Allem an Dich, als den Rufer im Streite.

Wenn die Furien des Unverstandes, der Selbstsucht und des pharisäischen Hasses tobten, dann war es Dein Ruf, der uns zu einer starken Phalanx vereinte, zum Schutze und zum Trutze. Mancher war seelenwund geworden und wollte sich in das Gewebe seiner Ideen weltenfremd einspinnen, mancher war kampfesmüde geworden, aber Du hieltest uns zusammen.

Du schwangest Deine Axt im Kampf, und wenn Waffenruhe eingetreten war, zimmertest Du mit ihr die Pfosten zum neuen Baue. Du häuftest Stein auf Stein zum neuen Baue, ohne daran zu denken, dass Steine reden und Deinen Namen künftigen Geschlechtern künden.

Im Kampfe und in der Ruhe warbst Du uns mächtige Bannerherren, die uns mit ihrem Schilde gegen die vergifteten Pfeile schützten und uns förderten.

Du spähtest nach den offenen Thüren, die zu Wohlthätern führten, und bewogst ihre Herzen, die Hand zu öffnen.

In der Gestalt der Sorge um die Poliklinik drangst Du auch durch geschlossene Thüren und erweichtest so Manchen, der hart schien.

Zu anderen Zeiten warbst Du für uns um die Gunst der Frauen, die nach alter, edler Sitte am Spinnrocken der Wohlthätigkeit das Rädchen drehten und uns das Gespinnst lieferten, um Wunden zu schliessen und die Blössen zu decken.

Und wenn Gefahr drohte, dass die öffentliche Meinung irregeführt werde, eiltest Du an jene Stätten, an denen die öffentliche Meinung geehrt, geklärt und verzapft wird, um den Strom in die Richtung der Wahrheit, des Rechtes und des Edelsinnes zu leiten.

An ein Ziel hast Du sicher am wenigsten gedacht, an jenes, das der Starke, wie der Schwache, der Sorglose, wie der Voraussichtige, der Gerechte, wie der Ungerechte erreicht, an das Ziel, an dem der Lebensfaden reisst. Denn Deine Ziele waren nur durch Arbeit und Kampf zu erreichen und mussten Anrecht auf neue Ziele gewähren.

Du hast mit dem Zauberstabe Aeskulaps so manchen Sensenhieb des Schreckgerippes abgewehrt, Du warst für Andere im steten Kampfe gegen den Lebensfeind, der unsichtbar geformt oder ungeformt in unseren Organismus eindringt und zerstörend wüthet.

Dieser Feind hat Dich heimtückisch, meuchlerisch überfallen und Dein Lebensmark in der Blüthe der Jahre, der Kraft und der Thätigkeit zerwühlt.

Und so stehen wir gebeugt vor dem Zwange, der Erde zurückzugeben, was sie Dir als Staub und Asche für die Lebenszeit geliehen hat.

Der Tod, er trennt, die Erinnerung aber, die ein thatenreiches Leben weckt, ruft immer und immer wieder zurück, denn die Leistung erhält lebendig.

Und so gelobe ich im Namen Deiner Kampf- und Arbeitsgenossen — und ich fordere die Freunde und Gönner auf, das Gelöbniss mitzuthun — so geloben wir, Dich lebendig zu erhalten, indem wir fest geeint Deine Schöpfung wahren und mehren wollen, Dir zum Andenken, Wien zur Ehre und zum Heile!»

Mit dieser Rede, welche auf alle Anwesenden einen tiefergreifenden Eindruck hervorbrachte, endete die Feierlichkeit in ebenso würdiger als erschütternder Weise.

* * *

Bei der am 5. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien ergriff der Vorsitzende, Hofrath Prof. Billroth, das Wort zu folgender Ansprache: «Meine Herren! Schon wieder hat sich das Grab geöffnet, um eines unserer langjährigen Mitglieder, Regierungsrath Prof. Johann Schnitzler, aufzunehmen. Schnitzler war schon als Redakteur der medizinischen Presse mit der ärztlichen Welt in ausgedehnte Verbindung getreten und bei seiner umfangreichen Praxis ist er einer der populärsten Aerzte der Residenz geworden. Als Mitbegründer des Dozentenvereines der allgemeinen Poliklinik hat er seine ganze Thatkraft und Energie eingesetzt, nicht nur denselben zu Stande, sondern auch in die Höhe zu bringen. Mitten in den Bestrebungen für den letzten bedeutenden Erfolg des Vereines, für das eigene Heim Mittel zu sammeln, um es erhalten zu können, ist er leider abberufen worden. Ich bitte zur Ehrung des Todten, sich von den Sitzen zu erheben!»

* * *

Am 5. d. M. Abends um 6 Uhr versammelten sich das Kuratorium und die Abtheilungsvorstände der allgemeinen Poliklinik im Festsaale der Anstalt zu einer ausserordentlichen Sitzung, um eine Trauerkundgebung für den langjährigen Direktor des Institutes, Regierungsrath Professor Schnitzler, zu veranstalten. Nebst dem Freiherrn v. Bezecny, welcher den Vorsitz führte, hatten sich eingefunden: Probst Marschall, Bürgermeister Dr. Prix, Baurath Streit, Direktor Joly, Dr. Millanich, Ritter v. Kanitz und Herr Zierer. Baron Bezecny eröffnete die Sitzung mit den Worten, der Tod Schnitzler's sei der schwerste Schlag, den die Poliklinik seit ihrem Bestande erlitt. Der Redner schilderte eingehend die grossen Verdienste, welche der Verblichene sich um das Institut erworben und gab seiner grössten Hochachtung für die Selbstlosigkeit und menschenfreundliche Gesinnung desselben Ausdruck. Ein grausames Geschick sei es, dass Schnitzler gerade jetzt die Augen schliessen musste, nachdem vor Kurzem erst der Kaiser in huldvollster Weise sich über die Poliklinik und ihr Bestreben ausgesprochen und damit das Werk Schnitzler's rühmend anerkannt hatte. Baron Bezecny schloss mit dem Appell an die Anwesenden, dem Dahingeschiedenen ein treues Angedenken zu wahren und in seinem Geiste fortzuwirken, damit seine Schöpfung weiter gedeihe. Der Redner forderte die Versammlung auf, sich zum Zeichen der Trauer von den Sitzen zu erheben. Professor Monti dankte nun als Vertreter des Verwaltungsausschusses und im Namen der Kollegen für die warmen, anerkennenden Worte, welche in den Herzen Aller einen lebhaften Widerhall gefunden. Er gedachte der wissenschaftlichen Leistungen Schnitzler's, welcher Schule gemacht habe und dessen Jünger in der ganzen Welt verbreitet seien. Nach Verlesung von Beileidszuschriften und Telegrammen, unter welchen sich Kundgebungen des Erzherzogs Rainer, sowie des Fürsten und der Fürstin Metternich befanden, schloss der Vorsitzende die Versammlung.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Peri- und Paratyphlitis.

Klinischer Vortrag.

Von

Hofrath Professor Nothnagel.

Ein 23 Jahre alter Mann klagt über Schmerzen im Bauche.

Vor zwei Jahren, während seiner Militärzeit, hat er eine Bauchfellentzündung durchgemacht, über welche nähere Angaben nicht zu erlangen sind. Seit jener Zeit hat er öfter Schmerzen im Bauche, hie und da auch Fieber, Frost und Hitzegefühl gehabt, musste zeitweilig das Bett hüten und fühlte sich überhaupt krank.

Im vorigen Monate hat er sich so wohl gefühlt, wie lange nicht, bis er plötzlich am 21. wieder von Schmerzen befallen wurde, die um die Nabelgegend lokalisirt wurden. Häufiges Erbrechen, sowie ausgesprochenes Krankheitsgefühl, Schüttelfröste und Obstipation stellten sich ein, weshalb er sich ins Krankenhaus aufnehmen liess.

Der Mann nimmt eine ruhige bequeme Rückenlage ein; der Gesichtsausdruck ist ein bischen mürrisch, aber schmerzlos, die Gesichtsfarbe etwas blass, nicht ikterisch; die Ernährung des Gesichtes erscheint gut. Das Sensorium ist frei, Kopfschmerzen hat er nicht. Der Knochenbau ist etwas gracil, die Muskulatur gut entwickelt, Panniculus adiposus normal. Oedem an den unteren Extremitäten besteht nicht. Die Haut am Rumpfe ist trocken, weich, ihre Temperatur dem Gefühl nach nicht erhöht. Die Respiration ruhig. Die Radialis ist weich, mässig weit, die Füllung eher etwas unter der Norm, die Pulswelle kaum mittelhoch, die Spannung nicht ganz normal. Es sind 60 Pulse in der Minute zu zählen.

Die Temperatur heute Früh ist 36·6, seit dem 25. überschritt sie nie 37, die Respirationsfrequenz schwankte zwischen 16—22.

Die höchste Pulsfrequenz hatte er bei seinem Eintritte, nämlich 72. Er ist also fieberfrei, der Puls normal. Bis jetzt haben wir bis auf eine geringe Blässe des Gesichtes, nichts Abnormes konstatirt.

Wir wenden uns nun gleich den eigentlichen Beschwerden des Patienten und zwar zunächst den funktionellen Störungen des Verdauungstraktes zu.

Der Appetit ist jetzt etwas besser, Uebelkeit und Erbrechen bestehen nicht mehr, bloss etwas Aufstossen von Gasen.

Stuhl hatte er seit dem 25., seinem Eintritt, keinen, bis auf gestern, wo er auf eine Irrigation eine Stuhlentleerung hatte. Es besteht also Obstipation.

Wenn wir den Kranken über seine Schmerzen ausfragen, so hören wir, dass er uns zwei für seine Empfindung verschiedene Kategorien von Schmerzen angibt, und wahrscheinlich sind sie auch bezüglich ihrer Entstehung verschieden. Zunächst hat er ein Gefühl der Spannung, das früher stärker gewesen sein soll, als jetzt, und als wirklicher Schmerz empfunden wurde, aber auch jetzt noch, wenn auch nicht in so hohem Grade besteht; er zeigt dabei auf die rechte untere Bauchgegend, die Regio iliaca dextra.

Ausserdem bestehen Schmerzen, die anfallsweise auftreten, in derselben Gegend beginnen und von hier auf die übrige Bauchgegend ziehen. Wenn der Kranke einen solchen starken Schmerzanfall bekommt, der einige Minuten dauert, setzt er sich auf und hält sich den Leib. Dies ist eine Erscheinung, die wir bei Kolikschmerzen finden.

Ich habe Ihnen, meine Herren, vor kurzer Zeit meine Anschauung darüber ausgesprochen, dass die Kolikschmerzen nicht durch peristaltische Bewegungen, sondern durch einen Tetanus des Darmes bedingt sind. Die Anschauung, die in den Büchern vertreten ist, dass dies gesteigerte Peristaltik sei, ist nicht richtig; die Peristaltik kann so lebhaft sein, wie sie wolle und wir haben gar keine schmerzhafte Empfindung davon. Wenn das auftritt, was wir als diese grimmenden, kneifenden Schmerzen bezeichnen, dann handelt es sich immer um eine tetanische Contraction, gleichgiltig ob dieselbe zum Verschwinden des Lumens führt, oder ob sie sich bei vorhandener Gasansammlung nur dadurch dokumentirt, dass das Darmrohr starr wird.

Bei diesen durch Tetanus des Darmes hervorgerufenen Schmerzen nehmen wir also häufig wahr, dass die Kranken sich den Leib halten, sich zusammenkrümmen, herumwälzen, kurz, durch äussere Einwirkungen, Reiben u. s. w. die Schmerzen zu lindern suchen.

Es dürften somit auch hier Kolikschmerzen sein, welche der Kranke neben seinen dauernden Schmerzen gehabt hat. Wir hätten demnach zweierlei Arten von Schmerzen bei dem Kranken konstatirt, eine dauernde, spannende, schmerzhafte Empfindung und zeitweilig auftretende Kolikschmerzen.

Zur Untersuchung des Abdomens übergehend, finden wir dasselbe normal configurirt, unter dem Niveau des Thorax. In der Regio iliaca dextra sieht man die Stichwunden von vier Blutegeln, die der Kranke gehabt hat. Bei näherem Hinblicken scheint es, als ob rechts die Unterbauchgegend etwas prominenter sei als links, aber ausgesprochen ist der Unterschied nicht. Wenn ich links eindrücke, empfindet der Kranke keinen Schmerz, wie ich aber gegen die Mittellinie hinkomme, wird das Abdomen schon empfindlich; die obere Bauchgegend bis gegen den Nabel hin ist nicht druckempfindlich, es ist hier auch gar nichts Besonderes zu palpiren.

Die rechte Bauchgegend, von der Mittellinie bis gegen die Spina hin, nach unten bis zum Poupart'schen Band, nach oben bis etwa gegen die Höhe des Nabels ist empfindlich. Wenn ich in dieser Gegend eindrücken will, spüre ich etwas oberhalb des Poupart'schen Bandes, 2—3 Querfinger unterhalb der Spina, eine etwas stärkere Resistenz, einen Tumor, dessen Kontour

sich nicht genau begrenzen lässt, sondern der sich allmälig in die Umgebung verliert. Dieser Tumor ist nicht beweglich.

Dort, wo die empfindliche Partie ist, ist der Schall ziemlich laut, von einer ausgesprochenen Dämpfung keine Rede, nur gerade über dem Tumor ist der Schall etwas dumpfer, aber nicht bedeutend. Ob freie Flüssigkeit in der Peritonealhöhle ist, ist zweifelhaft. Eine Dämpfung, die sich auf der linken Seite konstatiren lässt, und die bei Lagewechsel verschwindet, kann ebenso gut von einem gefüllten Colon herrühren, und auf der rechten Seite ist nichts nachzuweisen.

Die Zunge zittert etwas beim Hervorstrecken, ist roth, feucht, an den Rändern rein, in der Mitte dick gelb belegt. An den übrigen Organen ist nichts Abnormes. Im Urin ist jetzt ein minimaler Indicangehalt, früher war derselbe sehr bedeutend. Er hat seither eine Stuhlentleerung gehabt, dies kann den Unterschied bedingen.

Wir müssen hier die Diagnose stellen auf Perityphlitis recidiva. Der Zufall hat es gefügt, dass gestern Nachmittag noch ein zweiter Fall gekommen ist, der eine schöne Ergänzung des ersten bietet und den ich Ihnen hiemit vorstelle.

Wir hören hier eine ganz andere Anamnese wie beim vorigen Kranken.

Ein Mann, der, wie er sagt, immer an etwas trägem Stuhl gelitten hat, sonst aber vollkommen gesund war, erkrankte vor 10 Tagen plötzlich mit Schmerzen in der rechten unteren Bauchgegend, mit einem Schüttelfrost, mehrmaligem Erbrechen. Er musste sich ins Bett legen und er klagt, seit dem Freitag den 24. sei der Schmerz so stark geworden, dass er sich kaum habe rühren können. Stuhl hatte er jeden zweiten Tag, jetzt hat er sogar etwas diarrhöische Entleerung.

Der Kranke nimmt eine ruhige Rückenlage ein. Sein Gesichtsausdruck ist etwas leidend; die Grundfarbe des Gesichtes ist blass, deneben aber sieht man einen gewissen Turgor, der den Eindruck eines Turgor febrilis macht; die Augen sind etwas glänzend, wie man es bei fieberhaften Zuständen sieht. Ikterus besteht nicht, die Pupillen sind gleich und etwas über mittelweit. Das Sensorium scheint frei zu sein, über Kopfschmerzen klagt er nicht. Der Knochenbau ist gracil, die Muskulatur sehr dürftig, der Panniculus adiposus ebenfalls. Die Pulswelle ist niedrig, die Spannung der Arterie sehr gering, die Pulsfrequenz 108. Die Haut am Rumpfe ist weich, feucht, ihre Temperatur fühlt sich etwas erhöht an. Gestern Abends bei seinem Eintritte hatte er 37·9, dann des Nachts 38, 38·2, es besteht also leichtes Fieber. Respirationsfrequenz war 24. Der Kranke gibt an, gar keinen Appetit, zeitweilig leeres Aufstossen zu haben. Die Schmerzen waren beständig, von Zeit zu Zeit aber noch gesteigert. Im Augenblick gibt er an, schwache Schmerzen rechts im Unterleib zu haben.

Das Abdomen ist unter dem Niveau des Thorax.

Die Regio iliaca dextra erscheint etwas prominent, in derselben sind frisch blutende Stiche von Blutegeln sichtbar, die er gestern Abends bekommen hat und auf welche die Schmerzen über Nacht etwas nachgelassen haben.

Links sowie über dem Nabel kann ich tief eindrücken, es thut ihm nicht weh, rechts unten aber ist eine ausserordentlich straffe Resistenz und die Berührung ist schmerzhaft. Diese Resistenz stellt einen Tumor dar, der unmittelbar unter der Haut fühlbar ist und einen ziemlich scharfen wallartigen Rand hat. Zwischen dem Tumor und dem Hüftknochen kann man deutlich hinein, er geht also nicht bis an den Knochen, seine Oberfläche ist ziemlich glatt, der Schall über ihm ist deutlich gedämpft; nach oben verliert sich der Tumor diffus in die Tiefe, entsprechend einer Linie etwas oberhalb der Spina anterior superior.

Die Zunge des Kranken ist an den Rändern roth, die Papillen leicht geschwellt, in der Mitte ist sie dick grau belegt.

An den übrigen Organen ist nichts Besonderes zu konstatiren, nur der Indikangehalt des Harnes ist stark vermehrt.

Hier stellen wir die Diagnose einer Paratyphlitis.

(Fortsetzung folgt.)

Die Wasserbehandlung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. *)

Von **Dr. Edmund Tuszkay**, Frauenarzt in Budapest.

Von den natürlichen Behandlungsmethoden der Krankheiten verdient in erster Reihe die höchste Aufmerksamkeit die auf physiologisch-pathologischer Basis, auf klinischer Erfahrung, beruhende Hydrotherapie.

Die physiologische Wahrheit und der Ausgangspunkt dieses therapeutischen Verfahrens ist: «dass dem normalen Zustande im Organismus eine normale Funktion entspricht.»

Die weiteren Folgerungen daraus entsprechen der strengsten wissenschaftlichen Logik und objektiver Empirie, nämlich: dass einer normalen Funktion normale thermische Verhältnisse entsprechen; dass also die Funktion (in letzter Analyse: Bewegung) so wie der Wärmezustand als gegenseitiges Maass der Normalität — als Maass der Gesundheit des Körpers zu betrachten sind.

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte gelangen wir zu denselben Folgerungen, indem wir sagen: Ernährungsstörung ist gleich mit Funktionsstörung, deren Maass und objektiv wahrnehmbares Symptom ihr Wärmezustand ist.

Aus diesen — hier nur sehr kurz zusammengefassten Thesen — folgt die Art unserer therapeutischen Bestrebungen: «die Regelung des Wärmezustandes im kranken Organismus, die Regelung seines Ernährungszustandes und aller seiner Funktion!

Nur die Wasserbehandlung kann uns zu diesem Bestreben gewiss verhelfen, denn die genaue Kenntniss von der Menge- und Thermalwirkung des Wassers, das Gesetz der Reaktionen in der Umgebung, in der Tiefe und distalwärts, so auch die Kontrastwirkung (differenter Temperaturen) machen es möglich mit fest mathematischer Gewissheit bei so vielen Störungen der Gesundheit einzugreifen.

Die glänzendsten Erfolge werden uns durch diese Behandlung zu Theil, in den Fällen, wo wir sonst meistens rath- und thatlos dastehen. Ich verstehe darunter überhaupt die chronischen Entzündungen oder richtiger deren Residuen und Konsequenzen in Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

In erster Reihe also die soliden Exsudate in dem kleinen Becken, dann die Entzündungen der Gebärmutter, der Ovarien etc. Aber auch die Geburtshilfe muss der Hydrotherapie sehr dankbar sein, so viele unersetzbare Behandlungsmethoden hat selbe ihr geschenkt und hauptsächlich auf dem Gebiete der Blutungen im Wochenbett und der III. Geburtsperiode, ja bei Wehenschwächen in der II. wie bei langsamen Vorgang in der I. Periode (Eröffnung des Muttermundes) der Geburt.

Alle Vorurtheile müssen endlich schwinden und man soll endlich der Wasserbehandlung im Interesse der leidenden Menschheit ein wohlverdientes grosses Feld in der Gynäkologie und Geburtshilfe einräumen.

Nach Schilderung der grossen Allgemeinwirkung einer Wasserbehandlung bei den meisten Frauenleiden verhandelt Vortragender über die Methodik der gynäkologischen Hydrotherapie.

Eingehend werden die Wirkungen der sehr kalten (8—15° C.), kalten (15—25° C.), lauen (26—31° C.), warmen (31—37° C.) Sitzbäder besprochen und die Indikationen und Contraindikationen dieses Incitamentes.

Bei soliden Exsudaten — wenn andere Erkrankungen es nicht contraindiciren — sind die 5—10 Minuten dauernden sehr kalten Sitzbäder mit darauffolgenden Vaginal(parametrial)irrigationen von erstaunlich gutem Erfolge.

Aber auch umgekehrt: protrahirte warme Sitzbäder mit darauffolgenden sehr kalten kurzen Vaginaldouchen erzielen dieselbe Heilwirkung: die Lösung und Resorption des Exsudates.

Mehrere Krankengeschichten.

Nachher werden die Wirkungen des Irrigators (oder aufsteigende Douchen in Heilanstalten) genau besprochen und ihr vorzügliches Effekt hervorgehoben.

*) Vorgetragen auf dem balneologischen Kongress in Budapest, am 22. März 1893. (Autoreferat.)

In dritter Reihe werden die Vorrichtungen für beständige Thermalwirkung in der Vagina vorgeführt, die grosse Rolle des **Eisbeutels**, des LEITER'schen Kühlapparates bei akuten Entzündungen — und endlich die Unbrauchbarkeit des heute angewandten Scheidenkühlapparates kritisch beleuchtet.

Anstatt Letzterem empfiehlt Autor den ULTZMAN'schen Mastdarm-Kühlapparat — mit einer kleinen Modifikation — in der Scheide anzuwenden. Durch selben können beständig hohe Temperaturen in den Parametrien — ja um den **Kältereiz zu meiden**, wo rathsam, langsam sehr tief abgekühltes Wasser angewendet werden.

Endlich empfiehlt er die Wasserbehandlung, welche den grossen Prinzipien, und zwar «der Prophylaxis» des «Conservativismus» des «Nil nocere» einzig und allein entspricht — der wärmsten Aufmerksamkeit und Forschungslust der Fachgenossen.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

Sitzung vom 28. April 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Prof. A. Lorenz: *Ueber Osteoklase und das modellirende intraarticuläre Redressement der Kniegelenkskontraktur und des Genu valgum.*

Vortragender bemerkt, dass mit der immer breitere Basis gewinnenden Sicherheit der antiseptischen und aseptischen Methode die Osteotomie der Knochen immer mehr Anhänger gewonnen habe, so dass sich die Chirurgen nur schwer zur Osteoklase entschliessen und dieselbe perhorresciren, während die Anhänger der Letzteren diese als die allein berechtigte hingestellt wissen wollen. Doch hat jede dieser Methoden ihren genau umschriebenen Wirkungskreis, wiewohl Beide grosser Einschränkung bedürfen und obwohl es möglich ist, dieselben auf dem Wege eines neuen Verfahrens, des modellirenden Redressements, zu umgehen. Es ist dies eine Methode, welche auf einer ausserordentlichen Dehnbarkeit und Plasticität der Knochen des Kindes, des Halbwüchsigen, manchmal auch des Erwachsenen beruht, welche sich die Chirurgen viel zu wenig zu Nutze machen. In einer einzigen Sitzung kann man mittelst langsamer, stetig sich steigernder Kraft, deforme Gliedmassen in die richtige, ja selbst in Ueberrectionsstellung bringen. Das Redressement forcée arbeitet auf Zerreissung der Weichtheile hin, während das modellirende Redressement die langsame Dehnung derselben bezweckt.

Die Osteoklase ist so alt wie die Medizin überhaupt und schon HIPPOKRATES bekannt gewesen. Im Laufe der Zeit wurden in dieser Richtung eine Menge von Instrumenten angegeben, welche mehr oder weniger ihren Zweck erfüllten, die aber immer von besseren Instrumenten verdrängt wurden. Die meiste Ausbreitung fand der von RIZZOLI konstruirte Apparat, der sich wohl zur Korrektur von durch Rhachitis verkrümmter Glieder eignet, sonst aber keinen grossen Werth hat, da die scharfen Ringe, sowie die scharfe Platte desselben grosse Quetschungen der Weichtheile mit sich bringt. Beim Genu valgum ist derselbe ferner nicht anwendbar, da die Fraktur nahe den Gelenksenden durch ihn nicht zu vollziehen ist. Wohl aber eignet er sich zur Infraktur der Tibia. Das Instrument, sowie auch der von VOLKMANN angegebene Apparat haben den Nachtheil, dass sie keine Präcision erlauben.

Zur grössten Vollkommenheit brachten die Franzosen die Instrumente der Osteoklase. Doch eignen sich die in dieser Richtung konstruirten Apparate wohl zur Osteoklase, nicht aber für das modellirende Redressement, da es mittelst derselben nicht möglich ist, eine zu dosirende Kraftleistung hervorzubringen. Der weitere Nachtheil dieser Apparate ist der, dass die Fraktur in antero-posteriorer Richtung geschieht, nicht aber gegen die Richtung der Deformität.

Vortragender hat nun einen Apparat konstruirt, mittelst welchen jede Quetschung der Weichtheile vermieden und die Fraktur gegen die Richtung der Deformität bewirkt werden kann. Mittelst desselben ist es auch möglich, das modellirende Redressement in präciser Weise vorzunehmen. Der Apparat besteht aus einem basalen Holzbrette, welches sich an jedem Tische anschrauben lässt. Auf diesem ruht ein metallenes Widerlager, welches gewissermassen den Mittelpunkt des Apparates bildet. Dieses dient zur Stütze einer fixen Metallplatte, gegen welche eine zweite Metallplatte durch zwei Stangenschrauben herangeschoben werden kann. Die Fläche dieser Platte ist gerifft, um einer zwischen beiden Platten ruhenden Kautschukplatte, zwischen welche die Extremität kommt, einen Halt zu gewähren. Auf dem fixen Widerlager befinden sich zwei lange Stahlstäbe, deren Enden durch einen Querbalken mit einander verbunden sind und einen beweglichen Schlittenapparat tragen. Um die frakturirende Extremität wird nun ein Lederriemen geschlungen, dessen Enden von zwei Dornen eingehackt werden. Eine Verletzung der Weichtheile ist durch die dicke Polsterung ausgeschlossen und durch Drehung einer Schraube mittelst des kleinen Fingers ist man im Stande den stärksten Oberschenkelknochen zu brechen. Mit genau dosirter, langsam ansteigender, in jedem Augenblicke unterbrechbarer Gewalt ist man im Stande die Correktion durch diesen Apparat herbeizuführen.

Der Apparat ist nichts Anderes als ein gepolsterter Schraubstock, aus welchem das fixirte Glied in der Weise herausragt, dass die zu frakturirende Stelle ganz nach vorne zu liegen kommt. Die Richtung der wirkenden Kraft und die Richtung der Axe des fixirten Gliedes bilden zusammen keinen rechten Winkel, sondern einen spitzen.

Aus 62 Leichenversuchen von Individuen verschiedenen Alters und Geschlechtes, die Vortragender vor der klinischen Verwendung mit dem Apparate anstellte, schöpfte derselbe die Erfahrung, dass die Haut das widerstandsfähigste Weichgebilde ist. Bei der an Kindern oder Halbwüchsigen vorgenommenen Osteoklase, die keine enorme Gewalt erfordert, zeigte die Haut kaum eine Druckmarke. Bei einem 45jährigen Manne war die Gewalt so gross, dass die Haut an der stärksten Druckstelle vollkommen dehiscirte. Einmal platzte die Haut, ein anderesmal sogar die dicke Kautschukplatte. Schon diese Erfahrung würde ausreichen, die Osteoklase des Erwachsenen auszuschliessen, da sie unter solchen Umständen keine unblutige Operation mehr ist. Das am wenigsten widerstandsfähige Organ ist der Muskel. Die übrigen Weichtheile, Gefässe und Nerven werden, selbst wenn dieselben bei der Fraktur in der Richtung gegen die Deformität an der Kante des Apparates zu liegen kommen, nicht alterirt, da sie ausweichen. Beim Erwachsenen wird das Periost vollständig zerrissen und der Knochen in 2 Theile zerlegt, welche hie und da noch einen kleinen Zusammenhang zeigen. Splitterungen kommen in der Regel vor. Bei jugendlichen Individuen dagegen reisst das Periost nicht ganz durch, und wenn, so meist an der Convexität. (Nach den Engländern «Fraktur eines grünen Zweiges».) Es kommt meist nur zu einer unvollständigen Infraktion, da die Bruchlinie nicht um den ganzen Knochen herumläuft. Um ein Urtheil über die Dehnbarkeit des Knochens zu bekommen, wird der Oberschenkel zwischen die beiden Platten des Apparates probeweise fixirt und auf seine Bruch- und Biegungsfestigkeit geprüft; während sich junge Knochen hin und her federn lassen, ist dies bei starren Knochen nicht der Fall. Die Osteoklase kann überhaupt nicht jene ausgebreitete Anwendung für sich in Anspruch nehmen, wie dies sonst allgemein behauptet wird, sie eignet sich besonders für Kinder und Halbwüchsige; doch lassen sich auch hier keine genauen Grenzen angeben, auch hier muss man individualisiren.

Die Nachbehandlung bei Osteoklase geschieht in der Weise, dass ein fixirender Verband angelegt wird, an dem man unten einen Trittbügel anbringt. Eine Dislokation der Fragmente tritt nicht ein, Patient hat nur ein Krankenlager von 1—2 Tagen zu überstehen und kann dann im Verbande herumgehen; er sitzt dabei auf dem Verbande und die Extremität hängt im Trittbügel herab.

Beim Genu valgum ist Vortragender überhaupt von der Osteoklase abgekommen und wendet nur das modellirende Redressement an.

Da dasselbe jedes Genu valgum in der schönsten, raschesten und einfachsten Weise zur Heilung bringt, und sogar eine Ueberkorrektion des Knochens in manchen Fällen zulässt. Bei jugend-

lichen Individuen dauert die Behandlung sehr kurze Zeit, bei älteren Personen etwas länger.

Auch zum Redressement des Genu flexum ist der Apparat verwendbar. Da Vortragender an dem Prinzipe festhält, dass jede Korrektur in der Richtung gegen die Deformität vorgenommen werden soll, so müsste der narkotisirte Patient einmal auf den Rücken, das anderemal auf den Bauch umgelegt werden, was LORENZ dadurch vermeidet, dass die einzelnen Theile des Apparates beweglich sind, so dass derselbe jeden Augenblick in sein Spiegelbild verwandelt werden kann. Die intraartikuläre Kniegelenkskontraktur ist manuell stets sehr schwer zu beheben, da man nie Herr der Situation ist und leicht entweder den Knochen brechen oder die Bänder zerreissen kann. Ist eine spitzwinkelige Kontraktur vorhanden, dann redressirt man zuerst manuell, um das übrige Redressement mittels des Apparates zu vollenden. Eine supracondyläre Osteoklase erfolgt dabei nicht, wenn man sie nicht intendirt, es gelingt vielmehr das Redressement bis zur vollen Streckung. Da der Schenkel oft subluxirt ist, so kann es bei anderen Methoden zur vollkommenen Luxation kommen, was bei diesem Apparate aber nicht zu befürchten ist. Ausgezeichnet bewährt sich derselbe bei jugendlichen Knochen und bei florider Rhachitis, ebenso bei veraltetem Klumpfuss, der leicht in einen Plattfuss verwandelt werden kann. Vortragender bemerkt dazu, dass er noch nie in die Lage gekommen sei, einen recidivirenden Klumpfuss durch eine Attaque auf den Knochen selbst zur Heilung zu bringen. Bei der Osteotomie bestehe doch ein gewisses Mortalitätsperzent, welches bei dieser Methode ganz ausgeschlossen sei. Der Versuch, eine kosmetische Deformität zur Heilung zu bringen, dürfe den Patienten nicht das Leben kosten, so lange es Wege gebe, das Ziel der Heilung auf gefahrlose Weise zu erreichen.

Dozent v. EISELSBERG bemerkt, dass der Apparat RIZZOLIS an der BILLROTH'schen Klinik in mehr als 100 Fällen angewendet worden sei und stets ungemein zufriedenstellende Resultate geliefert habe. Wohl sei die Quetschung der Weichtheile eine beträchtliche, die aber von LORENZ zu befürchtenden Schäden seien nie aufgetreten. Auch sei das gewaltsame Redressement nicht zu verwerfen. Zum Redressement des Genu flexum eigne sich sehr gut das GERSUNY'sche Verfahren, welches in der Weise ausgeführt wird, dass zu beiden Seiten des Kniegelenkes in den Gypsverband je ein Charnier eingelöthet und vorne und hinten in den Verband je eine Excision gemacht wird. Die rückwärtige Excision wird nach und nach durch Einlegen von Korkkeilen vergrössert. Auf diese Weise lassen sich in 8—14 Tagen die hochgradigsten Contrakturen zur vollkommenen Streckung bringen. Um eine Luxation zu vermeiden, gibt man den Charnieren die sogenannte LANGENBECK'sche Krümmung, so dass die Querachse derselben vor die Patella zu liegen kommt.

Prof. LORENZ erwidert, dass das manuelle Redressement eine kolossale physische Anstrengung verursache, die bei seinem Apparate wegfalle. Dem GERSUNY'schen Verfahren wolle er seine Berechtigung nicht rauben, aber dasselbe erfordere viele Wochen und überdies eine Anstaltsbehandlung. Seine Methode dagegen umgehe jede Verletzung, sei gefahrlos und sichere ausserdem einen sehr raschen und ebenso sicheren Erfolg.

Hofrath DITTEL frägt, auf wessen Kosten das rasche Redressement geschieht, da doch die Knochen verändert sind?

Prof. LORENZ erwidert, dass durch sein Verfahren die Knochenform nicht ummodellirt werde; durch die Dehnung der äusseren Weichtheile werden die Knochen in die richtige Lage gebracht und eine richtige Belastung hergestellt. Das Schlottergelenk werde nach und nach in ein fixes Gelenk verwandelt.

Hofrath DITTEL erwidert, dass ein Schlottergelenk nicht ausheile, welche Meinung Dozent v. EISELSBERG durch einen citirten Fall stützt.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 26. April 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

***Prof. L. Mauthner:** Ueber Lähmung des Musculus obliquus inferior nebst Bemerkungen über die physiologischen Augenbewegungen.*

Vortragender leitet seinen Vortrag über Lähmung des M. obliquus inferior mit einigen statistischen Bemerkungen ein. In einem Beobachtungsmaterial von 258416 Kranken, welches MOORE, A. GRÄFE COHN, SCHOELER, MAUTHNER geliefert haben, kam die isolirte Lähmung des Rectus superior 20 Mal, jene des Obliquus inferior 18 Mal zur Diagnose. Es entfielen also auf 100.000 Kranke dieser Reihe 7·7 Lähmungen des Rectus superior, 7 des Obliquus inferior. Verwendet man diese Daten, um zu erfahren wie oft das Ereigniss der isolirten Lähmung thatsächlich in Betreff der beiden genannten Muskeln eintritt, so ergiebt die Wahrscheinlichkeitsrechnung nach POISSON: Man kann nicht mit Gewissheit, aber doch mit der grossen Wahrscheinlichkeit 212/213=0·9953 aussprechen, dass wenn bei 258.416 Augenkranken die Lähmung des Rectus superior 20 Mal, jene des Obliquus inferior 18 Mal beobachtet wurde, die erstere Lähmung ganz allgemein bei 100.000 Augenkranken nicht häufiger als 17 Mal und nicht seltener als 12·7 Mal, die Lähmung des Obliquus inferior dagegen nicht häufiger als 11·6 Mal und nicht seltener als 2·4 Mal sich ereignet.

MAUTHNER hat vor einigen Wochen die erste isolirte Lähmung des Obliquus inferior zu beobachten Gelegenheit gehabt. Dabei konnte er neuerdings sich von der Richtigkeit des Gesetzes überzeugen, dass die Diagnose der Lähmung eines Erhebungsmuskels weder auf die Schiefheit der Doppelbilder, sondern ausschliesslich auf die Höhendifferenz zu stützen sei, welche die Doppelbilder in den Diagonalstellungen darbieten. Gleichzeitig aber machte er eine auffallende Beobachtung. Die Höhendifferenz der Bilder war in den Diagonalstellungen eine viel grössere als sie unter übrigens gleichen Umständen bei der Parese des Rectus superior angetroffen wird.

MAUTHNER benützt diese Gelegenheit, um wieder darauf aufmerksam zu machen, dass unsere anatomischen und physiologischen Vorstellungen ebenso wie die der Diagnostik der Lähmungen zu Grunde liegenden Annahmen über die Lage der Muskelebenen und Drehungaxen der Erhebungsmuskel einer wesentlichen Korrektur bedürftig sind.

Wenn bei einem bestimmten Erhebungswinkel die Blicklinien in positive oder negative Seitenwendung gehen, so behält der Erhebungswinkel die gleiche Grösse. Es wird dieses dadurch erklärt, dass in demselben Maasse als bei der Seitenwendung der Höhen-Rectus an Hebkraft verliert, der Obliquus an Kraft gewinnt und umgekehrt. Die pathologischen Verhältnisse zeigen uns aber, dass bei der äquivalenten Lähmung eines Höhen-Rectus einerseits, eines Obliquus andererseits die Höhendifferenz in den Diagonalstellungen verschieden ist, während sie doch auf Grund der physiologischen Thatsachen genau dieselbe sein müsste.

Vollkommen erklärlich wird aber diese Erscheinung, wenn wir uns einfach an die Angaben halten, welche über die Lage der Muskelebenen von A. GRÄFE und VOLKMANN gemacht worden sind. Nach v. GRÄFE bildet die Muskelebene der Höhen-Recti einen Winkel von 23° mit der Sagittalaxe des Auges, die Muskelebene der Obliqui einen Winkel von 37° mit der Queraxe: Nach VOLKMANN betragen diese beiden Winkel 27° und 39°, so dass die Muskelebenen und daher auch die Drehungsaxen der Höhen-Recti und Obliqui nicht einen Winkel von 90°, sondern einen solchen von 76° (v. GRÄFE), resp. v. 78° (VOLKMANN), einschliessen.

Da nun nach SCHNURMAN die Excursionsfähigkeit der Blicklinie bei Emmetropie in der Horizontalebene im Mittel von 42° nach aussen 45° nach innen beträgt, so wird bei der Aussenstellung des Auges die Wirkung der Obliqui auf die Höhenstellung allmählig zu Null sinken, bei der Innenstellung des Auges aber der Einfluss auf die Höhenstellung beinahe bis zum Maximum ansteigen. Es darf uns daher die grosse Höhendifferenz der Doppelbilder in den Diagonalstellungen bei der Lähmung eines Obliquus nicht Wunder nehmen.

Ganz anders verhält sich die Sache bei der Lähmung eines Höhen-Rectus. Bei der äussersten Innenbewegung hat der Höhen-Rectus noch immer einen bedeutenden Einfluss auf die Höhenstellung, während dieser Muskel, der bei einer Abduction von 23°—27° die grösste Wirkung auf die Höhenstellung ausübt, bei einer weiteren Abduction des Auges von 15° bis 19° an Hubkraft wieder bedeutend verloren hat, so dass die Differenz in der Höhenstellung bei der äussersten Adduktion und Abduktion, soweit diese Höhenstellung durch den Rectus allein bewirkt wird, eine viel geringere sein muss als dieses für den Obliquus der Fall ist. Daraus erklärt sich auch die viel grössere Differenz in der Höhenstellung der Doppelbilder bei der Lähmung eines Obliquus.

Trotzdem kann diese Erklärung ebenso wenig richtig sein als die Vorstellung von der Lage der Muskelebenen der Höhen-Recti und der Obliqui.

Denn sonst müssten unter physiologischen Verhältnissen in jeder Diagonalstellung gekreuzte schiefe höhendistante Doppelbilder zu Stande kommen.

Die Theorie erfordert, dass die Drehungsaxen der Höhen-Recti und Obliqui aufeinander senkrecht stehen und dass bei der Lähmung eines Erhebungsmuskels die Bewegungverhältnisse sich nach besonderen Gesetzen ändern.

Dozent Dr. **Königstein** bemerkt, dass es auffallend sei, dass bei dem nahen Ansatze des Musculus obliquus inferior am Augenhöhlenrande die traumatischen Lähmungen so selten sind. Vortragender sah vor einigen Wochen an der **Neumann**'schen Abtheilung eine reine Lähmung des Obliquus inferior, welche durch eine Dermatitis luposa u. zw. durch eine starke Succulenz der Konjunktiva entstanden war. Mit den Angaben **Mauthner**'s, wie man die Lähmung der Heber und Senker des Auges bestimmen kann, reiche man nicht in allen Fällen aus. Vortragendem sei es vorgekommen, dass bei derselben Untersuchung eines gelähmten Auges, bald das Bild dieses, bald das des anderen Auges in die Höhe ging; dieser Eventualität könne man entgehen, wenn man vor beide Augen gefärbte Gläser bringt. Dieses Phänomen finde seine Erklärung darin, dass das Bild dort schärfer ist, wo nicht das gefärbte Glas vorgesetzt wird, durch das Vorlegen gefärbter Gläser vor beiden Augen, würden aber beide Bilder abgeschwächt.

Prof. **Mauthner** entgegnet, dass er das von **Königstein** citirte Phänomen niemals beobachtet habe, dass es ihm ferner ganz unverständlich sei, obwohl es nicht unmöglich sei, dass die Lähmung von einem Auge auf das andere springe, doch könne dies nur bei hysterischen Augen vorkommen, auf physikalischem Wege sei dies aber nicht möglich. Das gelähmte Auge müsse stets tiefer stehen.

* * *

Sitzung vom 3. Mai 1893.

Dr. Herz: *Zur Diagnostik der Darmerkrankungen.* (Vorläufige Mittheilung.)

Die Diagnose, welcher Theil des Dünndarmes erkrankt ist, stösst auf grosse Schwierigkeiten. Sicher ist es, dass von der erkrankten Darmpartie vor Allem Schleim produzirt wird, da in den Fäces der Darmkranken mehr Schleim enthalten ist als de norma. Darunter sind nicht etwa die Schleimflocken gemeint, sondern der den Fäces diffus beigemengte Schleim. Verreibt man eine Portion von solchen Fäces mit Wasser, so sieht man, dass der Schleim nicht in den Knollen gleichmässig vertheilt ist, sondern in grösseren Partien zusammenhängt. Centrifugirt man diese Masse, so sondern sich die verschiedenen Schleimpartien, sie schichten sich übereinander, da sie ein verschiedenes spezifisches Gewicht haben und enthalten auch verschiedene morphotische Elemente. Vortragender glaubt nun, dass diese verschiedenen Schleimschichten diejenigen Elemente mit sich führen, welche für gewisse Partien charakteristisch sind. Breitet man z. B. einen Typhusstuhl unter dem Mikroskope aus, so findet man ausser den Bacillen nichts charakteristisches. Centrifugirt man denselben aber, so bilden sich verschiedene Schichten und in einer Schichte von einer gewissen Höhe findet man dann Rudel von Bakterien, während diese in den anderen Schichten nur ganz vereinzelt zu finden sind. Vortragender will nun damit den Beweis erbracht haben, dass der Schleim morphotische Elemente desjenigen Ortes mit sich führt, wo derselbe entstanden ist, und dass man die charakteristischen Elemente in Schichten zusammengedrängt finden kann.

Sehr wichtig ist es ferner bei der Untersuchung der Fäces, genau die Farbe derselben zu bestimmen. Die Ausdrücke «gelblich, gelblichbraun u. s. w.» klingen sehr unbestimmt. In dieser Richtung eignen sich zur genauen Bestimmung der Farbe sehr gut die Musterkarten von Fussbodenlack, welcher die Farben von Fäces sehr gut gibt und den Vergleich der feinsten Nuancen zulässt.

Merkwürdig ist es, dass bei den Fäces manchmal, wenn sie längere Zeit stehen, von der Oberfläche aus in die Tiefe ein rother Farbstoff auftritt. Diese Veränderung scheint auch im Darme stattzufinden. Dieser rothe Stich an braunen Fäces lässt sich mit freiem Auge nicht gut nachweisen, wohl aber im Vergleiche mit der oben erwähnten Musterkarte.

Dr. **Hock** bemerkt, dass die Bildung von rothem und blauem Farbstoff unter Einwirkung der Bacillen zu Stande komme und dass dieselben Abspaltungen verschiedener Indigobilder sind. **Roth** zeigt die Fäulniss an; es geht in Amylalkohol über und man bekommt dann eigenthümliche Krystalle, welche in Wasser, Amylalkohol und Alkalien mit brauner Farbe löslich sind. Dieser Farbstoff lässt sich ferner aus indigoreichem Harn isoliren, indem man denselben mit Salzsäure ansäuert und mit Amylalkohol schüttelt.

Dr. Em. Mandl.

Geburtshilflich-Gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 7. Februar 1893.)*

Wertheim: *Demonstration zum Kapitel «Drainage der Bauchhöhle.»*

Ich hatte erst unlängst in einem kurzen Vortrage Gelegenheit, die Prinzipien für die Drainage der Bauchhöhle, wie sie an der Klinik **Schauta** geübt wird, darzulegen. Ich erlaube mir nun eine Frau vorzustellen, bei welcher dieses Verfahren ausgeführt wurde. Es handelt sich um einen beiderseitigen, circa faustgrossen Pyosalpinx, welcher während der Operation zum Platzen kam. Der stinkende Eiter entleerte sich nun in die Bauchhöhle. Da die mikroskopische Untersuchung desselben massenhafte Streptokokken ergab, wurde der Eiter sorgfältig ausgetupft, die Höhle des kleinen Beckens mittelst eines **Mikulicz**'schen Tampons austamponirt und der Drain zum unteren Wundwinkel herausgeleitet. Die Frau zeigte Anfangs Temperatursteigerung und machte den Eindruck, als ob es sich hier um eine Sepsis handeln würde; Dank der Drainage erholte sie sich aber vollständig, so dass sie nach 14 Tagen gesund das Bett verlassen konnte.

* * *

O. Zuckerkandl: *Operative Behandlung der Incontinentia urinae.*

Ich erlaube mir, Ihnen einen operativ geheilten Fall von Incontinentia urinae vorzustellen, der eine 54jährige Frau betrifft, welche sowohl in Bettlage als auch beim Herumgehen an permanentem Harnträufeln litt. In Prag wurde sie einer Operation unterzogen, doch ist nicht zu eruiren, welcher Art dieselbe gewesen ist. Bei der Untersuchung konnte ich konstatiren, dass das Orificium urethrae weit klaffte und bei dem geringsten Wirken der Bauchpresse (Husten, Lachen u. s. w.) Urin abfloss, wobei die Blase von normaler Kapazität war. Es handelte sich um jene Form von Incontinenz, welche in diesem Alter häufig vorkommt und nicht durch Innervationsstörungen bedingt ist, sondern durch eine Schwäche, welche mit der senilen Involution des Genitales zusammenhängt, wobei die Muskeln ihren Tonus verlieren. Bei der Kürze der Urethra ist dann der Widerstand gegen den intravesicalen Druck ein sehr minimaler und kann daher leicht überwunden werden.

Die Operation hat das Prinzip, den Widerstand durch eine Verengerung der Harnröhre zu vergrössern. **Winkel**, **Schede** und **Pawlik** beschränken sich darauf, das Orificium ext. durch Ver-

*) Wir bringen aus dem uns freundlichst zur Verfügung gestellten Protokolle nur jene Vorträge, Diskussionen und Demonstrationen, die von allgemein praktischem und nicht allzu sehr spezialistischem Interesse sind.

zerrung oder durch einen leichten Zug zu verengern. Am meisten sagte mir die von GERSUNY 1889 zuerst ausgeführte Torsion der Urethra zu, wo der Widerstand nicht allein auf das äussere Orificium, sondern auch auf die ganze Urethra ausgedehnt wird. Nachdem ich die Patientin im Ambulatorium längere Zeit ohne Erfolg mit Sondenätzungen behandelt hatte, operirte ich dieselbe am 1. Jänner d. J. im Sanatorium EDER, wobei ich das Orificium ext. ovalär umschnitt, die Urethra stumpf bis zur Blase auslöste, dieselbe dann im Sinne des Zeigers einer Uhr von links nach rechts um 360° drehte und das Orificium ext. durch eine dichte Reihe von Nähten fixirte. Nachdem ich einen Verweilkatheter durch zwei Tage liegen gelassen hatte, liess ich die Patientin 14 Tage lang absolute Ruhelage einnehmen und war nicht wenig davon überrascht, als beim Aufstehen Patientin vollkommen continent war, die Heilung ging glatt vor sich, nur wurde der kleine Schleimhautrand nekrotisch; aber die Urethra blieb in ihrer neuen Lage vollkommen fixirt.

Diskussion: GERSUNY bemerkt, dass er seit seiner ersten Operation keine Gelegenheit mehr gehabt habe, derartige Fälle zu operiren. Der Vorzug dieser Operationsmethode vor allen anderen liege darin, dass die Dehnbarkeit der Narbe hier ganz gleichgiltig sei, während bei den anderen Methoden der Erfolg von der Straffheit der Narbe abhänge. Bei der Torsion der Urethra komme nur die Elasticität normaler Theile in Frage. Nach der Heilung per primam sei die Urethra von ganz zarten Narben umhüllt. Das Antreiben des Urins habe hier höchstens das Bestreben, die Falten aufzudrehen. Der Widerstand dürfte hier durch Drehung der Urethra überwunden werden, indem der sich kontrahirende Detrusor das Orificium int. hinaufzieht und die Spirale etwas länger wird. GERSUNY vermuthet dies, da in dem ersten von ihm operirten Falle eine ziemliche Anstrengung zur Harnentleerung nothwendig war.

* * *

G. Braun: Ein Fall von diagnostisch interessanter Ovarialcyste.

Der Fall, von dem ich Ihnen berichte, bietet in diagnostischer Beziehung einiges Interesse. Er betrifft eine 19jährige Person, welche seit dem 15. Lebensjahre spärliche Menses hatte. Im September 1891 Periode das letzte Mal, um im Dezember 1891 wieder aufzutreten. 1892 bemerkte sie, dass der Bauch grösser wurde, sie bot auch in subjektiver Richtung die Erscheinungen der Schwangerschaft und wollte auch Kindesbewegungen gefühlt haben. Die Untersuchung an der Klinik ergab einen grossen Tumor des Abdomens, welcher 2—3 Querfinger unter dem Nabel reichte, rechts und links mit einer Convexität endigte und gegen das kleine Becken hin nicht zu verfolgen war. Bis zum Processus xiphoïdes nahezu leerer Schall, eine circa 3 *cm* breite Zone tympanitischen Schalles zwischen Tumor und Leber. Gegen eine Extrauterinschwangerschaft sprach der Mangel von Sekret in den Brüsten, die fehlende Pigmentation, die blasse Schleimhaut der Scheide und die sehr hochstehende, sehr kleine Vaginalportion, die nebenbei auch sehr derb war. Bei der Untersuchung durch den Mastdarm konnte man das sehr stark ausgezogene Corpus uteri in der Länge von 6 *cm*, das linke Ovarium und die sehr kurze, kaum 4 *cm* lange Tube erkennen. Die Sondirung des Uterus gelang und zeigte denselben leer. In der Nabelgegend liess sich eine Ausdehnung der Bauchhaut in der Länge von 5—6 *cm* wahrnehmen; in diesem ausgestülpten Sacke liess sich ferner Flüssigkeit, aber keinerlei Gurren wahrnehmen. Es wurde nun die Diagnose auf Ovarialcyste gestellt.

Bei der Laparotomie entleerte sich eine Menge ziemlich zähflüssiger, gelblicher Flüssigkeit und man konnte alsbald die charakteristiche Cystenwand entdecken, in welcher sich eine 2—3 *cm* weite Oeffnung zeigte, aus welcher sich der Inhalt entleerte. Prof. KUNDRAT erklärte das Gebilde für eine glanduläre Cyste, bei welcher durch Usur die Oeffnung entstand und die hervorquellende Flüssigkeit den Tumor nach oben gedrängt hatte.

Discussion: WEINLECHNER sind 3—4 Fälle vorgekommen, bei welchen ihm, noch bevor der Tumor eröffnet wurde, eine ungewöhnliche Menge von Cysteninhalt entgegenquoll, welcher durch eine völlig beengte Oeffnung herauskam, so dass man von einer Cystom-Bauchhöhlenfistel sprechen konnte. Heute dürften diese Fälle viel seltener sein, da man viel früher an die Operation solcher Cysten schreitet. Es handelte sich hier nicht um eine akute, sondern um eine vor Zeiten stattgehabte Ruptur.

GERSUNY wendet sich gegen die Erklärung BRAUN's, dass die Cyste durch die Flüssigkeit nach oben gedrängt wurde; dazu müsste das spezifische Gewicht der Flüssigkeit höher gewesen sein als das des Tumors, was eben nicht vorauszusetzen ist.

HOFMOKL hat eine ziemliche Anzahl von Cysten beobachtet, bei denen es zu einer Drehung und dann zur Berstung gekommen war.

BRAUN erkennt die Meinung GERSUNY's als richtige an; aber da keine Adhäsionen vorhanden waren, so blieb keine andere Erklärung übrig.

HOFMOKL fand bei Berstungen die collabirten Cysten stets am Grunde des Beckens, die Flüssigkeit frei im Bauchraume.

WEINLECHNER bemerkt, dass es sich in den Fällen HOFMOKL's um akute Risse gehandelt habe, bei seinen Fällen dagegen um ausgeheilte Rupturen, indem sich mit der Zeit eine Narbenfistel bildete. Meist waren es Gallert-Cystome.

GERSUNY erwähnt, dass es sich in diesen Fällen dann um Nekrosirung handle, indem durch eine mangelhafte Ernährung Zerfall und Substanzverlust stattfindet. Das Ganze bedeutet dann einen Rückbildungsprozess.

WEINLECHNER macht aufmerksam auf die gelblichen Flecke, die sich oft in der Cystenwand vorfinden, welche Nekrosirungen bedeuten, die dann einmal zum Platzen der Cyste führen können.

Der Antrag des Vorsitzenden, in 14 Tagen wieder eine wissenschaftliche Versammlung abhalten zu lassen, wird angenommen.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde

für praktische Aerzte und Studirende.

Von **Dr. Adam Politzer,**

k. k. a. ö. Professor der Ohrenheilkunde an der Wiener Universität etc.

Dritte gänzlich umgearbeitete Auflage.

Mit 331 in den Text gedruckten Abbildungen.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Unter den mannigfachen Publikationen aus dem Gebiete der Ohrenheilkunde, die in den letzten Jahren erschienen sind, nimmt die 3. Auflage des POLITZER'schen Lehrbuches ohne Zweifel den ersten Rang ein. In wohlthuendem Gegensatz zu den vielen ephemeren und sterilen Compilatoren und Kasuistikern bietet uns POLITZER in vornehmer und edler Sprache einen durch und durch gediegenen Inhalt. Wer, wie dieser Autor, aus einer 30jährigen Erfahrung auf dem Gebiete der otiatrischen Disziplin schöpfen kann, und all die zahlreichen Fortschritte auf dem Boden der grundlegenden und bahnbrechenden Hilfswissenschaften, der Anatomie, Histologie, Physiologie und pathologischen Anatomie inaugurirte oder wesentlich weiter ausbilden half, der ist wohl der berufene Mann für ein klassisches Buch. Und so empfangen denn auch die Tausende von dankbaren Schülern mit Freude und herzlicher Anerkennung diese hochschätzbare Gabe des verehrten und genialen Lehrers und Meisters.

Die Anordnung des Stoffes ist klar und übersichtlich. Die Diction verräth in jeder Zeile den berufenen Lehrer, den geistvollen Forscher, den gewandten Schriftsteller und last not least den noblen objektiven Kritiker, der mit Wohlwollen und edler Gerechtigkeit die Arbeiten seiner Collaboratoren zu beurtheilen und zu schätzen weis und seine eigenen bahnbrechenden und originellen Forschungsresultate und Erfahrungen mit jener weisen Beschränkung und Bescheidenheit zum Ausdrucke bringt, die das reiche Wissen und die echte Kunst dokumentiren und ehren.

Die Kapitel über Anatomie, Physiologie und physikalische Diagnostik ergeben uns eine vollkommene und klare Einsicht in diese keineswegs leichten Gebiete, und zwar in der lebendig an-

schaulichen Sprache des Autors, «der Schule gemacht hat», und als Pionier in die dunkelsten Partien selber vorgedrungen ist. Zu den interessantesten Theilen des ganzen Werkes gehört unbedingt der Abschnitt über die Hörprüfungen, namentlich aber das Kapitel über Prüfungen mit Stimmgabeln. Die Differentialdiagnose zwischen den Affektionen des schallleitenden und schallpercipirenden Apparates gewinnt unter der sicheren Logik und dem durchdringenden Verstande des Physiologen und Klinikers sichere Form und fassbare Gestalt, die sie vorher nicht inne hatte.

Ueber die Bearbeitung der allgemeinen und speziellen Pathologie und Therapie bedarf es keiner detailirten Ausführungen. Die bereits erwähnten Vorzüge des Werkes treten hier in besonders hellem Lichte hervor.

Das Kapitel über die Mittelohrentzündung steht durchaus auf der Höhe der modernen Forschung. Das Cholesteatom des Ohres ist in einem eigenen Kapitel nach jeder Richtung hin erschöpfend abgehandelt. Die Erkrankungen des Warzenfortsatzes sind mit seltener Gründlichkeit bearbeitet und bei aller Berücksichtigung der wissenschaftlichen Details durchaus dem Bedürfnisse des Praktikers angepasst.

Ausser dem Diagnostiker und Therapeuten kommt in diesem Felde auch der Operateur in reichem Masse zu seinem Rechte. Die Umsicht, Sicherheit und Gewissenhaftigkeit des wahrhaft humanen Arztes, der im Kranken vor Allem seinen Nebenmenschen sieht, gibt dem Werke jenes echte Gepräge und jene höhere Weihe, welche die wahre Wissenschaft in den Dienst des Humanismus stellt und mit edlem Stolze sich abwendet von der hastigen Streberei des Egoismus.

Dozent Dr. F. Rohrer, Zürich.

Lehrbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.

Für Studirende und Aerzte.

Von **Dr. L. Hirt,**

Professor an der Universität Breslau.

Mit 87 Abbildungen.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1893.

Bei dem sich von Tag zu Tag steigernden Ansehen der nicht pharmakologischen Zweige der modernen Therapie, namentlich der Elektrotherapie war es eine sehr dankenswerthe Aufgabe des Verfassers diese Heilmethode des ausführlicheren zu besprechen. Die Anordnung des Stoffes ist musterhaft; Verfasser hat es verstanden, die Physik von der Medizin, die Theorie von der Praxis und die Diagnostik von der Therapie genau auseinanderzuhalten. Dadurch, dass im elektrodiagnostischen Theile stets erst das normale und dann erst der pathologische Befund und seine Verwerthung beschrieben ist, erscheint das Studium dieser trockenen und schwierigen Materien sehr erleichtert. Der Abschnitt über Elektrotherapie enthält zum überwiegenden Theile eigene Erfahrungen und Beobachtungen des Verfassers, in denen sich so manches praktisch Verwendbare vorfindet. Das Buch ist sowohl für den Studirenden als auch für den Arzt, der sich schnell und bequem über wissenschaftliche Punkte orientiren will, ein wahrer Schatz. *J. R.*

Zeitungsschau.

Heymann: Ueber gutartige Geschwülste der Highmorshöhle (Virchow's Archiv Bd. 129. Allgemeine medizinische Central-Zeitung. Nr. 32, 1893.)

Die Arbeit Heymann bildet eine wesentliche Bereicherung unserer Kenntnisse der Pathologie der Nebenhöhlen der Nase. Sie verdient der besonderen Beachtung des Fachmannes.

Mit der zunehmenden Erkenntniss der Symptome, welche von den Erkrankungen der Oberkieferhöhle ausgehen, hat sich auch die Kenntniss der Bedeutung dieser Leiden für den Gesammtorganismus vervollkommnet. Die pathologisch-anatomische Forschung ist auf diesem Gebiete hinter den klinischen Erfahrungen zurückgeblieben; seit den grundlegenden Untersuchungen ZUCKERKANDL's ist nichts wesentliches mehr hinzugefügt worden. Verfasser hatte die seltene Gelegenheit, an 250 Leichen die Highmorshöhlen zu öffnen; er richtete sein Hauptaugenmerk zuerst auf die Geschwülste. Bösartige Geschwülste haben unter diesem Materiale gefehlt. Die sämmtlichen zur Beobachtung gelangten Geschwülste waren auch derart klein, dass sie weitergehende Störungen anscheinend noch nicht gemacht hatten.

In den untersuchten 500 Highmorshöhlen wurden in 31 mehr oder minder grosse Geschwülste gefunden. Diese kamen an 26 verschiedenen Personen zur Beobachtung, so dass man hiernach zu der Schätzung gelangt, dass jeder 9. bis 10. Mensch solche kleine Tumoren in seiner Kieferhöhle trägt. Dieses häufige Vorkommen von Neubildungen, welches auch von anderen Autoren bestätigt wird, ist in der Kiefernhöhle umso bemerkenswerther, als es unseren gewöhnlichen Anschauungen über die Aetiologie der Geschwülste nicht entspricht; denn es gibt wohl kaum eine Schleimhaut im menschlichen Körper, welche so gleichmässige, keinem Wechsel und äusseren Einfluss unterworfene Funktionen hat und so wenig von aussen kommenden Insulten und Reizen ausgesetzt ist, als die Kiefernhöhlenschleimhaut. In vielen Fällen von Neubildungen zeigte die Schleimhaut alle Charaktere der akuten und chronischen Entzündung. In anderen Fällen liess sich mit Sicherheit aus der blassen, gleichmässig dünnen und zarten Schleimhaut schliessen, dass Entzündungsvorgänge nicht statgefunden haben können. In der Gruppirung der beobachteten Geschwülste folgt Verfasser der Eintheilung von ZUCKERKANDL, welcher unterscheidet 1. Kiefercysten, 2. Osteome, (3. Fibrome,) 4. Polypen, 5. Cysten der Kiefernschleimhaut.

Das Vorkommen der eigentlichen (harten) Fibrome erscheint noch zweifelhaft.

Ein exquisiter Fall von Kiefercyste (auch Zahncyste genannt) kam zu HEYMANN's Beobachtung; entsprechend der Fossa canina fand sich hier ein etwa 50 Pfennigstückgrosser Defekt der Knochenwand, welcher durch eine starke und straffe bindegewebige Membran nach aussen abgeschlossen war. Diese Membran gehörte der Umhüllung einer grösseren Cyste an, welche die Highmorshöhle zum grössten Theil erfüllte.

Von Knochenneubildungen wurden drei Fälle beobachtet: Einmal handelte es sich um einige kleine hirsekorngrosse kompakte Knochenbildungen in der Infraorbitalbucht der linken Highmorshöhle einer Frau.

Im zweiten Falle um einen über erbsengrossen knöchernen Tumor, der der vorderen Wand des Sinus aufsass. Gleichzeitig bestand in dem einen Falle noch ein cystöser Tumor, in dem anderen eine Cyste und ein Polyp und ein ganz ausserordentlich grosses Ostium maxillare accessorium. Der dritte Fall zeigte eine ganze Reihe von Knochenneubildungen, durchweg aus kompakter sehr harter Knochensubstanz bestehend. Bildung von Knochenplättchen im Perioste wurde mehrfach gesehen.

In ziemlich grosser Zahl wurden Polypen gefunden, d. h. aus der Schleimhaut mehr oder minder gestielt hervorgehende Geschwülste, welche im Wesentlichen das Gewebe des Mutterbodens wiederholen. Im Ganzen wurden 14 derartige Fälle notirt. Mehrere eigentliche Schleimpolypen in derselben Highmorshöhle wurden nie gefunden, eine Thatsache, die im Vergleich mit der überaus häufigen Multiplicität der Nasenpolypen überraschen muss.

Was die Diagnose von solch kleinen Polypen des Antrum im Leben betrifft, so liegt darüber bisher nur sehr wenig vor. In zwei Fällen, in denen der Verfasser nach der Eröffnung der Highmorshöhle wegen Empyem mit dem scharfen Löffel Polypentheile entfernt hat, wurden nur die gewöhnlichen Symptome einer Erkrankung der Highmorshöhle bemerkt, ohne dass etwas — vielleicht von der ja auch gerade nicht seltenen Hartnäckigkeit des Uebels abgesehen — darauf hingewiesen hätte, dass ausser dem Empyeme noch sonst Abnormes in der Sinushöhle sich befände.

Als eine besondere Rarität beschreibt Verfasser einen keimförmigen Polypen der Highmorshöhle, welcher bei einem jungen Manne doppelseitig zur Beobachtung kam, neben mässig zahlreichen Nasenpolypen. Das eigenthümliche Gebilde zeigte eine faltige Anordnung, welche den Kiemen eines Fisches ähnelte. Mikroskopisch zeigten sich die Elemente der in chronischer Ent-

zündung befindlichen Schleimhaut, die sich in den Faltenbildungen wiederholen.

Die zahlreichste Gruppe von Neubildungen bilden die Cysten der Kiefernhöhlenschleimhaut. Sie finden sich besonders häufig an der inneren und unteren Wand desselben und variiren von der Grösse eines kleinen Hirsekorns bis zu der einer Kastanie. Der Inhalt der Cysten war meist durch Epithel, Detritus, Lymphkörperchen getrübt, häufig auch durch Cholestearinkrystalle. Die Wandungen der Cysten sind nach aussen, d. h. nach der Highmorshöhle zu, mit Flimmerepithel bekleidet. Die innere Fläche hat bald mehrschichtiges Pflasterepithel, bald auch (überraschenderweise) deutliches flimmertragendes geschichtetes Cylinderepithel.

Verfasser führt alle sogenannten Schleimcysten der Kiefernhöhle auf verschlossene Drüsen, bezw. Drüsenausführungsgänge zurück; das Flimmerepithel entspricht dann den Ausführungsgängen der Drüsenschläuche. Oedematöse Füllung und Auflockerung der Schleimhaut wurde 4mal gefunden.

Charcot: Husten und Larynxgeräusche bei verschiedenen Nervenkrankheiten. — (Archiv. de Neurol. Oester-ungar. Centralblatt f. d. medizin. Wissenschaften Nr. 8, 1893.)

Charcot unterscheidet exspiratorische Larynxgeräusche, vom Typus des Hustens und inspiratorische, deren Typus das Schluchzen bildet. Es kommen aber bekanntlich auch unarticulirte Schreie vor, welche eine gewisse Aehnlichkeit mit den physiologischer Weise von Thieren ausgestossenen Lauten (Bellen, Brüllen, Miauen etc.) haben; neuerdings wurde ihr Vorkommen bei Hysterischen sogar auf suggestive Imitation der Thierstimmen zurückgeführt.

Die gemeinsamen Charaktere aller Larynxgeräusche bei Hysterischen sind:

1. Oft anfallsweises Auftreten zu bestimmten Tageszeiten; meist sind sie dauernd vorhanden und hören nur während des Schlafes auf.

2. Die einzelnen Hustenstösse bezw. Geräusche sind meist durch gleiche Intervalle normaler Athmung getrennt; dasselbe findet statt, wenn statt eines Geräusches eine Gruppe (2—3) von Stössen auftritt.

3. Die Geräusche und Hustenstösse bedingen an sich keine Athemnoth, vermehrte Sekretion oder auskultatorische Veränderungen.

4. Bei Mädchen tritt das Phänomen in der Jugend auf und entwickelt sich niemals nach dem 25. Lebensjahre (Lasègue), es kommt aber auch beim männlichen Geschlecht vor.

5. Die Affektion erscheint bei Hysterischen mit Vorliebe als einziges motorisches Symptom (locale Hysterie); doch sind sensitive und sensorische Symptome — Hemianästhesie, Gesichtsfeldeinschränkung — gewöhnlich so weit zu konstatiren, dass die Diagnose gestellt werden kann.

6. Man muss auf die letzgenannten Veränderungen fahnden, da Larynxgeräusche auch im Gefolge der Chorea, des Paramyoclonus multiplex, der Maladie des tics und anderer funktioneller Neurosen auftreten können.

7. Wenngleich Larynxgeräusche auch plötzlich auftreten und bisweilen ebenso verschwinden so ist das Leiden im Allgemeinen sehr hartnäckig und der medikamentösen Therapie so gut wie unzugänglich.

Charcot stellt 3 Fälle von hysterischen Larynxgeräuschen vor; in dem ersten derselben hatte die Hysterie mit typischen Krampfanfällen eingesetzt: dann hatte Patientin in der Salpatrière die Schreie einer anderen Hysterischen gehört und darauf angegefangen, eben solche Laute (von exspiratorischem Typus) auszustossen.

Larynxgeräusche vom Typus des Schluchzens wiesen auf ein Knaben und ein junges Mädchen. Bei letzterem war nach einem Schreck zuerst hysterischer Mutismus, dann Stammeln aufgetreten. Jetzt bellt es 30 Mal in der Minute. Diese beiden Patienten weisen Hemianästhesie und Gesichtsfeldbeschränkung auf.

Weiterhin demonstrirt Charcot an einem Fall von Paramyoclonus multiplex, dass kräftiges Beklopfen einiger Dornfortsätze der Hals- und Lendenwirbelsäule Zuckungen der Glieder und des Rumpfes hervorbringt, welche von einem tiefen Exspirationston begleitet werden. Auf ähnliche Weise sollen die verschiedenen bei Chorea beobachteten Schrei und Geräusche entstehen. Eine ausschliesslich lokale Chorea laryngea lehnt Charcot ab; die von Blachez unter diesem Namen beschriebenen Fälle gehören den hysterischen Larynxgräuschen an.

An einem Falle von Maladies des tics (im Alter von 4 Jahren entstanden, jetzt 16 Jahre bestehend, ohne Echolalie und Coprolalie) zeigt Charcot, dass die rhythmischen Schreie von einer stets gleichen (systematisirten) Reihe von Körperbewegungen begleitet werden. Die Larynxgeräusche bestehen hier seit 8 Jahren. Während bei Hysterie wenigstens dieses Symptom — wenn auch nicht immer in absehbarer Zeit — zurückgeht, ist bei der Maladie des tics auf ein Verschwinden desselben überhaupt nicht zu rechnen; es hat also die Differentialdiagnose auch aktuelles Interesse. Es sind zu derselben besonders die Ausfallserscheinungen von Seiten des sensitiven und sensorischen Apparates heranzuziehen; hier ergab die entsprechende Prüfung ein negatives Resultat.

Zum Schluss führt Charcot ein hochinteressantes Experiment über die Aetiologie der Larynxgeräusche vor. Eine Hysterische wird in hypnotischen Schlaf versetzt und hört in diesem die rythmischen Schreie einer anderen Kranken. Vorher hatte sie in wachem Zustande dieselben Schrei, dieselben Grimassen vielmals wahrgenommen, ohne davon besonders ergriffen zu werden; im somnambulen Zustande jedoch erfolgt die «nervöse Kontagion», weil hier die Hemmung von Seiten des Willens, der Kritik, des Ichbewusstseins fortfällt und die angeregten Vorstellungen ins Enorme wachsen. Prognostisch steht das imitirte Symptom viel günstiger da, als das aus dem Grundleiden hervorgegangene. Die letzterwähnte Patientin hätte den Schrei einer an Maladie des tics erkrankten Person eben so gut nachgeahmt; dennoch wäre die vermuthlich nie, jene sehr leicht von der Affektion zu heilen gewesen.

Es ist ersichtlich, dass jugendliche Gemüther, welche in Pensionaten oder Klöstern mit religiösen oder mystischen Ideen erfüllt werden, leicht in einen dem Somnambulismus ähnlichen Zustand gerathen, einen Kranken dieser Art imitiren und so Epidemien von Bellen, Miauen etc. erzeugen. Man braucht hierzu nicht den Begriff der Suggestion.

De Renzi (Neapel): **Die Elektricität bei der Behandlung der Infektionskrankheiten und insbesondere der Lungentuberkulose.** (Rivista Clinica e Terapeutica und Gazz. d. Ospitali 6. April 1893.)

Zahlreiche in Deutschland, Italien und Frankreich angestellte Experimente haben in der sichersten Weise dargethan, dass elektrische Ströme das Leben der Mikroorganismen zu beeinträchtigen oder auch vollständig zu vernichten vermögen. Solche experimentelle Untersuchungen wurden jedoch bisher in der Klinik bei der Behandlung von Infektionskrankheiten noch nicht angewendet. De Renzi hat als Erster diesbezügliche Versuche angestellt, und er veröffentlicht nun die Ergebnisse in dem letzten Hefte (März 1893) der «Rivista Clinica e Terapeutica».

Bevor Verfasser seine klinischen Untersuchungen begann, trachtete er eine Elektrizitätsquelle zu gewinnen, die in Bezug auf Tension den sehr beträchtlichen Widerstand des menschlichen Körpers leicht zu überwinden vermöchte und rücksichtlich der Quantität derart wäre, dass man sie längere Zeit und auf viele Kranken anwenden könnte. Zur Erreichung dieses doppelten Zweckes liess er eine besondere Säule konstruiren. Dann befasste er sich mit der Lösung der Aufgabe, derart starke elektrische Ströme anzuwenden, dass dadurch die Zerstörung oder mindestens die Abschwächung des giftigen Prinzips bedingt würde, ohne dabei dem Kranken merkliche örtliche oder allgemeine Beschwerden zuzufügen.

Aus seinen bisherigen Versuchen schliesst De Renzi, dass die elektrische Anwendung von den Patienten gut vertragen wird und keinerlei bemerkbare Störungen veranlasst. In Fällen von exsudativer Pleuritis, tuberkulöser oder anderweitiger Natur hat Verfasser nach wenigen Tagen eine Verminderung und hierauf das vollständige Verschwinden des Exsudates

konstatirt. Die Heilwirkungen zeigten sich so rasch und augenscheinlich, dass Verfasser zu der Annahme gedrängt ist, dass bei der Vervollkommnung und Verallgemeinerung der elektrischen Anwendung in diesen Fällen nicht mehr nöthig sein wird, die Thoracocenthese vorzunehmen.

Die Mehrzahl seiner Versuche hat DE RENZI bei der Lungentuberkulose angestellt. Bei fast allen seinen Kranken hat er nach der elektrischen Behandlung eine empfindliche Steigerung des Körpergewichtes und eine bemerkenswerthe Verminderung oder auch das Verschwinden des Fiebers beobachtet. Auch die Zahl der Tuberkelbacillen, wenn auch später und mit grösserer Schwierigkeit, soll in den Sputis der nach der neuen Methode behandelten Patienten eine Verminderung erfahren. *D. T.*

Garrigues: Stomatitis in Folge von Reizung der Epithelperlen im Munde Neugeborener. (Centralblatt f. Gynäkologie Nr. 17, 1893).

GARRIGUES hat beobachtet, dass Stomatitis bei Neugeborenen entsteht, wenn die normalerweise bei ihnen vorhandenen Epithelperlen durch Reiben beim Auswaschen des Mundes gereizt werden. Sehr leicht halten die Wärterinnen diese Perlen für etwas Pathologisches, den Aphthen ähnliches und reiben darauf ganz besonders stark. Daher hat GARRIGUES das früher übliche Auswaschen des Mundes mit Borlösung ganz aufgegeben und nun weit seltener Stomatitis beobachtet als sonst.

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus Ungarn.

III. ungarischer Balneologen-Kongress.

(Schluss.)

Die Vorträge, respektive Vorlesungen, des Dr. SZILVÁSI (Borszék) «Ueber die physiologische Wirkung der kalten Säuerlingsbäder Siebenbürgens» und des Dr. TUSZKAI (Budapest) «Die Wasserbehandlung in der Gynäkologie und Geburtshilfe», sowie des Chemikers Prof. HASCKO «Ueber Manipulation und Ausstellung von Mineralwässern» und des Technikers OELHOFFER «Der Werth einer richtigen Quellenmanipulation», behandelten in resumirender Weise alles bisher bekannt gewordene Material über diese instruktiven Themata, eignen sich somit weniger zu einer Excerption und werden diese allenfalls interessanten Reproduktionen im nächstjährigen «Jahrbuch», wo dieselben dem vollen Inhalte nach zum Abdruck gelangen, nachgelesen werden können.

Beachtenswerth erscheint der Vortrag des Dr. BRÜCK (Elisabeth-Salzbad) «Ueber die lokale Behandlung der Fauenaffektionen in Badeorten», weil in demselben durch kasuistische Daten ad oculos demonstrirt wird, wie unrichtig, ja fast kann man sagen willkürlich, die am vorjährigen Kongress gemachte Behandlung jenes Spezialarztes für Gynäkologie klingt, der zu Folge dem Badearzte die lokale Behandlung der Frauenaffektionen nicht zusteht, als wenn der Badearzt nicht ebenso wie jeder andere praktische Arzt befähigt und berechtigt wäre auch Gynäkologie zu üben, weil er nicht mindestens — Dozent, wenn schon kein Professor dieser Disziplin ist. Dr. BRÜCK theilt nicht die Meinung jener, welche die Wirksamkeit des Badearztes ausschliesslich auf die Verordnung der natürlichen Behelfe des Kurortes, der Trink- und Badequellen etc., beschränken wollen. «Und aus diesem Grunde ist es auch nicht zu billigen», schliesst Dr. BRÜCK, «wenn Einzelne ihn (den Badearzt) durch Aufstellen einer Reihe von ungerechtfertigten Klauseln, in der Freiheit des Handelns, diesem schönsten und edelsten Vorrechte des ärztlichen Standes, beschränken wollen.»

Von gründlich fachlichem Gehalte war der Vortrag des Primararztes Dr. SALGÓ (Budapest) «Ueber die Balneotherapie der Nerven- und Gehirnkrankheiten». Wenn das balneotherapeutische Verfahren nicht schematisirt und die geistige Individualität in jedem einzelnen Falle ebenso wie die Art des Eingriffes stets berücksichtigt wird, so kann man bei funktionellen Nervenleiden und im Initialstadium schwerer Gehirnaffektionen, sowie bei melancholischen und neurasthenischen Zuständen, durch die balneotherapeutischen Behelfe Erfolge erzielen.

Bisher haben auf dem Kongress d r e i Spezialisten (Oculist, Otiater und Psychiater) die Anwendung der Balneotherapie bei den betreffenden Krankheiten erörtert; hoffentlich werden am nächsten Kongress noch Andere diesem Beispiele folgen, wodurch das jeweilige Programm quasi schon im Vorhinein — assekurirt wird. Demnächst soll auch einer unserer ersten ärztlichen Masseure debutiren, was um so gerechtfertigter erscheint, als die Massage mehr weniger eigentlich in den Rahmen der Balneotherapie gehört und mehr Würdigung als bisher verdienen würde.

Als besonders schätzenswerth kann der Vortrag des Dr. EHRENREICH (Karlsbad) bezeichnet werden, der auf Grundlage von Thierexperimenten «den Einfluss des Karlsbader Wassers und einiger ungarischer Mineralwässer auf die Magenbewegungen» erprobte und zu den Ergebnissen gelangte, dass das Karlsbader, Ivandaer und Korytniczaer Mineralwasser, die spontanen Magenbewegungen wesentlich beeinflussen und dass die Bitterwässer «Hunyadi János» und «Rákóczy Ferencz» erst nach ungefähr 20 Minuten lebhaftere Bewegungen resultirten. Von den Mineralwasser-Salzen hatte nur Natrium sulfuricum eine erregende Wirkung und auch die Kohlensäure wirkte erregend auf die Magenbewegungen.

Geschlossen wurde der Reigen der Vorträge mit dem Berichte des Dr. BOLEMAN (Vichnye) «Ueber die Frequenz der ungarischen Bäder im Jahre 1892». Seine mühsam gesammelten Ziffern waren jedoch, so wie im Vorjahr auch heuer leer und bedeutungslos, weil der richtige Modus Bäderstatistik zu machen, trotz Fleiss und Anstrengung und der vom Präsidenten schon vor 2 Jahren betonten «Vorsorge», noch immer nicht gefunden und verwerthet werden konnte.

Et nunc venio ad fortissimum, zu dem nach beendeter Kongressarbeit veranstalteten — Banket; dasselbe verlief sehr animirt, trotzdem der Präsident an demselben, sowie an der letzten Sitzung Theil zu nehmen verhindert gewesen ist. Da wie dort hat es der Vorsitzende-Stellvertreter verstanden, ihn vollständig zu ersetzen. In der Schlusssitzung lobte er nicht minder den Eifer und die Resultate des Kongresses und in seinem Toaste beim Banket nicht weniger das «harmonische Zusammenwirken aller betheiligten Faktoren» als der — erste Präsident es sonst in schönen und beredten Worten zu thun pflegt.

Auf erfreuliches Wiedersehen am IV. Kongresse 1894!

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) In der am 5. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte machte der Vorsitzende Hofrath Prof. Billroth nach seiner an anderer Stelle dieses Blattes erwähnten Ansprache das Hinscheiden Professors Schnitzler's betreffend, die Mittheilung, dass von Prof. Feullard ein Dankschreiben für seine Ernennung als korrespondirendes Mitglied der Gesellschaft eingelaufen, dass ferner Prof. Bergmeister zum ersten Sekretär der Gesellschaft gewählt worden sei und die Wahl des zweiten Sekretärs in der ersten Sitzung des Monates Juni erfolgt. Nachdem Prof. Bergmeister für seine Wahl gedankt hatte, demonstrirt Dr. Buedinger einen Fall von äusserer kompleter Kiemenfistel seltener Art bei einer 23jährigen Frau, und Dr. Winterstein einen Fall von einer nach einem Trauma im Auge entstandenen Cyste bei einem Spänglergehilfen. Dr. A. Klein hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Beitrag zur Frage der spezifischen Bakterienproteïn-Wirkung auf den kranken Organismus» wobei er in erster Linie der Tuberkulinfrage sein Augenmerk zuwendet. Hofrath Prof. Dittel demonstrirt zum Schlusse eine neue abdominale Methode der Blasen-Scheidenfisteloperation.

(Vom Obersten Sanitätsrathe.) In den Sitzungen des Obersten Sanitätsrathes vom 8., 22. und 29. April d. J. gelangten nachstehende Angelegenheiten zur Berathung und Beschlussfassung: 1. Begutachtung des Projektes für den am linken Ufer des Wiener Donaukanales auszuführenden Hauptsammelkanal vom sanitären Standpunkte. (Referenten: Das a. o. Mitglied Hofrath Prof. R. v. Gruber und O. S. R. Prof. Dr. M. Gruber.) 2. Vorschlag zur Besetzung der im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten

erledigten Stellen eines Primararztes einer chirurgischen Abtheilung, von ordinirenden Aerzten medizinischer und einer oculistischen Abtheilung, endlich die Stelle eines Prosektors. (Referenten die Obersanitätsräthe: Hofrath Prof. Dr. A. Drasche, Hofrath Prof. Dr. E. Albert und Prof. Dr. A. Weichselbaum.) 3. Gutächtliche Aeusserung über das von einer Firma hergestellte Erzeugnis zur Cognac-Bereitung genannt «Cognac-Quint-Extract.» (Referent O. S. R. Professor Dr. Fl. Kratschmer.) Aus diesem Anlasse sprach sich der Oberste Sanitätsrath in eingehender Weise über die in sanitärer Beziehung nicht zu verkennende Bedenklichkeit solcher Erzeugnisse aus, welche aus verschiedenartigen, durch gewisse Eigenschaften auf den Geschmack und den Geruchsinn des Consumenten einwirkenden Stoffen hergestellt, dazu bestimmt sind, zur betrügerischen Fälschung alkoholischer Getränke zu dienen und zur Uebervortheilung des Publikums missbraucht zu werden. 4. Gutachten über die Ableitung der Abwässer einer Kunstwollefabrik. (Referent: O. S. R. Dr. Fl. Kratschmer.)

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Der Ministerpräsident als Leiter des Ministeriums des Innern hat die im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten zu besetzende Stelle eines Primararztes einer chirurgischen Abtheilung dem Privatdozenten für Chirugie an der Wiener Universität, Dr. Rudolph Frank, die Stelle eines ordinirenden Arztes und Vorstandes einer oculistischen Abtheilung dem bisherigen Leiter der Augenabtheilung im Krankenhause Wieden, Primararzte Dr. Hanns Adler, die Stellen von ordinirenden Aerzten und Vorständen medizinischer Abtheilungen den Privatdozenten für interne Medizin an der deutschen Universität in Prag, Dr. Rudolph Ritter v. Limbeck, dem Privatdozenten für interne Medizin an der Universität in Wien, Dr. Jacob Pal, und dem Assistenten an der zweiten medizinischen Klinik in Wien, Dr. Friedrich Kovacs, endlich die neusystemisirte Stelle eines Prosektors dem Dr. Richard Kretz verliehen. — Der im Ministerium des Innern zur Dienstleistung zugetheilte Dr. Karl Marouschek v. Maróo wurde zum Impfdirektor an der in Wien zu errichtenden k. k. Impfstoffgewinnungs-Anstalt ernannt. — Der Vertreter der Ohrenheilkunde an der Universität in Berlin, Prof. Dr. August Lucae, ist zum Geheimen Medizinalrath ernannt worden. — Zum Rektor der Universität Tübingen für das Studienjahr 1893/4 ist der Anatom Prof. Henke gewählt worden. — Dr. Bujwid in Warschau, Chef des dortigen städtischen Laboratoriums, ist zum ausserordentlichen Professor der Hygiene an der Universität in Krakau ernannt worden. — Dr. med. de Bossy feierte am 2. April seinen 100. Geburtstag. Der Greis übt noch die ärztliche Praxis in Havre aus, wo er sich seit 60 Jahren niedergelassen hat.

(Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.) In der am 15. v. M. abgehaltenen 13. ordentlichen Sitzung hat Dr. Emil Grosz die zurückgelassenen, bisher nicht edirten Manuskripte des einstmaligen Professors der Ophthalmologie an der Pester Universität, Dr. F. Johann Fabinyi, vorgelegt, welche sowohl vom wissenschaftlichen als nationalen Standpunkte interessant sind, da dieselben neuerlich darthun, dass die Okulistik bei uns verhältnissmässig früh berufene Vertreter hatte. An der Pester Universität hat Plank schon 1774 die Ophthalmologie als Nebenstudium dozirt; 1780 hat er für seine Thätigkeit schon Gehalt (200 fl.) erhalten. 1801 ist eine Klinik, 1803 eine besondere Lehrkanzel für Okulistik errichtet worden, während in Frankreich der erste ordentliche Professor dieser Disciplin 1879 ernannt wurde; in England wollte man noch in den letzteren Jahren nicht die Okulistik in die Reihe der ordentlichen Lehrgegenstände aufnehmen. Als erster berufener Vertreter des an unserer Universität so früh errichteten Lehrstuhles, hat 1816 Johann Fabinyi gewirkt, der seine ganze Arbeitskraft diesem Fache widmete. Und noch damit ist Ungarn dem gebildeten Westen zuvorgekommen, dass 1830, als in den meisten deutschen Universitätsstädten noch keine okulistische Klinik existirte, schon in Grosswardein für arme Erblindete eine Heilanstalt bestand, in welcher deren Eigenthümer und Direktor (Dr. Friedrich Grósz) arme Augenkranke unentgeltlich verpflegte und behandelte. Unter den in fünf Gruppen getheilten Manuskripten hebt Grósz besonders die am 27. Jänner 1817 gehaltene Antrittsrede des Prof. Fabinyi hervor, in welcher die Vorgeschichte der Ophthalmologie und die damaligen Mängel des okulistischen Unterrichtes erörtert werden.

Prof. Wilhelm Tauffer demonstrirt einen mittelst Nephrotomie geheilten Fall von Pyonephrosis, der als Beweis dienen kann, dass nach Eröffnung einer sehr grossen pyonephrotischen Geschwulst und Reduktion der grossen Abscesshöhle, man mit gehöriger Geduld, die weitere Funktion des Nierengewebes erzielen kann. Die Nephrotomie wurde bei dem vorgestellten Patienten vor 27 Jahren ausgeführt, während welcher Zeit die Heilung erfolgte; in der rechten Lumbalgegend ist nur eine $3^1/_2$ *cm* lange, nur für die Sonde durchgängige Fistel zurückgeblieben, aus welcher kein Urin mehr entleert wird.

(Cholera-Nachrichten.) Während der letzten Woche (d. i. vom 26. April bis 3. Mai) ist nur in der Gemeinde Kudrynce des politischen Bezirkes Borszczow in Galizien am 27. April ein Cholerafall mit tödtlichem Ausgange vorgekommen. — In den Dejekten eines am 23. April in der Gemeinde Smykowce des Bezirkes Tarnopol unter verdächtigen Erscheinnngen erkrankten und eines in Buczacz am 23. April verstorbenen Mannes wurden Koch'sche Kommabacillen nachgewiesen.

(Influenza.) Eine ansehnliche Steigerung hat die Sterblichkeit an Influenza in Paris erfahren, wo in der vorletzten Woche 56 Personen gegen 20 in der Vorwoche der Seuche erlagen.

(Todesfälle) Am 26. v. M. ist in Berlin am Herzschlage der Geheime Sanitätsrath Dr. med. Gustav Meyer, ein in weiten Kreisen bekannter und geschätzter Arzt, im 75. Lebensjahre gestorben. Er hat länger als 53 Jahre seine ärztliche Thätigkeit geübt. — Am 1. April starb in Kasan der emeritirte Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Koslow, im Alter von 76 Jahren. — Am 14. v. M. starb in Athen nach langwieriger und schmerzhafter Krankheit der Professor der Chirurgie an der Landes-Universität Dr. Areteos. Seine medizinische Ausbildung hatte der Verstorbene in Wien erhalten. Den grössten Theil seines Vermögens, das auf eine Million Drachmen geschätzt wird, hat Prof. Areteos zur Errichtung und Unterhaltung einer Klinik von 40 bis 50 Betten hinterlassen.

(Die Lymphgewinnungsanstalt in Neuhaus). Unter Hinweis auf das Inserat in dem heutigen Zeitungsblatte empfehlen wir den Herren Kollegen wärmstens die moderne Lymphgewinnungsanstalt Sr. Excellenz Grafen Cernin in Neuhaus, über deren Thätigkeit schon nach Ablauf des ersten Jahres vom h. k. k. Minist. des Innern im heurigen Jahre die Befriedigung ausgesprochen wurde.

Im Vorjahre wurden in dieser Anstalt über 200.000 Portionen erzeugt und beinahe eben so viel Portionen wurden versendet. Die Impflymphe, die sich eines besonderen Rufes bei den Impfärzten erfreut, ist von vorzüglicher Qualität wie aus den zahlreichen belobenden Zeugnissen der k. k. Bezirkshauptmannschaften ersichtlich ist.

In der Anstalt werden eben Versuche mit dem Impfen der Ziegen unternommen, die bereits ihrem Ende nahe sind, so dass mit Ende dieses Monates die Spezialität «Ziegenimpflymphe» versendet werden dürfte.

In der Anstalt, die unter einer musterhaften Leitung und strenger staatlicher Aufsicht steht, gelangt strengste Desinfektion, Sterilisation und Aseptik zur Ausführung.

(Internationale Sanitätskonferenz in Dresden). Am Samstag den 15. April ist die internationale Sanitätskonferenz in Dresden, nach fünfwöchentlichem Bestande geschlossen und eine Convention vereinbart worden, auf Grund welcher sich sofort 10 von den vertretenen 18 europäischen Staaten, und zwar für den periodisch zu erneuernden Zeitraum von je 5 Jahren durch ihre bevollmächtigten Vertreter verpflichteten, beim Ausbruche von Cholera-Epidemien nach dem in der internationalen Konferenz vereinbarten Sanitätsreglement vorzugehen

Diese Staaten sind: die österreichisch-ungarische Monarchie, von welcher die Anregung und Richtung zu dem bedeutungsvollen internationalen Werke gegeben wurde, das Deutsche Reich, Italien, Frankreich, Russland, die Schweiz, Luxemburg, Belgien, Holland, Montenegro.

England stimmte mit dem Vorbehalte, in gewissen Beziehungen noch über das von der Konferenz festgestellte Ausmass von Verkehrserleichterungen hinausgehen zu wollen, den Konferenz-

beschlüssen rückhaltlos bei, und hat sich, dem Vernehmen nach, die englische Regierung über das Ergebniss der Konferenz sehr befriedigt erklärt. Spanien, Dänemark, Schweden, Rumänien, Serbien, Griechenland, nahmen dieselben unter prinzipieller Anerkennung ihres Inhaltes vorläufig ad referendum, die letzteren drei Staaten vorbehaltlich der von der Türkei zu gewärtigenden Haltung, welche, ohne der Convention beitreten zu wollen, die Konferenzbeschlüsse in vielen Beziehungen zu respektiren kaum Anstand nehmen dürfte. Portugal nahm eine prinzipielle ablehnende Haltung ein.

Wenn erwogen wird, dass das gesammte von der österreichisch-ungarischen Regierung für die Dresdener internationale Konferenz vorbereitete Programm, soweit es europäische Verhältnisse betrifft, in erschöpfender Weise durchberathen und dass auf Grund desselben eine vollkommene Einigung sowohl über die allgemeinen Grundsätze eines gemeinsamen sanitätspolizeilichen Vorgehens der Staaten gegen die Cholera, als über die wechselseitige ausreichende und rasche Information derselben untereinander, dann über die speziellen Sanitätsmassregeln mit Bezug auf den Verkehr zu Lande und auf den Binnengewässern, ferner in Bezug auf den gesammten Seeverkehr erzielt und über die künftige Handhabung der nothwendigen Sanitätsmassregeln im Sulinaarme der Donau genaue Bestimmungen getroffen wurden, so muss dieses Ergebniss als ein überraschend günstiges und erfreuliches und jedenfalls als ein solches anerkannt werden, welches in diesem Umfange und innerhalb dieses Zeitraumes im Wege des schriftlichen diplomatischen Verkehres in keiner Weise zu erzielen gewesen wäre.

Die Dresdener internationale Sanitätskonferenz bildet demnach, wie in der Schlusssitzung derselben von ihrem Präsidenten hervorgehoben wurde, mit der vor Kurzem gleichfalls über Anregung der österr.-ungarischen Monarchie erfolgreich abgehaltenen Sanitätskonferenz in Venedig einen Markstein in der Entwicklung der internationalen Sanitätsverhältnisse in Europa, der um so bedeutungsvoller erscheint, als am Schlusse der Dresdner Konferenz der von Frankreich aufgenommene ursprüngliche Antrag Oesterreich-Ungarns, der Verbreitung der Cholera aus Indien nach Europa auch den Landweg über Persien durch Etablirung internationaler sanitärer Vorkehrungen in Centralasien zu verlegen, und hierüber in einer besonderen zu Paris abzuhaltenden internationalen Sanitätskonferenz zu berathen, allgemeinen Anklang fand und sonach Aussicht vorhanden ist, dass der Ring der zur Unterdrückung der Cholera geplanten internationalen Maassnahmen in Bälde vollkommen geschlossen werden wird.

Den Inhalt der Beschlüsse der internationalen Sanitätskonferenz in Dresden, sowie der dieselben ergänzenden Ergebnisse der Sanitätskonferenz in Venedig werden wir demnächst im Wortlaute mizutheilen in der Lage sein.

Zur vorläufigen Information sei bemerkt, dass die auf die allgemeine Regelung der internationalen Sanitätsmassregeln gegen die Cholera zu Land und Wasser bezüglichen Beschlüsse in acht Abschnitten behandelt sind, welche der Convention als erster Adnex beigeschlossen sind, während die speziellen Choleramassnahmen im Sulinaarme der Donau den zweiten Adnex der Convention bilden.

Von den genannten acht Abschnitten handelt der erste von der Art und dem Umfange jener Mittheilungen, welche die betheiligten Staaten einander im Interesse der Cholerabekämpfung zu machen haben. Es ist auf die sofortige Mittheilung vom Bestande eines nach klinischen Grundsätzen konstatirten Choleraherdes im diplomatischen, bezw. im telegraphischen Wege, sowie die weitere, mindestens wöchentliche Mittheilung amtlicher Nachrichten über alle für die internationale Sanitätspflege und den internationalen Verkehr belangreichere Momente — Stand der Epidemie, prophylaktische Massregeln, Verkehrseinschränkungen sowohl in Bezug auf Personen- als Waarenverkehr — Bedacht genommen.

Der zweite Abschnitt befasst sich mit den Bestimmungen, wann ein Gebiet als choleraincicirt und wieder cholerarein anzusehen sei, wann und wie lange Beschränkungen des Verkehrs aus und nach diesem Gebiete gerechtfertigt erscheinen. In dieser Beziehung wird der Termin der Konstatirung des Choleraherdes einerseits, sowie jener des Ablaufes eines cholerafreien fünftägigen Zeitraumes nach dem letzten Cholerafalle bei vollendeter Desinfektion zum Massstabe genommen.

Der dritte Abschnitt handelt von der Begrenzung von Verkehrsbeschränkungen auf das cholerainficirte Gebiet, welche Einschränkung hinsichtlich des Verkehrs mit verdächtigen Waaren von der Erlassung von Ausfuhrsverboten bezüglich derselben aus dem inficirten Gebiete abhängig gemacht wird. Waaren, welche das inficirte Gebiet fünf Tage vor dem Auftritte der Epidemie verlassen haben, werden freigelassen.

Der vierte Abschnitt bezeichnet zunächst jene Objekte, welche bei Herkunft aus Infektionsgebieten als infektionsverdächtig mit Verkehrsverboten im internationalen Verkehr belegt werden können. Es sind dies lediglich getragene Leibwäsche, getragene Bekleidungsstücke und benütztes Bettzeug, sofern diese Gegenstände nicht Reise- oder Uebersiedlungseffekten bilden, dann Hadern und Zeugabfälle, insofern erstere nicht in komprimirten, mit der Provenienzmarke versehenen Ballen für den Grosshandel, und letztere nicht als Reste neuer Stoffe oder Abfälle der Bleicherei, Spinnerei, Weberei und Konfektion, als Kunstwolle (Shoddy) oder neue Papierreste sich darstellen.

Weitere Bestimmungen treffen den Transit solcher Waaren.

Ferner wird in diesem Abschnitte über die Art der Desinfektion abgehandelt, welche für obige Objekte als Bestandtheile von Reise- und Uebersiedlungseffekten obligatorisch erklärt wird.

Der fünfte Abschnitt handelt von den zulässigen Sanitätsmassnahmen zur Choleraabwehr an den Grenzen der Staaten. Die Landquarantaine wird als unzulässig erklärt, die Ueberwachung der Reisenden durch das Zugsbegleitspersonale, die ärztliche Revision an der Grenze, die fünftägige ärztliche Beobachtung am Aufenthaltsorte der Reisenden und die Anwendung verschärfter Ueberwachungs- und Desinfektionsmassnahmen hinsichtlich der im fluctuirenden oder Massenverkehre einlangenden Personen als zulässig erachtet.

Der sechste Abschnitt empfiehlt Vereinbarungen von Grenzstaaten über die für den Grenzverkehr erforderlichen Sanitätsmassnahmen.

Der siebente Abschnitt empfiehlt die Ueberwachung des Flussschifffahrtsverkehrs im Sinne der von der deutschen Reichsregierung erlassenen Regulative.

Der achte Abschnitt ist den auf die Seeschifffahrt anzuwendenden Sanitätsmassregeln gewidmet. Es wird die Charakteristik für den infekten, suspekten und indemnen Zustand der Seeschiffe im Sinne der Venediger Konferenzbeschlüsse gegeben, und werden die zu Lande als rationell bewährten Massnahmen der ärztlichen Visitation, Observation, der Desinfektion und Isolirung in ihrer Anwendung auf Seeschiffe erläutert. Die Anwendung der durch die hygienische Wissenschaft und Praxis als richtig bewährten Sanitätsmassnahmen auch auf den Seeschifffahrtsverkehr bezeichnet einen wesentlichen Fortschritt in der Entwicklung des Seesanitätswesens überhaupt. Wie hieraus zu entnehmen ist, haben bei den Verhandlungen der Sanitätskonferenz zu Dresden ebenso wie bei jenen der Sanitätskonferenz in Venedig die vom k. k. Obersten Sanitätsrathe aufgestellten Grundsätze volle Berücksichtigung gefunden.

Auch die als zweiter Adnex der Convention beigegebenen Beschlüsse, betreffend die Regelung des Sanitätsdienstes zur Abwehr der Cholera von der dem Seeschifffahrtsverkehre offen stehenden internationalen Wasserstrasse des Sulinaarmes der Donau beschränkt sich nicht auf die sanitätspolizeilichen Massnahmen gegenüber inficirten oder verdächtigen Schiffen allein, sondern ziehen auch die Verhältnisse der Wasserversorgung und des Sanitätsdienstes in den Ufergemeinden längs dieses Stromlaufes in Betracht und regen die Verbesserung derselben an. Die auf das nothwendige Ausmass beschränkten Sanitätsmassnahmen, denen die inficirten und verdächtigen Schiffe, welche in diesen Strom gelangen wollen, unterzogen bleiben, sind daher auch als provisorische Massnahmen hingestellt, welche nach Besserung der gedachten sanitären Verhältnisse weitere Verkehrs-Erleichterungen nicht ausschliessen.

(Oesterr. Sanitätswesen).

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Windigsteig (polit. Bezirk Waidhofen a. d. Thaya, Eisenbahnstation Windigsteig, (Niederösterreich) für die Sanitätsgemeindegruppe: Markl, Maires, Nonndorf, Rafings und Widigsteig mit 1. Juli d. J. zu besetzen Mit dieser Stelle ist verbunden: eine Subvention von 300 fl. aus dem n.-ö. Landesfonde, ferner 200 fl. von den betreffenden Gemeinden für die Besorgung des Gemeinde-Sanitätsdienstes mit der Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Eine Erhöhung der Landessubvention steht in Aussicht. Gesuche um diese Stelle sind bis 15. Mai d. J. unter Vorlage des Diplomes, des Heimatscheines, des Sittenzeugnisses, des Nachweises über die physische Tauglichkeit, sowie der Zeugnisse über die bisherige Verwendung an den Gemeindevorsteher in Windigsteig als Obmann der Gruppen-Vertretung zu richten.

Bahnärztliche Stellen der Kaiser Ferdinands-Nordbahn vom 1. Juli d. J. zu besetzen u. zw.: 1. Mit dem Domizil in Prerau (Mähren) für die Krankenkasse-Mitglieder aller Dienstabtheilungen dieser Station sodann für die Strecken-Abschnitte a) von Prerau bis Bahnwächter Nr. 121, in der Richtung gegen Wien; b) von Prerau bis Wezek-Bochor in der Richtung gegen Brünn, einschliesslich der Haltestelle Wezek-Bochor im Ganzen 89 Km. Streckenlänge, mit durchschnittlich circa 1300 Personen, Jahreshonorar 700 fl. 2. Mit dem Domizil in Prerau für die Strecke: a) von Prerau bis Leipnik in der Richtung gegen Krakau, b) von Prerau bis Brodek in der Richtung gegen Olmütz, zusammen 23·4 Kilm., einschliesslich der Haltestelle Radwanitz, mit durchschnittlich circa 250 Personen. Honorar 200 fl. jährlich. 3. Mit dem Domizil in Hullein für die Strecken: a) von Zahlenitz bis Bahnwächter 121 bei Prerau, b) von Hullein bis Trzebetitz der Städtebahn, einschliesslich der Station Hullein und der Haltestelle Zahlenitz und Trzebetitz, zusammen 17·5 Kilm. Streckenlänge und durchschnittlich circa 250 Personen. Honorar 200 fl. jährlich. Die dienstlichen Obliegenheiten unserer Bahnärzte sind in den bezüglichen Instruktionen, welche bei der Direktion «Abtheilung für Wohlfahrts-Einrichtungen» in Wien, sowie bei sämmtlichen Stationsvorständen eingesehen werden können, enthalten. Vom Bahnarzte ad 1 wird insbesondere die Abhaltung von zwei täglichen Ordinationsstunden am Bahnhofe in Prerau, und zwar von 8 bis 9 Uhr Früh und von 2 bis 3 Uhr Nachmittags verlangt, während der Bahnarzt ad 2 die Verpflichtung hat, die vorgeschriebene tägliche Ordinationsstunde für die Kranken seiner Strecke von 1 bis 2 Uhr Nachmittags am Bahnhofe in Prerau zu halten und während derselben für Fälle, namentlich bei Verletzungen und plötzlichen Erkrankungen auf dem Bahnhofe der Domizilstation, seine Hilfe zur Verfügung zu stellen. Bewerber, welche der deutschen Sprache in Wort und Schrift, der böhmischen mindestens in Wort mächtig sind, haben ihre mit den Nachweisen über die Erlangung des medizinischen Doktorgrades, der bisherigen Verwendung als Internisten, Chirurgen und Geburtshelfer, sowie des Alters belegten Gesuche, in denen der angestrebte Posten bestimmt zu bezeichnen ist, bis zum 15. Mai d. J. bei der obgenannten Direktionsabtheilung einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Litschau (polit. Bezirk Waidhofen a. d. Thaya, Eisenbahnstation Chlumetz, (Niederösterreich) für die Sanitätsgemeindegruppe: Litschau, Gopprechts, Griesbach, Haugschlag, Hörmanns, Illmanns, Reitzenschlag, Schandachen, Schlag und Schönau. Mit dieser Stelle ist verbunden eine Subvention von jährlich 400 fl. aus dem n.-ö. Landesfonde und die Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Bezüglich der Erhöhung der Subvention sind Schritte eingeleitet worden. Für Besorgung des Gemeinde-Sanitätsdienstes wird eine separate Entlohnung von Seite der Gemeinden entrichtet. Eine fixe Bestallung von beiläufig 180 fl. für die Behandlung der Arbeiter zweier Fabriken in Litschau ist zugesichert. Gesuche um diese Stelle sind an den Gemeindevorsteher in Litschau zu richten.

Distriktsarztesstelle in Straschkau, polit. Bezirk Neustadtl (Mähren), mit 11 Gemeinden, 3596 Einwohnern und 50 Quadratkilom. Flächenausmass. Mit der Stelle sind nebst entsprechender freier Wohnung ein Gehalt von 340 fl. und ein Reisepauschale von 160 fl., von der Herrschaft Mitrow im ersten Jahre 150 fl später 200 fl. verbunden. Bewerber, welche sich vor Besetzung der Stelle beim Herrschaftsbesitzer in Mitrow persönlich vorzustellen und eine Hausapotheke zu führen haben, wollen ihre im Sinne des § 11 des Gesetzes vom 11. April 1884 mit dem Nachweise der Berechtigung zur ärztlichen Praxis, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der physischen Eignung, des Wohlverhaltens und der vollständigen Kenntniss beider Landessprachen belegten Gesuche bis 20. Mai d. J. an den Vorsitzenden der Gesundheitskommission, Herrn Alois Pokorny, in Straschkau einsenden.

Hausarztesstelle in der Männerstrafanstalt in Graz (Steiermark) mit dem hiefür systemisirten Gehalte sammt Aktivitätszulage, Naturalwohnung, einem Jahresdeputate von 14 Kbm. harten und 7 Kbm. weichen Holzes und 13 Klg. Stearinkerzen. Bewerber um diese Stelle, welche die Erlangung des medizinischen und chirurgischen Doktorgrades nachweisen müssen, haben ihre gehörig belegten Gesuche bis 10. Mai 1893 bei der k. k. Oberstaatsanwaltschaft Graz zu überreichen.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 3 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Ueber Transformation der Knochen mit besonderer Berücksichtigung der Orthopädie, zugleich eine Kritik des Wolff'schen Transformations-Gesetzes." Von Prof. Dr. Adolf Lorenz in Wien.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt über das naturwarme Stahlbad Szliács (bei Altsohl in Ungarn) bei, auf welchen wir unsere Leser aufmerksam machen.

ANZEIGEN.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. *Arthur Schnitzler*.

Einbanddecken. 

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

VII. Jahrgang. **Wien, 14. Mai 1893.** **Nr. 20.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, vierteljährlich 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez, Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Gegründet von **Prof. Dr. Joh. Schnitzler.**

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber neuere Fortschritte der allgemeinen und lokalen Anästhesie und ihre Bedeutung für die poliklinische Krankenbehandlung. *)

Von **Dr. V. Ritter v. Hacker.**

(Fortsetzung.)

Was die Verschiedenheiten betrifft, so wird Pental weder durch Luft- noch Lichtzutritt zersetzt, wohl aber Bromäthyl, dagegen ist ersteres brennbar, letzteres nicht. Die Pentalnarkose tritt etwas später ein als die Bromäthylnarkose, meist ohne Excitationsstadium, kann aber länger ausgedehnt werden als diese, ferner haben wir während oder nach Pentalnarkosen niemals Erbrechen oder so lange dauerndes Uebelsein beobachtet, wie es öfters nach Bromäthyl vorkommt, so dass viele Patienten, die früher einmal chloroformirt oder mit Bromäthyl betäubt worden waren, Pental unbedingt vorzogen. Das Erwachen findet bei Bromäthyl rascher statt, wie bei Pental, aber auch bei letzterem viel schneller als bei Chloroform.

Ob Bromäthyl weniger gefährlich ist, oder Pental, lässt sich heute noch nicht sagen. Jedenfalls sind bei beiden Mitteln dieselben Vorsichtsmassregeln anzuwenden, wie bei anderen Narkoticis, da bei beiden schon bedenkliche Erscheinungen beobachtet wurden, wie es scheint, bei Pental sogar öfters als bei Bromäthyl. In der jüngst erschienenen Arbeit von RIETH[1]) «Ueber die Pentalnarkose» sind 2131 Pentalnarkosen erwähnt; dreimal kam keine Anästhesie zu Stande, öfters wurde Cyanose und leichte Asphyxie, zehnmal sehr schwere Asphyxie beobachtet.

Todesfall in Pentalnarkose ist meines Wissens nur der eine vorgekommen, über den ich selbst berichtete.[2]) Es trat bei einem Kranken mit linksseitigem jauchigem Empyem, der noch an anderen schweren pathologischen Veränderungen der inneren Organe litt, als er während der Pentalnarkose sich plötzlich mit Kraft auf die rechte Seite wälzte, ein momentaner Herzstillstand und darauf der Tod ein. Dafür, dass hier der Tod durch diese plötzliche Lageveränderung und Herzschok zu Stande gekommen sei, wie es bei linksseitigem Empyem auch ohne Narkose schon beobachtet wurde, und die Pentalnarkose dabei etwas zufälliges war, spricht auch die bei Thierexperimenten gewonnene Erfahrung, dass beim Pentaltod zuerst ein Stillstand der Athmung bewirkt wird, dem dann ein sekundäres Aufhören der Herzthätigkeit sich anschliesst.

Ich betone hier diese Auffassung ausdrücklich, da der Todesfall in Pentalnarkose sonst (obwohl GURLT meinem Berichte zu Folge ausdrücklich bemerkt, dass derselbe kaum dem Anästheticum zur Last zu legen sei) nach JAFFE's Referat im Centralblatt für Chirurgie (1893, Nr. 5), in dem einfach erwähnt ist, dass unter meinen Pentalnarkosen ein Todesfall vorkam, als Pentaltod aufgefasst werden könnte.

In der von Prof. GURLT gegebenen Narkotisirungsstatistik am Chirurgenkongress 1892 sind 2433 Bromäthylnarkosen erwähnt, bei denen keine dabei aufgetretenen Zufälle bedenklicher Art verzeichnet wurden. KOCHER[1]) hat aber schon im Jahre 1890 über zwei Bromäthylnarkosen berichtet, in denen beunruhigende Erscheinungen seitens des Pulses (Aussetzen desselben und länger dauernde Athempausen) aufgetreten waren. Es war in einem Falle 15 *gr*, im andern 30 *gr* des Mittels verwendet worden, zum Zwecke, um Muskelerschlaffung zu erzielen. KOCHER empfiehlt darnach, das Bromäthyl nur zu ganz kurz dauernden Anästhesien, nicht zu länger dauernden Operationen oder behufs Erzielung von Muskelerschlaffung anzuwenden. Auch ist seitdem ein Todesfall in Bromäthylnarkose bei einem ambulanten Kranken der Klinik BILLROTH beobachtet worden, bei dem ein Carbunkel incidirt worden war.[2]) Es waren 20 *gr* Bromäthyl verwendet worden. Etwa 3 Minuten nach Beginn der Narkose trat Herz- und Respirationsstillstand

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 18, 1893.

[1]) Beiträge zur klin. Chir. 10. Bd. 1. Heft. 1893. Aus der Tübinger Klinik.

[2]) Dr V. v. HACKER. Chir. Beiträge aus dem Erzh. Sophienspital. A Hölder. 1892. Nachtrag pag. 118.

[1]) Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. Jahrg. XX. 1890. Ueber kombinirte Chloroform-Aethernarkose. Nachtrag.

[2]) Dr. A. GLEICH. Wien, klin. Wochenschr. 1892, Nr. 11. Ein Todesfall nach Bromäthylnarkose.

ein; alle Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos. Die Sektion ergab hochgradige fettige Degeneration des Herzfleisches.

Ich habe absichtlich alle bisher bekannt gewordenen üblen Zufälle bei Pental- und Bromäthylnarkosen aufgezählt, um darzuthun, dass die Mittel nicht als vollkommen ungefährlich betrachtet werden dürfen; anderseits ist hervorzuheben, dass Hunderte von solchen Narkosen ohne Auftreten von Störungen beobachtet wurden. Ich selbst hatte unter 130 Bromäthylnarkosen (Poliklinik Ende November 1891 bis Ende Februar 1893) und unter 120 im letzten Jahre ausgeführten Pentalnarkosen (Erzherzogin Sophienspital, Februar 1892 bis Februar 1893) keine üblen Zufälle.

Beide Narkotica sind sehr rasch wirkende Betäubungsmittel, die, mit Vorsicht angewendet, sich besonders für kurz dauernde Operationen sehr gut eignen. Vollständige Muskelerschlaffung tritt bei beiden Narkosen nicht ein. Pental wurde auch in solchen Fällen mit günstigem Erfolge verwendet, in denen früher die Chloroformnarkose nicht gut vertragen worden war, und in einigen Fällen, wo Operationen bis zur Dauer von einer halben Stunde ausgeführt wurden.

Wir kommen nun zu der sogenannten lokalen Anästhesie, zu deren Ausführung wir heute besonders von zwei Mitteln erfolgreiche Anwendung machen, nämlich vom Cocain und vom reinen Aethylchlorid. Nachdem das Cocain von Koller in Wien in der Augenheilkunde als Anästheticum war eingeführt worden, wurde dasselbe alsbald mit Erfolg zur Anästhesirung der Schleimhäute an den verschiedensten Körpertheilen, sowie auch zur Anästhesirung der Haut auf dem Wege der subkutanen und intrakutanen Injektion bei den mannigfaltigsten chirurgischen Eingriffen verwendet. In Folge seiner verschiedenartigen Anwendbarkeit wurde das Mittel binnen Kurzem den Chirurgen, Gynäkologen und Dermatologen ebenso unentbehrlich wie den Ophthalmologen, Laryngologen etc.

Die Resultate, welche man mit der subkutanen Cocaininjektion bei kleinen und kurzdauernden operativen Eingriffen erreichte, übertrafen weit die früher mit Aetherzerstäubung auf die Haut erzielten; es war möglich, solche Operationen, abgesehen von dem geringen Schmerz des Einstiches, sonst schmerzlos durchzuführen. Am meisten verwendete man hiezu entweder eine 4% (Landerer) oder 5% (Wölfler) Lösung, von der man in der Regel eine halbe bis ganze Spritze, aber oft auch mehr unter und zum Theil in die Haut einspritzte. Alle Chirurgen haben wohl in zahllosen Fällen von diesen Injektionen erfolgreiche Anwendung gemacht, ohne einen anderen Nachtheil davon zu erleben, als in einzelnen Fällen, wo mehr injicirt worden war, leichte, rasch vorübergehende Cocainintoxikationserscheinungen. Die Erscheinungen, welche in leichten Fällen die Kranken zeigten, waren Blässe, kalter Schweiss, Schwindel, Unwohlsein, etwas weitere Pupillen etc. Es zeigte sich aber bald, dass, wenn auch im Allgemeinen Dosen von 0·02 bis 0·12 meist ohne Schaden vertragen wurden, in einzelnen Fällen schon bei solchen Gaben bedrohliche Erscheinungen auftraten. Ja, es sind auch Todesfälle nach Cocaininjektionen bekannt geworden, so von 0·75 Cocain in die Urethra; in diesem Falle 20 Minuten nachher unter Konvulsionen leptiformer Art. Chirurgen, die unangenehme Erfahrungen in dieser Hinsicht gemacht hatten, empfehlen daher als regelmässige Dosis 0·005 und als nicht zu überschreitende 0·015, andere als Maximaldosis 0·05. Aber selbst bei so geringer Gabe kamen auch dann, wenn durch vorherige Kompression mit der Esmarch'schen Binde die Cirkulation für die Dauer der Anästhesie ausgeschaltet war, einzelne Intoxikationen vor bei Idiosynkrasie gegen Cocain. Die Symptome waren in solchen Fällen allerdings keine gefährlichen, aber doch wurde öfters dabei ein stundenlang dauernder, schlafähnlicher apathischer Zustand beobachtet.

Es ist begreiflich, dass, wenn man auch das Mittel nicht entbehren konnte, man doch nie vor der unangenehmen Ueberraschung einer etwa länger dauernden Intoxikation sicher war.

Es war klar, dass man schwächere Lösungen injiciren konnte, der Erfolg war aber dann kein so prompter. A. Fraenkel hat 1887 darauf aufmerksam gemacht, dass zur Cocainisirung der Gewebe 1perzentige Lösung genüge, wenn man durch Einspritzen von mehr Flüssigkeit ein grösseres Inbibitionsgebiet schaffe. Neudörfer hat eine 1perzentige Cocainlösung in Bittermandelwasser injicirt und ein besonderes Gewicht auf die Kombination dieser beiden Mittel gelegt.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der chirurgischen Klinik des Herrn ***Hofr. Prof. Albert.***

Chirurgisch-bakteriologische Mittheilungen.

Von **Dr. Julius Schnitzler**, Assistent der Klinik.

(Fortsetzung.*)

III. Zur Bakteriologie eitriger Peritonitiden.

1. Fall. M. R., 29 Jahre alter Beamter am 11. Juni 1892 in die Klinik aufgenommen. Seit 5 Tagen unter Fieber, Stuhlverstopfung und häufigem Erbrechen erkrankt. Ebensolange bestehen Schmerzen im rechten Meso- und Hypgastrium. Die Untersuchung des ikterischen Kranken ergibt ein aufgetriebenes druckempfindliches Abdomen. In den Flanken beiderseits Dämpfung, die sich auf Lagewechsel ändert. Singultus und Erbrechen. Puls ziemlich kräftig, circa 90, Temp. 37·6. Die Diagnose wurde auf Perforationsperitonitis gestellt und sofort die Laparotomie vorgenommen. Nach Eröffnung des Peritoneums in der Linea alba entleerte sich dicker, grünlicher, nicht besonders übelriechender Eiter in grosser Menge. Die Därme allenthalben derart verklebt, dass von einem Suchen der Perforationsstelle abgesehen werden muss; auch ein in der Ileocoecalgend angelegte zweiter Schnitt führt auf ein von Eiter umspültes Convolut von Därmen, in dem ein Aufsuchen des Prozessus vermiformis absolut nicht rathsam erscheint. Drainage. — Wie zu erwarten war, hatte die Operation keinen dauernden Erfolg, Patient starb 6 Tage später unter anhaltendem Erbrechen und Erscheinungen peritonealer Sepsis. Die Sektion erwies eine ausgedehnte Perforation des allenthalben fixirten Prozessus vermiformis infolge eingedickten Kothes.

Die mikrokospische Untersuchung des bei der Laparotomie unter allen Cautelen entnommenen Eiters zeigte Stäbchen verschiedener Grösse und Dicke. Auf den Platten ging ausschliesslich das Bakterium coli commune auf, das als Ursache der Peritonitis in diesem Falle angesehen werden muss.

Fall 2. F. S. 17jähriger Gymnasiast, aufgenommen am 12. August 1892. Seit 10 Tagen bestehen angeblich peritonitische Erscheinungen. — Stuhlverhaltung, aufgetriebener Bauch, Erbrechen. Die Untersuchung des nicht fiebernden Patienten ergibt ein enorm ausgedehntes druckempfindliches Abdomen, exquisitesten Meteorismus, freie Flüssigkeit nicht sicher nachweisbar, fortwährenden Singultus. Die Diagnose wird auf eitrige Peritonitis gestellt und sofort Laparotomie in der Linea alba vorgenommen. Es entleert sich viel dicker, stinkender Eiter. Eine zweite Incision wird in der Ileocoecalgegend vorgenommen, woselbst man nach Eröffnung des Peritoneums in einen Eiterheerd kommt, auf dessen Grund der mit der Umgebung fest verlöthete Prozessus vermiformis sich befindet; im Eiter ein von Koth umhüllter Traubenkern. Drainage. Tod 24 Stunden post. operat. Die Untersuchung des bei der Operation gewonnenen Eiters ergibt Bacterium coli commune in Reinkultur.

Fall 3. A. K., 30 Jahre alter Schmied, an die Klinik am 14. August 1892 aufgenommen war, seit 12 Tagen unter peritonitischen Erscheinungen erkrankt. In den letzten Tagen sehr häufiges Erbrechen, seit 10 Tagen sind weder Stuhl noch Winde abgegangen. Untersuchung des in toto aufgetriebenen Abdomen ergibt eine besonders ausgeprägte Prominenz rechts unten vom Nabel; daselbst deutliche Fluctuation. Ausserdem freie Flüssigkeit im Abdomen nachweisbar. Incision am rechten

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 16 u. 17, 1893.

Rande des M. rectus abdominis. Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich faeculent riechender Eiter in grosser Menge. Derselbe kommt aus einem allenthalben durch innig miteinander verlöthete Därme abgegrenzten Raum. Drainage. Tod 12 Tage post Operation u. zw. an Pneumonie, während die Peritonitis sich bei der Sektion als vollkommen abgegrenzt erwies und jedenfalls seit der Operation keine Fortschritte mehr gemacht hatte. Im Grunde des erwähnten Raumes befand sich der (durch einen Kothstein) perforirte Prozessus vermiformis. Auch in diesem Falle ergab die Untersuchung des Eiters das Bakterium coli commune in Reinkultur.

Fall 4.*) K. A. wurde am 8. Juli 1892 an die Klinik aufgenommen, nachdem circa 4 Stunden vorher eine inkarcerirte Hernie bei ihr reponirt worden war. An die Reposition hatten sich starke Schmerzen, Erbrechen und Collaps angeschlossen, auch war freie Flüssigkeit im Abdomen nachweisbar. Unter diesen Umständen musste an eine an die Texis sich anschliessende Perforationsperitonitis gedacht werden und wurde daher sofort von meinem Kollegen Dr. FRANK die Herniolaparotomie ausgeführt. Bezüglich der Details des Falles auf die unten citirte Publikation verweisend, will ich hier nur bemerken, dass die perforirte Dünndarmschlinge rasch gefunden, die Lücke durch Naht geschlossen wurde und dass die Patientin wenige Wochen nach der Operation das Spital geheilt verlassen konnte. Was nun die Peritonitis betrifft, so erwies sie sich bei der Operation als eine bereits über das ganze Abdomen verbreitete. Alle zur Ansicht gelangten Schlingen waren injicirt, ihre Serose von einem graugelben, nicht abstreifbaren Exsudat bedeckt, in der Bauchhöhle reichlich trüb seröse Flüssigkeit. Die bakteriologische Untersuchung des Exsudates ergab den Streptococcus pyogenes in Reinkultur.

Wir haben also in 4 Fällen von Perforationsperitonitis 3 Mal das Bacterium coli, 1 Mal den Streptococcus coli und zwar jedesmal in Reinkultur nachweisen können. Auf die Bedeutung der Darmbakterien für die Entstehung der Perforationsperitonitis hat zuerst LARUELLE[1]) hingewiesen. Insbesondere aber hat sich FRÄNKEL[2]) eingehend mit den Beziehungen des Bacterium coli commune zur Genese gewisser Bauchfellentzündungen befasst. Seitdem ist eine grosse Reihe von Fällen publicirt, in denen das Bacterium coli als Urheber einer Peritonitis angesehen wurde und ist überhaupt dieser Mikroorganismus als Ursache mancher eitriger Prozesse im menschlichen Organismus bekannt geworden. Jedenfalls wird die Mehrzahl der vom Darme ausgehenden Peritonitiden durch das Bakterium coli veranlasst, welches ja im ganzen Darmtrakt, vom Magen bis zum Anus ständig zu finden ist. Von den Perforationsperitonitiden gilt dies natürlich in erster Linie. Andererseits wäre es aber ein ganz fehlerhafter Schluss, aus dem Mangel des Bacterium coli im peritonealen Exsudat zu schliessen, dass die Peritonitis nicht intestinalen Ursprunges sei. Schon FRÄNKEL (l. c.) erhebt gegen eine derartige Schlussfolgerung Einsprache und betont die Möglichkeit der Einwanderung auch anderer Bakterienarten aus dem Darmtrakte in die Bauchhöhle.

In sprechendster Weise zeigt der oben von mir mitgetheilte Fall von Streptokokkenperitonitis nach Darmperforation diese Möglichkeit. Hervorhebenswerth ist es, dass gerade in dem Falle von Dünndarmperforation der Streptococcus und nicht das Bacterium coli sich im Exsudate fand, dass hingegen letztere Bakterienart in den vom Wurmfortsatz ausgehenden Peritonitiden stets gefunden wurde. Wie wenig entscheidend die einfache bakterioskopische Untersuchung des Peritonealexsudates für die Natur der Peritonitis ist, darüber belehrte mich ein weiterer Fall, über den ich hier ebenfalls ganz kurz berichten will.

Es handelte sich um eine 30jährige Frau, die mit den Erscheinungen eines abgesackten Exsudates in der Bauchhöhle an die Klinik aufgenommen wurde. Die Anamnese ergab, dass im Anschlusse an eine vor 2 Monaten erfolgte Entbindung leichte peritonitische Erscheinungen mit geringem Fieber aufgetreten waren, dass nach und nach die nun bestehende Vergrösserung des Bauches sich ausgebildet habe und dass die Kranke in den letzten 2 Monaten entschieden abgemagert sei.

Die Untersuchung ergab, wie erwähnt, ein abgesacktes Exsudat in der Unterbauchgegend und weiterhin beiderseitige Lungenspitzeninfiltration.

Unter diesen Umständen musste die Diagnose zwischen einer tuberculösen Peritonitis und einer circumscripten puerperalen Peritonitis schwanken. Das abendliche Fieber liess keine der beiden Möglickeiten ausschliessen. Jedenfalls erschien eine Incision indicirt. Durch dieselbe wurden circa 5 Liter eines ziemlich dicken, stinkenden Eiters entleert. Derselbe kam aus einer Höhle, die allenthalben durch von einer mässig dicken, gelblichen, granulirten Membran überkleidete Därme begrenzt. Von dieser Schwarte die auch das parietale Peritoneum überkleidete, entnahm ich Stücke zur histologischen Untersuchung.

Die Untersuchung des Eiters ergab das ausschliessliche Vorhandensein von Streptokokken. Tuberkelbacillen konnten nicht gefunden werden, so dass man nach diesem Befunde den Prozess als puerperale Peritonitis hätte auffassen dürfen. Hingegen zeigte die mikroskopische Untersuchung der excidirten Schwarte typische Tuberkel, so dass den Streptokokken sicher nur, wie so häufig bei tuberkulösen Prozessen, eine sekundäre Rolle zukam. Die 2 Monate später ausgeführte Sektion der Frau ergab hochgradige Tuberkulose der Genitalien, von den Tuben ausgehend und vorgeschrittene Lugentuberkulose.

Ich habe den Fall nur angeführt, um auf Fehlschlüsse hinzuweisen, zu denen man durch die einfache bakterioskopische Untersuchung des Peritonealexsudates leicht verleitet werden könnte.

(Fortsetzung folgt.)

*) Ausführlich publicirt von Dr. R. FRANK, Wiener Klinische Wochenschrift 1892, Nr. 36.

[1]) Centralbl. f. Bakt. VIII.

[2]) Wiener Klin. Wochenschr. 1891.

Peri- und Paratyphlitis.

Klinischer Vortrag.

Von

Hofrath Professor Nothnagel.

(Fortsetzung.*)

Ich habe Ihnen diese beiden Fälle vorgestellt, weil dies ein ausserordentlich wichtiger Zustand ist, eine Erkrankungsform, welche leider oft genug verkannt wird und deren Verkennung zu den übelsten Consequenzen für die Patienten führt.

Diese beiden Bilder, die ich Ihnen rasch hintereinander vorgeführt habe um sie jetzt im Einzelnen zu besprechen, illustriren Ihnen zwei verschiedene Formen, zwei verschiedene Verlaufsperioden dieser Erkrankung. Es handelt sich um diesen Zustand, welchen man jetzt Perityphlitis und Paratyphlitis nennt, oder wie die moderne Nomenclatur auch lautet, Appendicitis, obgleich dieser Ausdruck ein recht ungeschickter ist; der Name Perityphlitis und Paratyphlitis kennzeichnet den Zustand besser, und zwar ist das Wort Paratyphlitis vorzuziehen, denn das «Perityphlitis» führt zu vielen Missverständnissen und Irrthümern in der Auffassung. Da wäre es nun richtiger, wenn man das ungeheuerliche Wort «Periappendicitis» bilden könnte; aber es ist die Bezeichnung Perityphlitis einmal angenommen, und sobald Sie nur das Wesen verstehen, thut der Name nicht viel zur Sache.

Bei dieser Erkrankungsform handelt es sich um entzündliche Vorgänge in der rechten Unterbauchgegend, der Regio ileocoecalis, entzündliche Vorgänge, die ihren Ausgangspunkt fast immer vom Darm nehmen, und zwar in der Mehrzahl der Fälle vom Processus vermiformis. Nachdem man früher schon diesen Zustand im Allgemeinen gekannt hat, war es nament-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 19, 1893

lich das Verdienst von FOLTZ, durch eine kleine Monographie das Interesse hiefür geweckt und die klinische Auffassung geklärt zu haben. Es wurden dann von den verschiedensten Beobachtern Untersuchungsresultate mitgetheilt, namentlich hat VIRCHOW zur anatomischen Aufklärung beigetragen, von BAMBERGER und Anderen sind Mittheilungen gekommen, der Fortschritt in der Erkenntniss dieser Zustände knüpft sich nicht an einen Namen besonders.

Es handelt sich, wie gesagt, um entzündliche Vorgänge, die sich im Peritoneum und Bindegewebe um dieses Darmstück herum abspielen. Der Name Perityphlitis erweckt die irrthümliche Vorstellung, dass der Prozess vom τυφλον, also vom Coecum ausgehe; das kommt allerdings vor, ist aber keineswegs die Regel, sondern vielmehr die Ausnahme. Die Regel ist, dass der Wurmfortsatz den Ausgangspunkt bildet. Der Wurmfortsatz hat, wie Sie wissen, wohl bei anderen Thierklassen eine gewisse physiologische Bedeutung, aber bei uns nicht mehr. Mein verstorbener Anatomielehrer REICHERT in Berlin nannte ihn immer einen «unnützen Zierrat», und in der That haben wir keinen Nutzen von ihm, sondern immer nur Nachtheil.

Der Wurmfortsatz hat dieselbe Structur wie der Darm und bildet gewissermassen einen todten Arm, einen Anhang desselben. Wenn der Darminhalt aus dem Ileum herunterkommt, die Bauhin'sche Klappe passirt und in das Coecum eintritt, so bleibt er da eine bestimmte Zeit liegen, die Trägheit der Peristaltik beginnt ja im Coecum. Bei dieser Gelegenheit geräth etwas vom Darminhalt in den Prozessus vermiformis hinein, es sind dies ja schon ausgenützte Nahrungsmassen, die in Fäcalmassen umgewandelt sind. Hier bleiben sie liegen und werden durch Wasserentziehung immer mehr eingedickt, wir bekommen schliesslich feste Concremente. Wenn wir dann solche Concremente zur Untersuchung bekommen, finden wir die gewöhnlichen Bestandtheile des Kothes in ihnen. Nur zuweilen sehen wir den Anlass zu dieser Concrementbildung einen Fremdkörper abgeben. Ich bitte das festzuhalten, denn das erste, was die Herren glauben und sagen, ist, dass ein Fremdkörper in den Wurmfortsatz hineingerathen sei. Dies kann geschehen, ist aber ausserordentlich selten.

Unter Fremdkörpern verstehen wir Obstkerne oder Fischgräten oder irgend etwas Aehnliches. Derartige Fremdkörper können also hineingerathen und den Anlass zu solchen Prozessen geben, aber dies ist ein ganz verschwindender Bruchtheil gegenüber dem gewöhnlichen Verhalten, dass die eingedickten Kothmassen ohne jede andere Beimengung es sind, die den Anstoss zu diesen Vorgängen geben.

Diese Concremete üben allmälig auf die Darmwand einen Reiz aus, es entsteht das, was wir als Erosions- oder Decubitalgeschwür bezeichnen. Es verschwindet das Epithel, die oberste Lage der Schleimhaut, allmälig wird in dieses sogenannte Decubital- oder, wie Sie es auch nennen können, Stercoralgeschwür auch die Submucosa einbezogen. Während sich nun in der Mucosa und Submucosa dieser langsame, chronische Entzündungsprocess abspielt, nehmen wir das wahr, was wir bei solchen entzündlichen Prozessen des Darmes sehr häufig beobachten, dass sich nämlich auch aussen auf dem Peritoneum eine Entzündung entwickelt.

Dies ist ein ganz allgemeines Gesetz, dass bei chronisch entzündlichen Ulcerationsprozessen im Darme solche umschriebene peritonitische Entzündungen entstehen. Wir nehmen das bei den chronischen Ulcerationen häufig wahr; beim Typhus kann es ja nicht dazu kommen, weil der Prozess zu rasch verläuft; bei den tuberculösen Geschwüren ist das aber etwas sehr Gewöhnliches, bei den diphtherischen Geschwüren, beim Ulcus rotundum duodeni und dergleichen nehmen wir dasselbe wahr, dass sich eine umschriebene Peritonitis entwickelt, und das wiederholt sich also auch hier, bei diesen Stercoralgeschwüren oder wie Sie dieselben nennen wollen.

Diese Peritonitis führt allmälig zu Verdickungen, zu Verwachsungen mit der Umgebung. Das ist also der Grund, weshalb ich sage, es müsste eigentlich heissen «Periappendicitis», denn vom Coecum geht der Prozess ausserordentlich selten aus. Im Coecum treffen wir eine andere Veränderung ungemein häufig, in 90 Perzent aller Sektionen an, nämlich einen Verlust der Drüsen des Coecums, eine Drüsenatrophie der Schleimhaut; aber Sie finden sehr selten Decubitalgeschwüre, und ein Uebergreifen der Prozesses aufs Peritoneum, eine wirkliche Perityphlitis ist ausserordentlich selten. Sie kommt vor, ist aber nicht die Regel. Der Ausgangspunkt ist also fast immer der Prozessus vermiformis, um den sich allmälig entzündliche Prozesse, entweder an einer umschriebenen Stelle, oder ringsherum bilden.

Dadurch entstehen Adhäsionen mit der Umgebung, so dass der Prozessus vermiformis z. B. an das Coecum angelöthet wird, oder an das Ileum oder ein anderes Darmstück, das Colon, kurz, es können je nach der etwas wechselnden Lage des Wurmfortsatzes die allerverschiedensten Anlöthungen, auch nach hinten hin u. s. w. stattfinden.

Dieser Vorgang ist ungemein häufig. Vielleicht ist es Ihnen selber schon geschehen, wenn Sie darauf geachtet haben, dass Sie eine unangenehme Empfindung in der Ileocoecalgegend bekamen; ich bin überzeugt, dass solche Empfindungen sehr häufig durch ganz latente und chronisch sich abspielende umschriebene Peritonitiden um den Prozessus vermiformis hervorgerufen werden, die natürlich durchaus nicht bei allen Menschen zu weiteren Consequenzen führen.

Man glaubt ganz gewöhnlich, dass zu den ätiologischen Momenten für die Perityphlitis eine Obstipation gehört. Man sagt manchmal: der Mann hat nie eine Stuhlverstopfung gehabt, wie sollte er zu einer Perityphlitis kommen. Diese Auffassung ist eine irrthümliche. Der Darminhalt kommt aus dem Ileum herunter ins Coecum, hier bleibt er ein paar Stunden liegen, dann macht er seinen gewöhnlichen Weg durch das Colon. Dabei kann, selbst wenn der Mensch täglich Stuhl hat, sehr gut etwas Darminhalt bei den normalen Contraktionen in den Wurmfortsatz hineingedrängt werden, welcher nun hier liegen bleibt und die Folgen erzeugt, die wir später finden. Wenn Sie die Sache so ansehen, so werden Sie begreifen, dass durchaus nicht eine habituelle Obstipation erforderlich ist, um diese Zustände zu erzeugen; man kann vielmehr bei ganz regelmässigem Stuhlgange doch von einer Perityphlitis befallen werden.

Ich will hier einfügen, dass man öfter Schmerzen zu beobachten bekommt, die in dieser Gegend auftreten und die einen kolikartigen Charakter haben.

Es ist das Verdienst eines neueren französischen Forschers, darauf hingewiesen zu haben, dass diese Schmerzen eine ganz bestimmte Bedeutung haben. Jeder, der einigermassen sorgfältig einen solchen Kranken beobachtet, hat diese Schmerzen schon wahrgenommen; man sieht nämlich, dass nicht nur solche stechende Schmerzen, sondern ein heftiger, kolikartiger Schmerz vorkommt. Der Arzt denkt, das sei die Perityphlitis, er ist vorsichtig, legt den Kranken hin, der Mann fiebert aber nicht.

Man macht warme oder kalte Umschläge, oder wendet sonst eine Therapie an, und die Geschichte ist in 1—2 Tagen vorüber. Man ist erfreut und glaubt durch die Behandlung die Perityphlitis coupirt zu haben; gefühlt hat man nichts, man sagt dann, es ist eben eine unbedeutende Entzündung, kein Exsudat. Diese Auffassung ist für solche Fälle nicht richtig. Sie können sich nämlich überzeugen, wenn Sie bei solchen Kranken, die Sie selbst beobachten, sorgfältig recherchiren, dass das wirkliche Kolikanfälle mit intermittirendem Charakter sind, die 1, 2, 5 Minuten dauern und selbst mit Erbrechen einhergehen. Diese Schmerzen müssen gedeutet werden als eine echte Kolik des Wurmfortsatzes. Dieser besitzt ja glatte Muskeln, und so wie oberhalb eines Hindernisses der Gallengang, der Ureter, wie sich der andere Darm zusammenzieht, so zieht sich auch der Prozessus vermiformis zusammen, wenn ein Hinderniss da ist, und so kann es unter Umständen zu einer Kolik des Prozessus vermiformis kommen. Diese nun

wird meines Erachtens öfter fälschlich als wirkliche Perityphlitis gedeutet.

Während nun, wie erwähnt, diese Verwachsungen allmälig entstehen, kommt es zu Fortschritten des Ulcerationsprozesses, in den auch die Muscularis und schliesslich die ganze Darmwand einbezogen wird; diese wird endlich an einer Stelle ganz zerstört, und nun kann durch diese Oeffnung der Darminhalt nach Aussen treten. Es kann auch zu einer gangränösen Zerstörung der ganzen Spitze des Prozessus vermiformis kommen, der Stumpf ragt frei in die Bauchhöhle, respective in die Abscesshöhle hinein, die sich mittlerweile um den Wurmfortsatz herum gebildet hat, und wir finden dann in dieser den Kothstein

Nun sind zwei Möglichketien für die wetere Entwicklung des Prozesses vorhanden, nachdem er biszur Zerstörung der Darmwand fortgeschritten ist. Wenn feste Adhäsionen sich gebildet haben, so erregt der da austretende Darminhalt, der ja alle möglichen Formen von Mikroben enthält, eine akute Entzündung des Peritoneums um den Darm herum, die sich in dieser Gegend lokalisirt. Neben dieser circumscripten Peritonitis kommt es auch zu einem phlegmonösen Prozess im Bindegewebe und der Eiterung in demselben. Nach der sehr zweckmässigen VIRCHOW'schen Nomenclatur werden alle die Prozesse, die das Peritoneum betreffen, mit der Anfangssilbe «Peri-» bezeichnet, während man die Prozesse, die sich im Bindegewebe um das betreffende Organ herum abspielen, mit der Anfangsilbe «Para-» bezeichnet. Bei diesen handelt es sich um eitrige, phlegmonöse Entzündungen. Wenn Sie eine so pralle Geschwulst wie hier in unserem zweiten Falle finden, so können Sie immer die Diagnose auf Paratyphlitis stellen, während die leichte Resistenz, die wir im ersten Falle, den ich Ihnen vorstellte, fanden, ebensogut auf eine blosse Perityphlitis allein bezogen werden kann, bei welcher keine Infiltration des Bindegewebes besteht.

Es verhält sich, wenn genügend feste Adhäsionen vorhanden sind bevor es zur Perforation kommt, damit so, wie wir es auch bei den perforirenden Magen- und Duodenalgeschwüren beobachten, wo der Entzündungsprozess durch vorhergegangene Abhäsionen auf eine circumscripte Partie des Peritoneums beschränkt bleibt. Der Prozess schreitet dann langsam fort und kann einen verschiedenen Verlauf nehmen; so kann die Entzündung beim Duodenalgeschwür sich in die Leber fortpflanzen, in das Pankreas und weiter nach hinten, so dass sich ein Abscess bildet, der selbst Gase enthalten kann, was von LEYDEN als Pyopneumothorax subphrenicus bezeichnet worden ist.

Sind aber die Adhäsionen nicht genügend, dann geschieht die Perforation und der Austritt des Darminhaltes in die freie Bauchhöhle hinein und es entsteht das Krankheitsbild einer akuten diffusen Peritonitis, welche in den meisten Fällen rasch zum Tode führt.

Machen Sie sich die Pathogenese dieser Verhältnisse anatomisch klar, so werden Sie sich selbst konstruiren können, wie das Krankheitsbild sich darstellen muss und in den einzelnen Fällen verschieden darstellt. Auf die Unterscheidung von den Koliken des Wurmfortsatzes, mit denen oft Verwechslungen begangen werden, habe ich Sie schon hingewiesen. Die Abwesenheit des Fiebers, der Mangel einer nachweisbaren Geschwulst, das Fehlen entzündlicher Erscheinungen, sowie der recidivirende von Zeit zu Zeit wiederkehrende Schmerzanfall wird Sie darauf hinweisen, dass Sie es nicht mit dem entzündlichen Zustand, sondern mit der Kolik zu thun haben, mit Contraktionen des Prozessus vermiformis.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 5. Mai 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Dr. Buedinger: *Demonstration eines Falles von kompleter äusserer Kiemenfistel.*

Bei einer 23jährigen Frau zeigte sich schon in der frühesten Kindheit im linken Kieferwinkel eine stecknadelkopfgrosse Einziehung. Vor 3 Wochen bildete sich in der Parotisgegend ohne alle Ursache eine Geschwulst, welche schnell wuchs, gegen den äusseren Gehörgang ausstrahlende Schmerzen verursachte und nach einiger Zeit aufbrach, wobei sich ein übelriechender Eiter entleerte. Bei der Untersuchung zeigte sich eine kaum wahrnehmbare, für eine feine Sonde schwer durchgängige Oeffnung, hinter welcher sich der Gang erweiterte, um mit einem $^1/_2$ *cm* langen Spalte im knorpeligen Theile des äusseren Gehörganges zu enden. Mit einer SANTORINI'schen Incisur kann dieser Spalt nicht verwechselt werden, da jene meist quer gestellt ist. Es handelt sich hier um eine komplete äussere Kiemenfistel, bei der das späte Auftreten der Sekretion auffallend ist. Die Frau befindet sich im Stadium der Lactation, die nach Analogie der aus der Literatur bekannten Fälle, bei denen die Menses eine Rolle spielten, nicht ohne Einfluss auf den Aufbruch sein dürfte. Man kann sich die Art und Weise, wie sich die Kiemenfurche mit dem Niveau der allgemeinen Hautdecken ausgleicht, in der Weise vorstellen, dass sich die Wölbung der Wülste vermehrt, bis sich die Seiten aneinander legen und ein schmales Epithelband zurückbleibt, das zum Verschwinden kommen muss. Bleibt der Faden in der Längsaxe, dann bildet sich eine äussere Fistel aus. Eine Spaltung der Fistel würde eine entstellende Narbe zur Folge haben; ausserdem wäre die Durchschneidung von Facialisästen zu befürchten und somit eine halbseitige Facialislähmung. Mehr Chancen hat daher die Injektion reizender Flüssigkeiten, welche das Epithel zerstören und die Fistel zum Verschluss bringen soll. In dieser Richtung würde sich die Anwendung von Tinctura jodi fortior empfehlen.

Hofrath BILLROTH bemerkt, dass man sehr starke Aetzmittel anwenden müsse, um das Epithel ganz zu zerstören. Hier stehe es wie bei den Rectumfisteln, wo keineswegs der Durchtritt des Kothes die Heilung verzögert, sondern das stete Nachwachsen des Epithels. Tinctura jodi fortior dürfte hier nicht ausreichen, um das Epithel zum Schwinden zu bringen, es würde sich vielmehr empfehlen, dünne Lösungen von Kali causticum zu injiciren, und zwar in der Weise, dass man ein dünnes unten geschlossenes Drainrohr mit einer seitlichen Oeffnung einführt, so dass sich die Injektionsflüssigkeit auf die Wandung vertheilt.

* * *

Dr. Wintersteiner: *Demonstration einer durch Trauma entstandenen Cyste des Augeninneren.*

Ein Spänglerbursche war vor einem halben Jahre durch ein Blechstück am linken Auge verletzt worden, ohne dass er einer Behandlung unterzogen worden wäre. Stat. praes: Lider frei von einer Verletzung, im oberen Theile der Hornhaut eine lineare Narbe, zu welche die Iris hinzieht, Kammer oben aufgehoben, unten normal tief. Die Iris angelegt an einen kirschkerngrossen seidenglänzenden Tumor von gelbweisser Farbe, welcher mit seiner Kuppe noch weit in das Pupillarbereich hineinragt. Zwischen Hornhaut und Tumor ein eingeklemmtes Haar. Linse durch den Tumor stark nach hinten verdrängt. Medien klar, Fundus normal. Auge sieht schlecht, ist astigmatisch. Der Tumor ist eine solide Cyste und dickwandig. Dieselbe dürfte dadurch entstanden sein, dass bei der Verletzung ein Bruchstück der Wimper sammt dem Haarbalge und der Talgdrüse losgerissen und in die Iris verschleppt wurde. Durch Wucherung des epidermoidalen Gewebes entstand dann der Tumor. Die Therapie besteht darin, dass durch einen peripheren Lappenschnitt der Tumor nach aussen luxirt und in toto entfernt wird.

* * *

Dr. A. Klein: *Ein Beitrag zur Frage der spezifischen Bakterien-Proteïnwirkung auf den kranken Organismus.*

Eines der interessantesten Proteïne ist das Tuberkulin, von welchem behauptet wurde, dass es eine spezifische, lediglich auf tuberkulöse Herde zur Geltung kommende Wirkung besitzt. Eine befriedigende Theorie der Tuberkulinwirkung muss nun erklären, 1. warum die grosse Majorität der mit tuberkulösen Affektionen behafteten Individuen auf dasselbe reagirt, 2. warum ein Theil der Tuberkulösen nicht reagirt und 3. warum auch manche Nichttuberkulöse reagiren.

Durch die bakteriologische Untersuchung der zur Sektion gelangten tuberkulösen Personen, welche auf Tuberkulin reagirten, konnte stets der Streptococcus pyogenes, respektive Diplococcus pneumoniae in enormer Anzahl, im Caverneninhalt ausserdem der Staphylococcus aureus nachgewiesen werden. Ebenso liessen sich aus allen, dem Kulturverfahren zugeführten Untersuchungsobjekten diese Entzündungs- und Eiterungserreger in enormer Zahl rein kultiviren. Die Thierversuche, welche Vortragender an stets gleichgrossen Kaninchen anstellte, wobei nur sehr kleine Dosen von Tuberkulin (2—5 *mgr* einer 1 % Lösung) benützt wurden, ergaben dass gesunde Thiere meist auf Tuberkulin nicht reagirten, wohl aber, wenn ihnen zuvor Streptococcusbakterien injicirt wurden. Stets zeigte sich, dass durch Tuberkulininjektion eine Steigerung bestehender, respektive ein Wiederaufflackern nahezu abgelaufener Entzündungsprozesse stattfand; diese Steigerung war nicht zu konstatiren, wenn der Prozess bereits vollständig abgelaufen war. Wurde Streptococcus pyogenes auf mit Tuberkulin versetzten Nährböden gezüchtet, so war ein Unterschied gegenüber den Wachsthumsverhältnissen auf den gewöhnlichen Nährböden nicht zu konstatiren, jedoch nahm die Virulenz des Streptococcus zu. Auch die Injektionen des Tuberkulin bei Erysipel zeigte eine Exacerbation des Prozesses.

Die in der Litteratur niedergelegten Erfahrungen, sowie die klinischen Beobachtungen zeigen übereinstimmend, dass bei der Injektion von Tuberkulin Entzündungen in den verschiedensten Organen (Parotitis, Epididymitis, Otitis, Kehlkopftuberkulose, Lupus u. s. w.) gesteigert werden. Bekannt ist das Auftreten von Leukocytose, Herpes und Peptonurie. Auch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen stehen mit dieser Erfahrung in Uebereinstimmung, ebenso die histologischen Befunde. VIRCHOW fand, dass das Nachbargewebe von dem Mittel mehr afficirt wird als der Tuberkel selbst.

Durch viele Arbeiten ist es bekannt geworden, dass die Tuberkulose auf Mischinfektion beruhe. Die Majorität der Tuberkulösen reagirt deshalb auf Tuberkulin, weil sich auch Eitererreger hier vorfinden. Jene Fälle von Tuberkulose, welche keine Eitererreger besitzen, reagiren nicht auf Tuberkulin. Es ist daher die Tuberkulosis simplex (kokkenfreie Tuberkulose) von der Phthise wohl zu unterscheiden.

Bei nichttuberkulösen Personen, welche auf Tuberkulin reagirten, fanden sich meist anderweitige geschwürige Prozesse, Entzündungen u. s. w.

Ebenso zeigten sich Reaktionserscheinungen bei Aktinomykose, bei Lepra und bei Typhus.

Wenn auch einzelne, anscheinend vollkommen gesunde Menschen auf kleine Tuberkulindosen reagiren, so beruht dies darauf, dass sich in den oberen Luftwegen Entzündungserreger von der verschiedensten Virulenz aufhalten, welche bei irgend einer Gelegenheitsursache (Trauma, Erkältung) in die tieferen Luftwege gebracht werden und so bei zu Katarrhen geneigten Personen Erkrankungen auslösen. SCHREIBER injicirte Neugeborenen Tuberkulin und konnte in keinem einzigen Falle eine Reaktion erzielen.

Sehr ähnlich dem Tuberkulin ist das Mallein, von welchem man glaubte, dass es klinisch nicht nachweisbare Rotzerkrankung nachweisen könne, doch ist auch seine spezifische Wirkung durch Thierversuche erschüttert worden.

Vortragender kommt nun zu dem Schlusssatze: Die Wirkung des Tuberkulin ist keine spezifische, lediglich auf tuberkulöse Lokalisationen gerichtete, sondern besteht in einer Provokation oder Steigerung der entzündungs-, respektive eiterungserregenden Potenz der Eiterkokken (respektive des Diplococcus pneumoniae) sowohl bei Tuberkulösen als auch bei Nichttuberkulösen.

* * *

Hofrath Prof. Dittel: *Ueber eine abdominale Methode der Blasen-Scheidenfisteloperation.*

Für die meisten Fälle mag wohl die vaginale Methode ausreichen, doch mag es hie und da dem geübtesten Operateur unterkommen, dass man mancher Fistel mittels derselben nicht Herr werden kann. Vortragender hält es als seine Pflicht, ULLRICH's zu gedenken, dessen Verdienst um die Operation von Blasen-Scheidenfisteln bisher nicht in dem Masse gewürdigt wurde, als er es verdient hätte. Vor einiger Zeit kam auf die Abtheilung des Vortragenden eine 40jährige Frau zur Aufnahme, welche viermal, zum letztenmale vor 4 Jahren geboren hatte, einen vierkreuzergrossen Defekt des vorderen Scheidengewölbes zeigte; der Cervicalkanal war nach aufwärts gespalten und die Schleimhautauskleidung desselben ging unmittelbar auf die Blase über. Uterus sehr wenig beweglich. Die Vereinigung der Fistelränder in querer Richtung misslang zweimal. Da die anderen Methoden hier nicht anwendbar waren, wandte sich Vortragender einer neuen Methode zu, welche darin bestand, dass in Beckenhochlagerung von der Symphyse aus ein Schnitt in der Linea alba, nur so gross geführt wurde, dass man bequem zum Uterus gelangen und denselben hervorziehen konnte. Die Blase wurde nun gegen die Symphyse angedrückt, man hatte vor sich die Excavatio utero-vesicalis, in der man an der Stelle, wo sich das Peritoneum an den Uterus schlägt, dasselbe durchschnitt, die Oeffnung in der Blase vereinigte, während man den Defekt in der Scheide der Granulation überliess. Der erste so operirte Fall ist zwar missglückt, was der Ungeberdigkeit der Patientin zuzuschreiben ist, welche sich das Jodoform und den Katheter herausriss, so dass die Nähte auseinandergingen. Adhäsionen in der Excavatio utero-vesicalis sind sehr selten und wenn solche vorhanden sind, so führt die vaginale Methode auch nicht zum Ziele. Diese Methode hat ferner den Vortheil, dass man nur die Muscularis und die Schleimhaut der Blase zur Vereinigung zu bringen braucht und die Vereinigung der anderen Schichten, wie es bei der vaginalen Methode nöthig ist, erspart. Dieses Verfahren macht zwar nicht den Anspruch auf Verallgemeinerung, da die vaginale Methode die einfachste und schonendste Methode ist. In Fällen aber, wo der Defekt gross ist und weit rückwärts sitzt, wo also mit der vaginalen Methode nichts auszurichten ist, kann diese Methode mit anderen einschlägigen Verfahren in Concurrenz treten.

Hofrath BILLROTH hält die Methode für eine sehr beherzigenswerthe. In dem von DITTEL citirten Falle hält BILLROTH eine Kur mit BOZEMAN'schen Kugeln für angezeigt, um die Blase und den unteren Abschnitt des Uterus beweglich zu machen, wozu möglicher Weise einige Wochen nöthig sein dürften.

Kongress der französischen Chirurgen.

Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

(Fortsetzung.)

Prof. Poncet (Lyon): *Perineale Urethrostomie.*

In mehreren Fällen von hochgradiger Harnröhrenstriktur hat der Vortragende den Urethralkanal in der Perinealgegend blosgelegt, dann quer durchschnitten, die untere Wand des hinteren Abschnittes in einer Ausdehnung von 10—12 *mm* excidirt und ein Orificium am Perineum angelegt. Das Operationsergebniss war in allen Fällen ein recht gutes. Die Operirten waren mit ihrer neuen Harnröhrenmündung zufrieden.

* * *

Prof. Quénu (Paris): *Operative Behandlung der Hämorrhoiden nach einem eigenen Verfahren.*

Redner erinnert zuerst an das primitive Verfahren WHITEHEAD's welcher gleichzeitig mit den Hämorrhoidaltumoren die Schleimhaut

abträgt. Er hat diese Methode folgendermassen modificirt: Er incidirt die Schleimhaut, präparirt sie und reinigt sie vollkommen und näht sie dann, nach Abtragung der Hämorrhoiden, an die Haut. Die Naht kommt dadurch extra-anal zu liegen und die Vereinigung ist eine viel sicherere. Die varicöse Schleimhaut selbst modificirt sich und setzt solcher Weise der Gefahr einer Recidive nicht aus, wie man dies hätte fürchten können. Wenn die Hämorrhoiden komplicirt und entzündet sind, gleichviel ob reponirbar oder nicht, schlägt das Verfahren WHITHEAD's stets fehl. Nach der Methode des Vortragenden dagegen erfolgt die Vernarbung sicher. Zur Unterstützung seiner Behauptungen führt QUÉNU eine grosse Zahl von Beobachtungen an.

Prof. DELORME (Paris) bemerkt, dass er mit dem WHITHEAD-schen Verfahren stets zufrieden gewesen ist. Er glaubt, dass es sehr schwer sei, die ganze Schleimhaut zu erhalten.

Prof. RECLUS (Paris) lässt kleine Schleimhautbrücken zurück und hat so niemals einen Misserfolg aufzuweisen gehabt.

* * *

Dr. Zancarol (Alexandrien): *Zur Pathogenese der Leberabscesse.*

Durch Injektion in das Rectum der Katze von Fäces eines Thieres derselben Species, das an Dysenterie litt, hat Dr. ZANCAROL Leberabscesse hervorgerufen. Die Resultate waren jedoch verschieden, je nachdem die injicirten Massen (Eiter oder Dejektionen) Amoeben oder Mikroben enthielten oder nicht. Der Vortragende gelangt zu folgenden Conclusionen:

Die Leberabscesse sind bacillären Ursprunges; das Hauptagens ist der Streptococcus. Die Dysenterie hat eine gleiche Aetiologie wie der Leberabscess. Der Darmtraktus ist in der That die Ursprungsstätte des infektiösen Agens, welches entweder durch die Pfortader oder durch die allgemeine Circulation in die Leber gelangt.

* * *

Prof. Warnot (Brüssel): *Beiträge zur Hirnchirurgie.*

Redner erstattet einen sehr interessanten Bericht über 32 Fälle von Hirnchirurgie. Er ist operativ eingeschritten bei traumatischer Epilepsie und essentieller Epilepsie. In der That hat er wegen traumatischer JACKSON'scher Epilepsie 10 Trepanationen vorgenommen. Redner empfiehlt die präventive prophylaktische Trepanation bei Schädeltraumen. Hiernach untersucht er die Frage der direkten Behandlung dieser Art von Epilepsie. Seinem Dafürhalten nach soll man sich nicht auf die Schädeleröffnung beschränken, sondern auch das betreffende motorische Centrum abtragen. So hat er in einem Falle, in welchem eine Kontraktur des Daumens bestand, das entsprechende Centrum in der Hirnrinde excidirt. Die Hand wurde darauf gelähmt, aber die Anfälle, die vorher die Zahl 20 in einem Tage erreichten, sind seit der Operation fast vollständig verschwunden; die Lähmung ist seither etwas zurückgegangen. In einem anderen Falle hat er ein intracranielles arterio-venöses Aneurysma vorgefunden. Er hat es nicht exstirpiren wollen, er hat nur eine Arterie unterbunden, worauf die Anfälle verschwanden. Die Knochenscheiben wurden nicht zurückplacirt, um, eventuell, dieses Aneurysma noch später behandeln zu können.

Bei der essentiellen Epilepsie hat Redner 6 Mal das Verfahren Lucas CHAMPIONNÈRE's angewendet und das Gehirn durch eine ausgiebige Incision eröffnet, aber die Anfälle, die Anfangs verschwanden, kehrten später wieder. Redner ist überzeugt, dass es essentielle Epilepsien corticalen Ursprunges gibt. Es handelte sich nur darum, zu wissen, ob dieser Art Epilepsie ein bestimmtes Centrum entspricht. Er hat sich der Methode HORSLEY's bedient: durch die elektrische Exploration hat er sowohl die Centren für die obere als auch jene für die untere Extremität ausfindig machen können: die Elektrisation dieser Centren rief jedes Mal einen epileptischen Anfall hervor. Er entdeckte in einem Falle, dass in einem solchen Centrum PACCHIONI'sche Granulationen vorhanden waren; die Abtragung dieser Produkte führte eine beträchtliche Besserung des Krankheitszustandes herbei.

Prof. MALHERBE (Nantes) hat in einem Falle von JACKSON-scher Epilepsie die Trepanation erfolgreich ausgeführt. Es trat vollständige Heilung ein.

Prof. DOYEN (Reims) plaidirt für eine tiefgreifende Intervention bei hartnäckigen Neuralgien. Redner hat in einem schweren Falle von Trigeminus-Neuralgie, nach Trepanation des Schläfebeins die Resektion des Ganglion Gasserii mit glücklichem Resultate ausgeführt.

* * *

Prof. Roux (Lausanne): *Magenchirurgie.*

Der Vortragende spricht zunächst von der Gastro-Enterostomie. Er theilt nicht den Enthusiasmus einiger Chirurgen für diese Operation. Sie wird gewöhnlich unter verzweifelten Verhältnissen ausgeführt und liefert eine Mortalität von ungefähr 50 %, selbst unter den Händen der geschicktesten Operateure. Häufig sei diese Palliativoperation gar nicht ausführbar. ROUX hat z. B. in 15 Fällen die explorative Laparotomie vorgenommen, ohne eine formelle Indikation zu einem weiteren Vorgehen vorzufinden (wegen ausgedehnter Infiltration, Miliarkarcinose etc.). ROUX hat 14 Gastro-Entorostomien gemacht: 7 Mal Exitus in Folge der Operation, 7 Mal Heilung, wenn überhaupt von einer solchen die Rede sein kann. Auf Grund seiner Beobachtungen enpfiehlt der Vortragende bei dieser Operation die Oeffnung an der hinteren Magenwand anzubringen.

Hierauf berichtet der Vortragende über 5 Fälle von Gastrektomie bei Magenkrebs. Unter diesen 5 Fällen wurden 3 mit unerwartetem Erfolge operirt. In einem dieser geheilten Fälle handelte es sich um einen enormen Tumor der kleinen Curvatur mit Infiltration mehrerer Ganglien und bereits ergriffenem Pankreas. Die Operation gestaltete sich äusserst schwierig, endlich gelang es aber, das Duodenum an den Rest des Magens zu verbinden. Die ergriffenen Partien des Pankreas wurden mit dem Ferrum candens behandelt. Die Kranke verliess das Krankenhaus in dem Glauben, vollkommen geheilt zu sein. Der zweite Fall betrifft ein Carcinom der hinteren Magenwand, die an dem Colon transversum adherirte. Die Ablation war nur möglich durch gleichzeitige Resektion des Quercolon in einer Ausdehnung von 30 *cm*. Das rechte Schnittende des Darmes wurde auf das Colon descendens implantirt, während die linke Oeffnung rasch zugenäht wurde. Am 7. Tage nach der Operation ass die Patientn Beafsteak und Erdäpfel. Seither sind 11 Monate verflossen und die Operirte behauptet, sich vollkommen gesund zu fühlen. Der Vortragende zeigt der Versammlung die abgetragenen Magen- und Colonabschnitte. Der 3. Fall endlich betrifft eine Kranke, bei welcher in Folge einer neoplastischen Infiltration des Magens in der Nähe des Pylorus, dieser vollständig impermeabel geworden war. Es bestand hochgradige Kachexie und ein unlöschbarer Durst. Nachdem Redner 600 *gr* Salzwasser transfundirt hatte, exstirpirte er das Neoplasma. Vom nächsten Tage an konnte die Kranke ihren Durst stillen. Sie trank und ass und erlangte rasch ihre Kräfte wieder. Binnen 12 Tagen hatte sie um 9 *kg* Körpergewicht zugenommen.

In 2 Fällen hat der Vortragende die Pyloroplastik nach LORETA mit Erfolg ausgeführt. In 2 anderen Fällen von Pylorusstenose hat er dagegen, gleichfalls mit Erfolg, die longitudinale Incision und transversale Sutur ausgeführt. Endlich, in 1 Falle von Magenblutung, die von einem umschriebenen runden Geschwür herrührte, hat er die doppelte Ligatur der Arterie vorgenommen und die exulcerirte Partie excidirt. Die darauf angelegte Naht war von Erfolg gekrönt.

Prof. Doyen (Reims) bespricht die operative Behandlung der nicht carcinomätosen Magenaffektionen, bei welchen man eine dauernde Heilung erzielen kann. Um uns berechtigt zu halten — sagt Redner — in Fällen von nicht krebsigen Affektionen des Magens schwere operative Eingriffe vorzunehmen, wie die Pylorektomie und Gastroenterostomie, mussten wir nach einem Verfahren suchen, das die meisten Aussichten auf einen günstigen Ausgang bot. Die Sterblichkeit bei Pylorusresektionen weist noch bis heute 40—50 % auf. Wir haben nacheinander die Pylorektomie mit komplicirter Sutur des Magens und Duodenostomie, die Pyloroplastik, die Gastro-Enterostomie nach verschiedenen Methoden ausgeführt.

Es wird genügen, wenn hier das Verfahren geschildert wird, welches sowohl hinsichtlich der unmittelbaren Folgen als auch bezüglich der entfernten Resultate die besten Chancen bietet.

Nachdem Redner das anatomische Verhalten des Magens beschrieben, bemerkt er, wie es im Laufe der Operation fast unmöglich sei, sich über die vollständige Wegbarkeit der Duodenalschlinge Gewissheit zu verschaffen: das Beste sei, dieselbe von der Circulation des Speisebreies auszuschliessen.

Wir versuchen das Operationsverfahren DOYEN's kurz zu skizziren: 1. Medianschnitt unterhalb des Nabels. 2. Exploration des Magens, der Leber, des Colon, des Duodenum. 3. Ist ein weiteres Vorgehen angezeigt, dann Aufsuchen der ersten Jejunumschlinge; ein Faden wird durch ihr Mesenterium durchgezogen und das Darmstück hierauf reponirt. Entscheidung ob der Pylorus resecirt werden soll oder nicht. 4. Sorgfältige Untersuchung des Pylorus: besteht eine beträchtliche neoplastische oder narbige Verdichtung, oder sind die Adhärenzen weitreichend, dann darf an eine Exstirpation nicht gedacht werden, die, falls ein Carcinom besteht, illusorisch sein würde, und, im Falle des Vorhandenseins einer einfachen Narbe, die Operation unnützerweise erschweren würde. Ist das Neoplasma beweglich, dann schreitet man zu dessen Isolirung: man dochbohrt mit den Fingern das gastro-hepatische und das gastro-intestinale Epiploon; zwei gekrümmte Druckpinzetten werden unterhalb des Neoplasma auf das Duodenum applicirt, welches man zwischen den Angriffspunkten der beiden Pinzetten durchschneidet; das Duodenum wird mittelst Etagennaht verschlossen und in die Bauchhöhle zurückgelegt; behufs Ausführung der Ablation des Tumors wird der Magen provisorisch und zwar ebenfalls mittelst Etagennaht zugenäht. 5. Da nunmehr Duodenum und Magen in einen Blindsack endigen, wird die neue Magenöffnung angelegt; die erste Jejunumschlinge wird sammt dem grossen Netze aus der Bauchwunde herausgezogen; man führt Letzteres in die hintere Bauchhöhle ein, wo man es durch Naht an dem Magen und dem Colon fixirt. Die Jejunumschlinge wird an die Vorderwand des Magens plazirt und die Communication zwischen Magen und Jejunum hergestellt. Wenn nöthig wird dann der Pylorus resecirt. Besteht aber keine Indikation für die Ablation des Pylorus, so muss man ihn nichtsdestoweniger obliteriren, um eine vollkommene Funktionirung des gastro-intestinalen Orificiums zu erlangen. Die Obliteration des Pylorus geschieht nach 2 Verfahren: 1. Sektion des Magens entsprechend der Stenose, worauf Duodenum und Magen separat verschlossen werden, oder 2. Verschluss des nicht durchgeschnittenen Pylorus durch eine Reihe von Nähten an der Serosa, wodurch eine Einfaltung und Invagination einer gewissen Strecke der Magenschleimhaut in den alten Pylorusmund veranlasst wird.

Der Vortragende hat die hier kurz angedeutete Operation in 18 Fällen ausgeführt. In 11 Fällen (2 Carcinom, 9 einfache Stenosen des Pylorus oder des Duodenum) wurde die Gastro-Jejunostomie allein, in 7 Fällen (3 Carcinom, 4 einfache Stenosen) die Gastro-Jejunostomie und die Pylorektomie vorgenommen. In den meisten dieser Fälle war der erzielte therapeutische Erfolg ein ausgezeichneter.

(Schluss folgt.)

Aerztlicher Verein in Brünn.

Versammlung vom 20. März 1893.

Primarius Dr. BRENNER stellt zunächst einen Fall von Lungen-Syphilis vor.

Eine 43 Jahre alte gut genährte Frau, welche deutliche Zeichen einer tertiären Syphilis aufweist, als: Eingesunkensein des Nasenrückens, Ozaena, vollkommenen Defekt des weichen Gaumens, mehrfach ausgedehnte weissglänzende Hautnarben am Körper, kam mit sehr heftigem Husten und massenhaftem eitrig-schäumigem Auswurf zur Aufnahme. Die physikalische Untersuchung der Lunge ergab von vorne und hinten über der linken Lungenspitze Dämpfung und zahlreiche grossblasige, konsonirende Rasselgeräusche, über den übrigen Lungenpartien normalen Percussionsschall und rauhvesiculäres Athmen. Kein Fieber (37·0° C.), Leber und Milz etwas vergrössert, im Harne viele Phosphate, kein Eiweiss. Bei der unleugbar vorhandenen inveterirten Syphilis und bei dem Fehlen von Fieber (leider wurde es verabsäumt das Sputum auf Tuberkel-Bacillen zu untersuchen) lag die Vermuthung nahe, dass es sich auch in der Lunge um einen luetischen Prozess handle. Es wurde demnach der Frau Jodkali 1·5 pro die innerlich und nebstbei Inhalationen einer 2%igen Jodkalilösung verordnet. Schon nach 12 Tagen war das Sputum bedeutend reducirt, sehr wenig eitrig, die Rasselgeräusche stark vermindert, der Percussionsschall ungeändert; und jetzt nach vierwöchentlichem Gebrauche der antiluetischen Medication sind Husten und Auswurf vollkommen verschwunden und über der linken Lungenspitze nur ganz vereinzeltes Rasseln neben dumpfem bronchialem Athmen zu hören (Schallverhältnisse unverändert), während des ganzen Verlaufes waren keinerlei Nachtschweisse und kein Fieber (Temperatur schwankte zwischen 36·5 und 36·9) zu beobachten. Es ist also wohl erlaubt, in diesem Falle eine syphilitische Erkrankung der linken Lungenspitze in der Form der indurirenden chronischen Pneumonie anzunehmen.

Der zweite Fall betrifft ein grosses haemorrhagisches Pleura-Exsudat linkerseits, bei einem 37 Jahre alten, bisher immer vollständig gesunden, kräftigen und bis 3 Tage vor seiner Aufnahme ins Spital seiner Beschäftigung als Oberheizer in einer Zuckerfabrik nachgehenden Manne. Aus seiner Vorgeschichte ist ist nur hervorzuheben, dass er dem Potus ziemlich stark ergeben sei. Schon seit 3 Wochen klagte er über Stechen auf der rechten Brustseite, Hustenreiz und langsam zunehmende Kurzathmigkeit, in der letzten Zeit namentlich war wegen eintretender Dyspnöe das Liegen auf der rechten Seite nicht möglich. Bei der Aufnahme ergab die ganze linke Brustseite vollkommen leeren Percussionsschall, welcher auf der vorderen Brustseite oben bis zum rechten Sternalrand, von der dritten Rippe an noch einen Querfinger über denselben nach rechts reichte; das Athmungsgeräusch aufgehoben, nur hinten oben neben der Wirbelsäule Bronchialathmen. Die Herztöne sehr dumpf, Spitzenstoss nirgends zu fühlen, Puls 120, sehr klein, ungleich, grosse Dyspnöe, Resp. 28. Die Leber nicht vergrössert, die Milz mehr als handbreit über den Rippenbogen hervorragend, Temp. 37·5.

Die vorgenommene Probepunktion ergab zur grössten Ueberraschung ein rein hämorrhagisches Exsudat. Die schon vorbereitete Thoracocentese wurde daher unterlassen. Da aber die Dyspnöe in den nächsten Tagen immer stärker und der Puls elender wurde, so entschloss sich Vortragender doch nach 3 Tagen zur Paracentese. Es wurden dabei 2 Liter hämorrhagischen Exsudates entleert. Die Dämpfungsgrenzen rückten median bis zur Mittellinie und von oben bis zur 2. Rippe zurück, der Puls hob sich, wurde wieder regelmässig, 88; Patient konnte wieder schlafen; nur die Respirationsfrequenz blieb beharrlich auf 28; hinten neben der Wirbelsäule war das früher vorhandene Bronchialathmen bedeutend schwächer geworden. Patient konnte wieder auf dem Rücken liegen. Nach 8 Tagen war aber der alte Status quo ante Paracentesim wieder vorhanden. Es wurde nun abermals paracentesirt und 1½ Liter ganz gleich wie früher beschaffener Flüssigkeit entleert. Hierauf traten wieder dieselben Verhältnisse wie nach der ersten Punction auf und diese erhielten sich bis auf den heutigen Tag, d. i. also jetzt schon durch 14 Tage. Die Temperatur war während des ganzen Spitalsaufenthaltes (bis jetzt 4 Wochen), ein einziges Mal Abends auf 38·0 gestiegen, sonst fast durchwegs unter 37·0; im Harne nie Eiweiss, Appetit mässig, sehr wenig trockener Husten, kein Auswurf. In den letzten Tagen traten an verschiedenen Stellen der Haut ganz kleine, punktförmige Blutaustritte auf, an zwei Stellen auch etwas grössere grüngelb gefärbte Sugillationen. Schleimhäute und Zahnfleisch blieben normal.

Es entsteht nun die Frage, woher stammt der hämorrhagische Charakter dieses Exsudates. Ein einfacher Haemothorax ist ausgeschlossen; es fehlt jede Grundlage dafür. Tuberkulose oder Carcinose der Pleura können unmöglich vorliegen, es sind gar keine Anzeichen einer solchen Erkrankung irgendwie nachzuweisen. Man muss daher daran denken, ob es sich nicht um eine hämorrhagische Diathese hier handelt, wie z. B. beim Skorbut und dafür scheinen auch die nachträglich auftretenden Hauterscheinungen zu sprechen; es ist aber auch denkbar, dass diese haemorrhagische Diathese auf den Potus zurückzuführen ist und dass die ursprünglich einfache seröse Pleuritis dadurch, dass Patient seiner schweren Beschäftigung weiter nachging, bei der vorhandenen Neigung zu Blutungen zu

einer hämorrhagischen wurde. Diese letztere Annahme scheint dem Vortragenden die richtigere zu sein, weil doch für eine skorbutische Erkrankung der Verlauf nicht zu sprechen scheint und die jetzt erst auftretenden Hauthämorrhagien sich auf dasselbe ursächliche Moment, die Säuferdyskrasie, unschwer zurückführen lassen.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Der venerische Katarrh, dessen Pathologie und Therapie.

Von **Professor Dr. Eduard Lang.**

Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

Mit dem Erscheinen des vorliegenden Buches, ist des hervorragenden Fachmannes umfassendes Werk über die venerischen Krankheiten, dessen erster die Syphilis behandelnder Theil bereits im Jahre 1886 erschienen war, seiner Vollendung zugeführt worden. Die gesonderte Bearbeitung der einzelnen Abschnitte, die ursprünglich nur der Absicht des Autors dienen sollte, seinen Standpunkt als Anhänger der Dualitätslehre auch äusserlich in markanter Weise zu dokumentiren, ist namentlich diesem letzterschienen der Gonorrhoe gewidmeten Theile besonders zu Gute gekommen, indem er noch dem heutigen Stande der Lehre von der Gonorrhoe, die namentlich in ätiologischer und pathologischer Hinsicht unter allen venerischen Affektionen eben in den letzten Jahren die meiste Förderung erfahren hat, gerecht werden konnte. Aus dem reichen Schatze seines persönlichen Erfahrungswissens schöpfend und gestützt auf eigene Forschung entwirft Verfasser eine meisterhafte Schilderung des gonorrhoischen Prozesses, die sich durch klare, umfassende Darstellung, Uebersichtlichkeit und Mangel einer jeden Langathmigkeit auszeichnet und das Buch zu einer der vorzüglichsten Bearbeitungen des Gegenstandes stempelt, aus dessen fesselnder Lekture der Fachmann Anregung, der Praktiker Rath und Belehrung schöpfen wird.

Nach einigen einleitenden, geschichtlichen Angaben über die im Laufe der Jahrhunderte oft gewechselte Auffassung der Blennorrhoe gewidmeten Vorlesung, wird zunächst die Aetiologie und zwar vom modernsten bakteriologischen Standpunkte aus erörtert; als für reine Gonokokken-Metastase beweisend ist ein Fall angegeben bei dem, aus einem, im Verlaufe einer akuten Urethritis am linken Handgelenk entstandenen Abscesse mittelst WERTHEIM'schen Verfahren eine Gonokokken-Reinkultur zu züchten war.

Der speziellen Erörterung der Erscheinungen geht eine Besprechung der Präputialaffektionen voran; bei Phimosis, mag diese angeboren oder erworbene sein, hält Verfasser die operative Behandlung für das rationellste Verfahren. Die Symptomatologie des Katarrhs der männlichen Harnwege und ihrer Drüsen, bildet den Inhalt der folgenden zwei Vorlesungen. Statt der zwei Gläser-Probe wendet Verfasser eine drei Gläser-Probe an — ohne jedoch der Untersuchungsart eine absolute Beweiskraft zuzusprechen — die Trübung der 3. Portion lässt auf Blasen- oder Blasenhalskatarrh schliessen.

Die oft angezeigte endoskopische Exploration wird mittelst GRÜNFELD'schem Endoskop ausgeführt und empfiehlt Verfasser als Lichtquelle den von ihm angegebenen elektrischen Beleuchtungstrichter, der durch höchst einfache Handhabung und gleichmässige Beleuchtung selbst den minder Geübten sich ohne Schwierigkeit zurechtfinden lässt und mit dessen Hilfe sich alle endourethralen Eingriffe leicht ausführen lassen. Von der gonorrhoischen Sekretion zu unterscheiden ist die bei Urethritis herpetica, Papillom, venerischen Geschwür, syphilitischer Initialmanifestation und Tuberkulose der Urethra. Ein nächster Abschnitt handelt von den komplikatorischen Erkrankungen der Samenwege, sowie den Peri- und Paraurethralaffektionen, von letzteren unterscheidet LANG eine Paraurethritis glandalis und eine parapräputialis, worunter die Gonorrhoe jener, wahrscheinlich präformirten 1—2 *cm* langen in der Urethralwand und im Präputium verlaufenden Gänge zu verstehen ist, die an der Seite des Ostium, respektive am Bändchen mit punktförmiger Oeffnung ausmünden; eine ähnliche Affektion beim Weibe bezieht sich auf die gonorrhische Erkrankung jener sich am Orificium urethrae oft vorfindenden Krypten, die Verfasser als SINGER'sche Schläuche bezeichnet, die Hartnäckigkeit des katarrhalischen Zustandes dieser Gänge kann den Arzt zur Verzweiflung treiben, die Zerstörung derselben ist am verlässlichsten. An das Kapitel über die weibliche Gonorrhoe schliesst sich die Besprechung der Begleitaffektionen der Gonorrhoe, der Neuralgien, der Gelenks-, Herz- und Muskel-Affektionen, ferner der extragenitalen Schleimhauterkrankungen, der Gonorrhoe im Kindesalter und der venerischen Papillome an. Die Arthropathien können sowohl durch Gonokokken als auch durch andere Keime (Staphylococcus aureus HOFFA) bedingt sein, die von der Urethralschleimhaut in die Blutbahn und so in die Gelenke gelangen sollen. Eingehende Besprechung erfahren die Strikturen des Rektums als Folge der Rektalblennorrhoe, die Urethritis der Knaben und Vulvo-vaginitis kleiner Mädchen, die gonorrhischer Natur sind. Statt des Ausdruckes «spitze Condylome» bedient sich Verfasser für die in Rede stehenden Auswüchse der Bezeichnung «venerisches Papillom», welche sowohl vom klinischen wie pathologischen Standpunkte korrekt und allgemein verständlich ist.

In den letzten der Therapie gewidmeten Abschnitten bespricht Verfasser die Behandlungsmethoden, die sich ihm am wirksamsten erwiesen haben, prophylaktische und Abortivbehandlung nicht zu spät eingeleitet (Injektion von Arg. nitric. 1—5%) kann zum Ziele führen. Den besten Erfolge erzielen bei akuter Urethritis, Urethralinjektionen von Argent. nitric. 1—3% 1 mal täglich, bei Urethrocystitis Injektion von 20 *gr* $^1/_4$—1% Argent. nitric. in die leere Blase 1 mal täglich. Die Besorgniss, dass durch Anwendung starker Solutionen im Frühstadium, die Entwicklung von Strikturen begünstigt werden könnte, theilt Verfasser nicht. Die Ursache für Strikturen ist in dem Charakter des blennorrhoischen Entzündungsproduktes gelegen, das den Ausgang in Schrumpfung nimmt; Beweis dessen die blennorrhoischen Rektalstrikturen, für deren Zustandekommen starke Injektionen gewiss nicht zu beschuldigen sind. Bei präprostatischen und Prostataabscessen erweist sich die DITTEL'sche prärektale Incision vom Perineum aus nach Ablösung der vorderen Mastdarmwand von besonderem Vortheile, weil hiebei vollkommen aseptisches Verfahren möglich ist. Gegen Epididymitis erweist sich die ruhige und sichere Lagerung der kranken Epididymis als die zweckmässigste Behandlung. Zur Fixation des kranken Organs gibt Verfasser — den Stadien des Prozesses entsprechend — drei verschieden grosse Suspensorien-Modelle an. Nach denselben Prinzipien wird die Gonorrhoe des Weibes behandelt.

Den Schluss bilden 94 Ordinationsformeln, die dem Praktiker eine willkommene Beigabe sein dürften. Das Buch vornehm auszustatten war die bekannte Verlagsfirma bestens bemüht. *N.*

Der Diabetes mellitus,

auf Grundlage zahlreicher Beobachtungen dargestellt von **Dr. J. Seegen**

ö. a. Professor der Medizin an der Wiener Universität.

Dritte, umgearbeitete und vermehrte Auflage.

Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Der Name des Verfassers vorliegenden Werkes ist zu bekannt und anerkannt, als dass es nöthig wäre, der dritten Auflage seines Buches ein Empfehlungsschreiben mit auf den Weg zu geben. Seit 36 Jahren beschäftigt sich SEEGEN mit Vorliebe mit dem Studium des Diabetes und hat derselbe in der langen Zeit so manche bemerkenswerthe Arbeiten über diese Krankheit veröffentlicht. Die zweite Auflage des Werkes erschien im Jahre 1875. In diese lange Pause fallen SEEGEN's eigene physiologischen Arbeiten über Zuckerbildung im Thierkörper. Bei Abfassung der zweiten Auflage stand noch SEEGEN ganz auf dem Standpunkte PAVY's, welcher die Zuckerbildung in der Leber als eine postmortale Erscheinung ansah. Heute bekennt sich SEEGEN als Anhänger BERNARD's, welcher die Zuckerbildung als eine normale Funktion der Leber ansieht. Während aber BERNARD glaubt, dass das Glycogen das Material für die Zuckerbildung abgibt, weist SEEGEN nach, dass der Leberzucker aus Eiweisskörpern und aus Fett entstehe, dass das Blut aller Gefässprovinzen 0·3—0·2 Perzent Zucker enthalte und dass dieser

Zuckergehalt selbst bis zum Inanitionstode vorhanden sei. SEEGEN weist auch ferner nach, dass beim Menschen viele Hunderte von Grammen Zucker täglich aus der Leber in die Cirkulation gelangen, dass für die Bildung dieser Zuckermenge ein grosser Theil des Nahrungsmateriales verwendet wird, und dass der Blutzucker die Kraftquelle für Wärmebildung und Arbeitsleistung ist. Es kommt sehr selten vor, dass eine monographische Arbeit mehrere Auflagen erlebt, wie das hier kurz besprochene Werk; dieser Umstand allein spricht für dessen Bedeutung. *D. L.*

Zeitungsschau.

Charcot (Paris): **Der heilende Glaube.** — (Der Irrenfreund 1892, Nr. 11 und 12.)

Unter dem Titel: The faith-healing veröffentlichte die in London erscheinende New Review in ihrer Nummer vom 1. Dezember 1892 einen bemerkenswerthen Aufsatz CHARCOT's, den wir wegen seines fesselnden Inhalts und wegen der gewichtigen Persönlichkeit des Autors den Lesern dieses Blattes in deutschem Gewande vorführen; der Uebertragung ist die französische Uebersetzung der geistvollen Studie in der Revue hebdomadaire vom 3. Dezember 1892 zu Grunde gelegt.

Die Frage nach der heilenden Kraft des Glaubens interessirt jeden Arzt: ist doch der Zweck der Medizin, Kranke zu heilen und ohne Unterschied muss der Arzt jedes Mittel anwenden, von dem sich ein Erfolg erwarten lässt. Eigentlich ist der Glaube das ideale Mittel, denn er bewirkt oft dann noch Heilung, wenn alle anderen versagt haben. Desswegen habe ich mich seit langen Jahren mit dem Mechanismus der Heilung durch den Glauben beschäftigt.

In der langen Praxis, die hinter mir liegt, habe ich manche Fälle gesehen, die durch den heilenden Glauben gesund geworden sind, durch ein «Wunder», wie man zu sagen pflegt; doch jedes therapeutische Wunder hat seine Erklärung und die Gesetze, die seine Entstehung und Entwicklung beherrschen, werden uns nach und nach bekannt; und das ist ein Glück für die uns anvertrauten Kranken, da wir mehr und mehr die gewaltige Hilfe des Glaubens bei ihrer Behandlung ihnen zukommen lassen können. Die Elemente des Wunders muss man studiren und dann wird man zu dem Schlusse kommen, dass manche wunderbare Heilungen, die angeblich durch ein übernatürliches Wunder herbeigeführt worden sind, auf ganz natürliche Weise entstanden sind. Zwei Faktoren sind zum Entstehen einer Heilung durch ein Wunder nothwendig, einmal eine spezielle geistige Verfassung des Kranken, das Vertrauen, die Leichtgläubigkeit, die Suggestibilität, wie wir heute sagen, dann aber eine bestimmte Krankheit; denn die Domaine der Heilkraft des Glaubens ist klein: sie wirkt nur bei den Leiden, deren Heilung keiner Intervention bedarf ausser der, welche der Geist auf den Körper ausübt. Die Heilkraft des Glaubens kann diese Grenze niemals überschreiten: nie hat man davon gehört, dass durch ein «Wunder» einem Amputirten eine neue Extremität gewachsen wäre, zu Hunderten aber werden die Fälle von geheilten Lähmungen berichtet; sie alle gehören zu der Klasse jener Paralysen, die REYNOLDS «dependant on idea» genannt hat. Aber von unverdächtigen und sachkundigen Beobachtern sind auch Wunder-Heilungen von Geschwülsten und Geschwüren sicher konstatirt worden; ich gebe das ohne Weiteres zu, glaube aber, dass diese Affektionen dann nicht organisch bedingt gewesen sind, sondern ebenfalls einer Vorstellung ihre Entstehung verdankt haben. Einst wurde die schnelle Heilung von Krämpfen und Lähmungen als ein «Wunder», das der Glaube gewirkt hat, betrachtet; heute wissen wir, dass eine Menge solcher Zustände hysterischer Natur sind und damit fällt das Uebernatürliche des Wunders weg. Wenn man nun nachweisen kann, dass auch die Geschwülste und Geschwüre, deren schnelle Heilung durchaus ein Wunder sein soll, hysterischer Natur sind, wo bleibt dann das Mirakel? Die Heilkraft des Glaubens zeigt sich am liebsten und am meisten an Wallfahrts-Orten und zu allen Zeiten hat es Wunderthäter gegeben von Simon dem Magier an bis zum Fürsten von Hohenlohe im Anfang unseres Jahrhunderts. Diese Wundermänner, die oft Geistliche waren, gründeten heilige Stätten, und an ihren Gräbern traten noch mehr Wunderheilungen ein, als sie im Leben verrichtet hatten. Es ist sehr bemerkenswerth, dass manche dieser Wunderthäter an derselben Krankheit gelitten hatten, die sie später heilten: So waren Franziskus von Assissi und die heilige Therese, in deren heiligen Stätten die meisten Wunderheilungen eintraten, selbst sicher hysterisch. Es ist charakteristisch, dass die Sanctuarien, in denen sich die Wunder abspielten, von den ältesten Zeiten der Geschichte bis auf unsere Zeit sich ziemlich gleich geblieben sind; unter den verschiedensten Civilisationen, unter den verschiedensten Religionen sind die äusseren Bedingungen des Wunders fast identisch geblieben. Auch die Art und Weise, wie die Heilkraft des Glaubens ins Werk gesetzt wird, ist zu allen Zeiten und unter allen Breiten bei Heiden, Christen und Mohamedanern gleich geblieben: nur das Bild des heilenden Gottes ist verschieden.

Die Heilkraft des Glaubens tritt im Allgemeinen nicht spontan in ihrer ganzen Stärke ein. Ein Kranker hört davon, dass in dem und dem Gnadenorte Heilungen durch Wunder vorkommen: Sehr selten nur begibt er sich sofort dahin. Eine Fülle von Schwierigkeiten bereiten seinem Ortswechsel ein wenigstens zeitweise vorhandenes Hinderniss; für einen Gelähmten oder einen Blinden ist eine Reise niemals angenehm, wie auch seine Verhältnisse sein mögen. Er frägt seine Umgebung und hört Einzelheiten über die grossartigen Erfolge einer Wallfahrt nach dem Wunderorte; wenn der behandelnde Arzt den Mittheilungen der Angehörigen und dem Wunsche des Kranken, dahin zu reisen, widerspricht, so steigert er dadurch nur den Glauben seines Patienten an die Möglichkeit einer Wunder-Heilung. Langsam bereitet sich nun in dem Kranken die Stimmung vor, die den Eintritt der Heilkraft des Glaubens begünstigt; die Wallfahrt, die ihn heilen werde, beschäftigt ihn fortwährend. Die Armen betteln sich das Reisegeld zusammen und die Reichen vertheilen Almosen, um sich den Himmel günstig zu stimmen; beide aber beten mit Inbrunst um ihre Heilung. Unter solchen Umständen beinflusst natürlich der geistige Zustand den körperlichen sehr stark, die Reise wird unternommen, der Kranke kommt körperlich übermüdet, geistig in hohem Grade suggestibel an (BARWELL sagt: Wenn der Geist des Kranken durch die feste Ueberzeugung, er wird gesund werden, beherrscht wird, so wird er gesund), nun eine Waschung in der heiligen Quelle, ein nochmals inbrünstiges Beten, die Wirkung der auf die Sinne berechneten Kultus-Einrichtungen und die Heilkraft des Glaubens tritt ein, das «Wunder» geschieht.

Bei welchen Kranken tritt nun das «Wunder» hauptsächlich ein?

Es existiren Abbildungen aus früheren Jahrhunderten, welche solche Heilungen darstellen: die Patienten litten anscheinend meist an Krämpfen, deren hysterische Natur wir annehmen dürfen. Im dreizehnten Jahrhundert war das Grab des heiligen Ludwig ein sehr besuchter Wallfahrtsort und zahlreiche Wunder geschahen dort: Nach LITTRÉ handelte es sich in der Mehrzahl der geheilten Fälle um hysterische Kontrakturen. Im achzehnten Jahrhundert entstand das Buch des CARRÉ de MONTGERON, das mit seiner Fülle von Abbildungen, die Wunder-Heilungen nach der Natur gezeichnet darstellen, eine wahre Fundgrube für den Forscher ist: Lähmungen und Kontrakturen, Tumoren und Ulcerationen der Haut werden, wie wir aus diesem Buche ersehen, durch das heilige Wasser, kurz durch ein Wunder geheilt. Die wunderbare Heilung des Fräulein Coirin wollen wir an der Hand jenes Autors näher betrachten.

Im September 1716 fiel das 31 Jahre alte Fräulein Coirin kurz nacheinander zwei Mal vom Pferde; beim zweiten Male «fiel sie mit der linken Hälfte des Leibes auf einen Haufen Steine und hatte dabei so heftigen Schmerz, dass sie ohnmächtig wurde.» Nach 40 Tagen trat Blutbrechen ein, das häufig wiederkehrte und von «Schwäche» begleitet war. Als man ihr 3 Monate nach dem Sturze eines Tages einen Umschlag auf den Leib machen wollte, bemerkte man, dass die linke Brust sehr hart, geschwollen und bläulich verfärbt war; die Geschwulst ging bis zur Achselhöhle und unter der vom Arzte verordneten Behandlung mit Cataplasmen entleerte sich eine erhebliche Menge Blut; doch wurde die Brust immer härter und die Schmerzen stärker. Man hielt die Geschwulst natürlich für Krebs. Nach 3 Jahren (1719), so berichtet der Autor weiter, entstand eine kleine Eiteröffnung unter der linken Mamma; sie vergrösserte sich

schnell und die Warze «zerfiel in Eiter und wurde abgestossen»; aus der Oeffnung, die an ihrer Stelle entstand, entleerte sich beständig übel riechende Flüssigkeit. 1720 wurde die Amputation der Brustdrüse vorgeschlagen, aber von der Mutter der Patientin abgelehnt, da nach Ansicht der Aerzte eine Heilung ausgeschlossen und die Operation nur ein Palliativ-Mittel sei.

Seit 1718 war die Kranke linksseitig völlig gelähmt; «Oberschenkel und Fuss zogen sich zurück, so dass unter der linken Hüfte ein Loch entstand, gross genug, die Faust hineinzulegen und da die Nerven sich auch zurückgezogen hatten, schien das kranke Bein beträchtlich verkürzt zu sein.»

Am 9. August 1731 wendet sich die Patientin an eine fromme Frau und gibt ihr den Auftrag, für sie ein Gebet am Grabe des heiligen Franziskus von Paris zu sprechen, mit einem Hemde das Grab zu berühren und ihr Erde von der geheiligten Stätte mitzubringen. Am nächsten Morgen geht die fromme Frau zu jenem Grabe und am Abend des dritten Tages hatte die Kranke kaum das Hemd, das mit dem heiligen Grabe in Berührung gewesen war, angezogen, als sie sofort die wunderthätige Wirkung fühlte; sie konnte, obwohl sie bisher wegen ihrer Lähmung stets auf dem Rücken liegen musste, sich im Bette herumdrehen.» Tags darauf wird die heilige Erde auf den «Krebs» gelegt und alsbald bemerkt sie mit Staunen, dass das tiefe Loch in der Brust, woraus seit 12 Jahren unaufhörlich ein übelrichender Eiter floss, trocken wurde und sich zu schliessen und zu heilen begann.» In der nächsten Nacht — ein neues Wunder: «Die gelähmten Glieder, die seit langen mit ihrer eisigen Kälte, ihrem bleichen Aussehen und ihrer entstellenden Verkürzung wie Glieder eines Todten aussahen, beleben sich langsam; schon hat der Wärme und Bewegungsfähigkeit wieder erlangt; das verkürzte Bein verlängert sich, die Höhle unter der Hüfte verschwindet, die Kranke kann sich allein erheben, und auf dem solange gelähmten Beine stehen, sie kann ihren Arm gebrauchen, sich selbst anziehen und die Haare ordnen.» Das Wunder war eingtreten, indessen dauerte die völlige Vernarbung der Brust bis zum Ende des Monates, also noch 15 Tage und erst 5 Tage nachher konnte sie allein in den Wagen steigen.

Ich muss gestehen, dass die Erklärung dieser Wunderheilnng noch vor 10 Jahren Schwierigkeiten bereitet hätte; die hysterische Natur des Blutbrechens und der Lähmung wäre mir auch damals uuzweifelhaft gewesen, aber die Lähmung der erwähnten Patientin ging mit Atrophie einher, war also doch wohl organischer Natur! Nein, durchaus nicht! Wir wissen heute ganz genau, dass Muskelatrophie recht häufig hysterische Lähmungen unn Kontrakturen begleitet und es sind mehr als 20 solche Fälle schon in der Literatur bekannt geworden. Aber, kann man einwenden, wie verhält es sich mit dem Brustkrebs? Auch er ist eine hysterische Affektion natürlich darf man den Ausdruck «Krebs» nicht in dem Sinne moderner Histologie auffassen; aber lange andauernde Ulcerationen der Haut sind bei der Hysterie nicht selten, wie wir es bei Franz von Assissi und bei Louise Lateau berichtet sehen.

Unser Fräulein Coirin hatte an der Brust ein hysterisches Oedem, eine Affektion, die zuerst der berühmte SYDENHAM beschrieben hat und die ich blaues Oedem genannt habe und wir aus den Studien von Prof. RENAUT in Lyon, dass dieses hysterische Oedem, wenn es zu einer grösseren Entwicklung gelangt ist, Hautgangrän bewirken kann; letztere setzt Schorfe und wenn sie abgestossen werden, bleiben grosse Geschwürsflächen zurück.

Der amerikanische Nervenarzt FOWLER schildert im Medical Record 1890 acht ähnliche Fälle; bei seinen Patientinnen waren in der Brust solitäre oder multiple Geschwülste zu konstatiren, die theilweise über hühnereigross waren. Mehrere dieser Kranken hatten berühmte Chirurgen konsultirt, die an organische Neubildungen dachten und Amputation der Brust vorschlugen; FOWLER behandelte diese Kranken, die sammt und sonders an Hysterie litten, im Wesentlichen psychisch und die Tumoren verschwanden. Wenn diese Frauen mit der Diagnose der Chirurgen zu einem Wallfahrtsort gegangen und dort geheilt worden wären, dann hätte man von einem grossen Wunder gesprochen!

Solche Fälle beweisen, dass auch die Heilkraft des Glaubens unter natürlichen Gesetzen steht. Geht man tiefer auf diese Dinge ein, so kann man konstatiren, dass die «plötzliche» Heilung, die bei den Wundern vorkommen soll und die in der That unerklärlich wäre, eigentlich nicht existirt. Bei der hysterischen Kontraktur zum Beispiel hört in Folge der Heilkraft des Glaubens oder des Vertrauens auf den Arzt oder der Suggestion im wachen oder hypnotischen Zustand die Rigidität auf und die Muskeln sind in der geeigneten Verfassung, wieder in Thätigkeit zu treten; doch wird man in den nächsten Tagen bei aufmerksamer Untersuchung in der betreffenden Extremität immer noch Störungen der Sensibilität und Steigerung der Sehnenreflexe nachweisen können: Es ist ein physiologisches Gesetz, dass diese Phänomene nicht sofort verschwinden und solange sie bestehen, ist ein Recidiv der Paralyse oder der Kontraktur zu befürchten. An Wunderorten untersucht man die Sehnenreflexe nicht, aber ich habe bei Kranken, die in Gnadenorten geheilt worden waren, die soeben erwähnten Erscheinungen gerade so gut konstatiren können, wie bei Patienten, die im Krankenhaus gesund geworden waren.

Bei Fräulein Coirin verschwand das Oedem sofort, nachdem sie das geweihte Hemd angezogen hatte; das ist bei der Schnelligkeit, mit den Circulations-Störungen eintreten und verschwinden können, ohne weiteres verständlich. Durch das Aufhören des Oedems wurde die Ernährung der Gewebe wieder gut und die Wunde konnte nun nach den allbekannten Gesetzen der Wundheilung heilen: aber bis zur völligen Vernarbung vergeht stets eine gewisse Zeit und auch bei Frl. Coirin war, wie ausdrücklich berichtet wird, die Vernarbung erst nach 14 Tagen beendet.

Eine Kontraktur, eine Lähmung kann plötzlich auftreten und vergehen; es ist bekannt, dass ein heftiger Schreck uns am Boden festnagelt, ohne dass wir ein Glied rühren können; wenn der motorische Einfluss des Gehirns wieder hergestellt ist, können wir ohne weiteres weiter gehen. Sind aber während dieser Zeit der Lähmung die Muskeln atrophirt, so wird die betreffende Extremität ihre Kraft und ihren Umfang erst dann wieder gewinnen, wenn die zu Grunde gegangenen Muskelfasern regenerirt sind und das dauert eine gewisse Zeit: Erst 20 Tage nach ihrer «plötzlichen» Heilung konnte Frl. Coirin allein den Wagen steigen.

Am 10. Juli 1730, am dritten Tage seines angelobten neuntägigen Gebetes am Grabe des heiligen Pâris, wurde ein gewisser Sergent von einer rechtsseitigen Contraktur mit Atrophie geheilt; doch, so fährt der Gewährsmann CARRÉ fort, rechte Hand und Bein wurden nicht sofort wieder dick und stark, wie früher sondern bekamen nur die Fleischfarbe gleich wieder; auch hier handelte es sich um das blaue Oedem der Hysterischen, das durch ein «Wunder» beseitigt wurde, während die Muskelatrophie nur nach den Gesetzen der Regeneration ausheilen konnte.

Ich spreche über alle diese Dinge einigermassen aus Erfahrung: ich selbst habe eine Menge Kranker, denen ich selbst nicht die Heilkraft des Glaubens einflössen konnte, nach Wallfahrtsorten geschickt und bei ihrer Rückkehr die Geheilten untersucht: Die sensiblen Störungen bestanden immer noch einige Zeit nach der Heilung der Lähmung und der Contractur.

Damit die Heilkraft des Glaubens eintritt, so schliesse ich, muss der Kranke und die Krankheit geeignet sein: Hysterische besitzen zur Wirksamkeit dieser Heilkraft einen hervorragend geeigneten geistigen Zustand, da sie in hohem Grade suggestibel sind; ob die Suggestion durch äusseren Einfluss ausgeübt wird, oder ob sie aus sich selbst die mächtigen Autosuggestionen schöpfen, ist gleichgiltig. Bei diesen Kranken ist der Einfluss des Geistes auf den Körper so stark, dass er Krankheiten heilen kann, die die Unkenntniss der medizinischen Wissenschaft noch vor kurzer Zeit als unheilbare bezeichnete. Das sind vor allen Dingen die trophischen Störungen hysterischer Natur: Muskelatrophie, Oedeme, Tumoren mit Ulcerationen. Wenn man also von der plötzlichen Wunderheilung eines Brustkrebses hört, so erinnere man sich an Fräulein Coirin und die Erfahrungen des Dr. FOWLER.

Dürfen wir nun behaupten, dass uns das gesammte Gebiet der Heilkraft des Glaubens schon bekannt ist? Nein! Denn jeder wissenschaftliche Fortschritt engt jenes Gebiet ferner ein. Heute gilt aber noch das Wort HAMLET's:

Es gibt mehr Dinge zwischen Himmel und Erden,
Als Eure Schulweisheit sich träumen lässt.

L. Oser: Experimentelle Beiträge zur Innervation des Magens. (Centralbl. f. klin. Medizin Nr. 17, 1893).

I. Zur Innervation des Pylorus.

Verfasser hatte im Jahre 1884 durch Versuche festgestellt, dass der Vagus den Pylorusring verengert und der Splanchnicus denselben erweitert. Die damaligen Versuche, welche mittelst der sogenannten myographischen Zange angestellt wurden, waren in so fern nicht ganz einwandsfrei, als sich ununterbrochen ein Fremdkörper im Pylorus befand. Verfasser hat desshalb einen anderen Weg eingeschlagen, bei dem die physiologischen Bedingungen vollständig erfüllt werden.

Verfasser kam hierbei zu folgenden Ergebnissen:

1. Sowohl bei intakten als bei durchschnittenen Nerven bestehen spontane Magenbewegungen, die ohne bestimmten Rhythmus verlaufen. Mitunter findet man Thiere, deren Magen in vollständiger Ruhe verharrt.

2. Die Vagusreizung bewirkt eine starke, den Reiz nicht wesentlich überdauernde Kontraktion und darauf folgende Erweiterung, die eine kurze Zeit andauert. Die Vagusreizung hemmt nicht den Verlauf der vor derselben bestehenden Peristaltik des Magens.

3. Die Splanchnicusreizung verursacht eine sehr schwache Kontraktion, aber eine den Reiz lang überdauernde Erweiterung des Magens. Der Ablauf der vor der Splanchnicusreizung bestehenden spontanen Bewegungen wird gehemmt. Als Nachwirkung der Splanchnicusreizung entwickelt sich häufig eine gesteigerte Peristaltik, die viel lebhafter ist als vor der Reizung.

Die als Nachwirkung der Splanchnicusreizung eintretende gesteigerte Peristaltik kann durch Splanchnicusreizung gehemmt werden.

4. Bei gleichzeitiger Vagus- und Splanchnicusreizung tritt zu Beginn der motorische Effekt der Vagusreizung ein. Es wird aber durch dieselbe nicht die Wirkungsweise der Splanchnicusreizung in ihrem weiteren Ablaufe verändert. Während der durch die Splanchnicusreizung bewirkten Magenruhe ist die Vagusreizung mehr oder weniger unwirksam, es steigert sich der Effekt derselben, je später die Vagusreizung nach der Splanchnicusreizung ausgeführt wird. Die Vagusreizung ist im Stande, die als Nachwirkung der Splanchnicusreizung entstehende lebhafte Peristaltik zu hemmen.

5. Der Vagus sowohl als der Splanchnicus wirken unmittelbar während und nach der Reizung im motorischen und hemmenden Sinn, nur ist das Verhältniss zwischen der motorischen und hemmenden Wirkung beider Nerven ein verschiedenes; d. h. es überwiegt bei dem Vagus die motorische, bei dem Splanchnicus die hemmende Funktion. Die Vagusreizung überdauert den Reiz nur sehr kurze Zeit, während die Splanchnicuswirkung sich erst im vollen Masse nach der Reizung und zwar in doppelter Weise entwickelt, zunächst als Hemmung, dann als lebhafte Peristaltik.

Lennox Brown: Diphtherische Lähmung. (Journ. of laryngol. — Centralblatt für Chirurgie. Nr. 18, 1893.)

Eine 45jährige Frau, welche an einer Gaumenlähmung und gleichzeitigen Akkomodationsstörung litt, gab an, dass sie drei Wochen vor dem Auftreten der Lähmungserscheinungen nach einer starken Erkältung eines Tages beim Schnäuzen aus der rechten Nasenhöhle eine membranöse graugelbe Röhre unter leichter Blutung hervorgebracht habe. Brown zweifelt nicht, dass es sich hier um eine diphtherische Rhinitis gehandelt habe, welche weder lokale, noch allgemeine Erscheinungen im bemerkenswerthen Grunde gemacht hatte, bis die auftretenden Lähmungen für die Natur der Erkrankung sprachen.

P. Hackenbruch: Ueber die interstitielle Myositis und deren Folgezustand, die sogenannte rheumatische Muskelschwiele. (Centralbl. f. Chirurgie Nr. 16, 1893).

Nach Hackenbruch fällt für die Diagnose in Betracht das subakute Auftreten, lebhafte reissende Schmerzen, Druckempfindlichkeit der indurirten Muskeln und Kontrakturen; ist die Schwiele ausgebildet, so finden sich die Muskeln verbacken, die Gelenke kontrakt, Fehlen von Fluktuation, herabgesetzte elektro-muskuläre Erregbarkeit und herabgesetzte Sehnenreflexe, Sensibilitätsstörungen der Haut, derbe Infiltration derselben, spontan auftretende reissende Schmerzen. Die mikroskopische Untersuchung, die in einem Falle aus der Bonner Klinik aufs sorgfältigste durchgeführt wurde, zeigte, dass der Entzündungsprozess, in den Lymphbahnen und den kleinen Venen beginnend, zu einer Wucherung von gefässhaltigem Bindegewebe geführt hat, das sekundär die Muskulatur zur Atrophie gebracht hat; auch die kleinsten Arterien waren mitergriffen.

Als Ursache der besagten Affektion dürfte nach Hackenbruch die Annahme die grösste Wahrscheinlichkeit besitzen, dass es sich um einen durch ein organisches Virus erzeugten entzündlichen Prozess handelt. Bakteriologische Untersuchungen, die allerdings nur im frühen Stadium der Krankheit Erfolg versprechen, stehen noch aus.

Standesfragen und Korrespondenz.

Professor Johann Schnitzler.

Mitten in der Höhe eines Schaffens, das, wie selten eines, reich war an Erfolgen, die sich durch ihren unläugbaren Werth, durch ihre für Jedermann kenntliche Bedeutung, Anerkennung erzwangen, warf ihn ein unerbittliches Geschick nieder, in einem Augenblicke, da er mit berechtigt stolzem Bewusstsein sagen konnte: Die Hauptschlacht ist gewonnen, ich habe das Meinige gethan.

Könnte ich mich in die reine Sphäre des historischen Gedenkens erheben, ich müsste sagen: es war ein schöner Tod, der Heldentod eines Kriegers, um den die Aureole des Ruhmes schwebt.

Fünfunddreissig Jahre sind es, dass wir uns kennen lernten. Wenn auch jung, so stand er mitten im Kampfe ums Dasein. Denn sein ganzes Erbtheil war ein klarer Kopf, ein reger Geist und ein fester zielbewusster Wille. Dazu kam ein praktischer, stets auf das Erreichbare gerichteter Sinn, der sich nie in hoffnungslosen Träumen wiegte, und ein unermüdlicher Fleiss.

All' diese Eigenschaften besass schon der 23jährige Schnitzler. Damals also war er schon ein fertiger Mann.

Eine schriftstellerisch angelegte Natur, wie er eine war, verschloss er sich nicht den Idealen der Jugend. Er schwärmte für Dichtung, sein Lyriker war Petöfi, den er als Ungar über Alles liebte, aber seine Hauptleidenschaft war die Wahrheit, und zwar die praktische Wahrheit.

Und so näherte er sich nicht der Medizin scheu und ehrfurchtsvoll wie Andere, die Jahre lang sich in ihrem theoretischen Dunstkreise bewegen, sondern fasste sie kecklich kühn um den Leib. Ehe man sich's versah, war Schnitzler Praktiker und sofort ein beliebter und gesuchter Praktiker.

Den Weg hiezu hatte er sich schon als Student geebnet. Er gehörte zu jener kleinen Schaar, die Oppolzer beim Krankenbette immer am nächsten standen, die ihm vom Krankenbette weg ins chemische Laboratorium folgten. Noch mehr als das, er wurde schon als Student der wissenschaftliche Dolmetsch Oppolzer's.

Was Oppolzer am Krankenbette lehrte, das fesselte durch die Frische, mit der man die neuen Gedanken auftauchen sah, durch den Reichthum von praktischen Winken, die guten Samenkörnern glichen, die später in der Praxis des Schülers aufgehen sollten.

Oppolzer aber, so leicht ihm das Sprechen war, zur Feder griff er ungern. Und da war es Schnitzler, der seine Feder wurde. Diese Feder folgte aber nicht sklavisch den Worten seines Meisters. Schnitzler verstand es, die kunst- und zwanglos hin- und durcheinander geworfenen Aphorismen zu ordnen, ihnen eine feste Form zu geben. Hiedurch gewannen sie so wie die Perlen, die man in geschickter Auswahl auf Fäden reiht.

Aus diesen Reproduktionen musste OPPOLZER die Ueberzeugung gewinnen, in SCHNITZLER einen Schüler zu besitzen, der mit Verständniss, Liebe und Sorgfalt in seine Ideen eindrang, und er machte ihn zu seinem Assistenten.

Vorher hatte SCHNITZLER ein neues medizinisches Journal, die «Medizinalhalle» gegründet. Das war insofern ein kühnes Unternehmen, als es bisher in Wien nicht Usus war, dass ein Praktiker ein medizinisches Journal führte. Praxis und medizinische Journalistik schienen sich nicht mit einander vereinigen zu können.

Dass nun eine solche Vereinigung sehr wohl möglich sei, das bewies SCHNITZLER durch den Erfolg. Er verstand es, nicht bloss seinem Blatte Leser zu gewinnen, er gewann in Folge seines Maasshaltens in persönlichen Fragen auch in den Lesern Freunde.

Dadurch ferner, dass er nicht bloss den Ton und die Richtung seines Blattes bestimmte, sondern dass er auch zu den fleissigsten Mitarbeitern desselben zählte, festigte er seine Stellung als ernster Praktiker, der stets den Contakt mit der Wissenschaft suchte.

Seine eigentliche wissenschaftliche Thätigkeit begrenzte er auf ein kleineres Gebiet, das der Laryngoskopie. Gerade dieses Fach musste den Mann, der die Bedeutung des geschriebenen Wortes kannte, besonders anziehen. Denn durch den Kehlkopfspiegel bemächtigte er sich des Einflusses auf das gesprochene und gesungene Wort.

Bald war SCHNITZLER in Künstlerkreisen, wo der Enthusiasmus so leicht gedeiht, eine ärztliche Coryphäe. Von da ging sein Name immer weiter und weiter bis in alle Sphären der Gesellschaft.

An der Poliklinik, die er mit begründete, konnte er dieses sein Lieblingsfach pflegen, hier lehrte er mit grossem Eifer und grossem Erfolge, er konnte sich rühmen, Schüler in allen Welttheilen zu besitzen. Die äussere Anerkennung hiefür blieb nicht aus, denn er wurde ausserordentlicher Professor und Regierungsrath.

Der Traum seiner Jugend war erfüllt, was er damals wünschte, das besass er, einen ausgezeichneten Ruf als Praktiker und als Lehrer.

Was er für die Poliklinik that, das steht noch frisch vor uns. Dass dieses, der Humanität und Wissenschaft geweihte Institut, ein prachtvoll schönes Heim besitzt in dem es sich frei entwickeln kann, ist zum grössten Theil sein Verdienst, und auf seinen Grabstein darf man die Worte setzen: Saxa loquúntur.

v. Basch.

XV. Balneologen-Congress.

Geheimr. Prof. LIEBREICH eröffnet am Sonnabend, den 11. März, Abends 7 Uhr, im Hörsaale des pharmakologischen Instituts der Universität den Congress, begrüsste die zahlreich von Nah und Fern erschienenen Anwesenden, gab einen inhaltvollen Rückblick auf die bisherige fünfzehnjährige Thätigkeit des Congresses, von seinem Entstehen aus kleinen Anfängen bis zum Aufblühen zu seiner jetzigen Stärke und wies auf die Bedeutung und Wirksamkeit desselben in wissenschaftlicher, hygienischer und standesärztlicher Beziehung hin. Von den geschäftlichen Mittheilungen ist zu erwähnen, dass durch den Hinzutritt von 22 neuen Mitgliedern die Mitgliederzahl auf 329 gewachsen ist. Wir bringen in folgendem nur die praktisch wichtigsten Vorträge. Wir benützen hiebei theils Autoreferate und wo uns solche nicht zu Gebote standen, benützten wir die Berichte der Berliner klinischen Wochenschrift.

In den Vorstand wurden wiederum gewählt Herr LIEBREICH als Vorsitzender, die Herren WINTERNITZ (Wien), SCHLIEP (Baden-Baden), THILENIUS (Soden) als Stellvertreter desselben und Herr BROCK als Generalsekretär.

Prof. FÜRBRINGER (Berlin): Ueber Magenschwäche. Von den gewöhnlichen Formen der nervösen Dyspepsie trennt der Vortragende eine besondere ab, die er, weil sie sonst im System nicht recht unterzubringen ist, einstweilen mit Magenschwäche bezeichnet. Sie hat mit der Atonie nichts zu thun. Nicht in der Art der Grund- und Einzelzüge, sondern in der Gruppirung derselben liegt etwas Neues. Redner hat im Laufe der letzten Jahre etwa 50 hierher gehörige Fälle gesammelt. Alle diese Kranken hatten den vortrefflichsten Appetit, welcher ein anderes Symptom dieser Krankheit hervorruft, den Magenschmerz. Letzterer stellt sich niemals als heftiger Magenkrampf dar, sondern als Empfindung eines mässig wunden und nagenden Gefühls. Er erfolgt nach Zufuhr bestimmter Speisen und Getränke fast unmittelbar und verlässt den Kranken nicht eher, als der Schmerzerreger den Magen, worauf sich wieder ein ungestörtes Gesundheitsgefühl einstellt, bis ein weiterer Diätfehler die alte Pein erneuert. Das Leiden würde zu den banalsten zählen, wenn nicht der Mangel anderer begleitender gastrischer Beschwerden, selbst innerhalb der Anfälle, charakteristisch wäre. Aber auch ausserhalb der Schmerzanfälle zeigt sich die Magenschwäche. Was ein gesunder Magen ohne jede Beschwerden verarbeitet, kann hier die Schmerzen auslösen. Zu den schädlichsten Nahrungsmitteln gehören hierher der Zucker, das Fett, die Amylaceen. Alle diese schlecht verträglichen Nahrungsformen lösen um so sicherer den Schmerz aus, je leerer der Magen ist. Die Getränke anlangend, pflegt sich der Magen am meisten gegen den Kaffee aufzulehnen, während der Genuss von Wasser und verdünnten Suppen allgemein in seiner Wirkung gelobt wurde, ja nicht selten die Schmerzen geradezu coupirte. — Die Frage nach dem Wesen dieser eigenthümlichen, mit Schwäche gepaarten Hyperästhesie der Magenschleimhaut ist schwer zu beantworten. Nicht in Frage kommen ein direkter adäquater Reiz der Ingesta als solcher nach Analogie der Aetzwirkung, auch nicht eine Zersetzung oder Entwickelung von Gährungsprodukten seitens des Mageninhalts, ebenso eine vermehrte Salzsäuresekretion, denn die Acidität erwies sich als normal. Auch eine Entzündung der Schleimhaut oder sonstiges palpables Magenleiden war auszuschliessen, denn der Magen wurde mit dem LEUBE'schen Probefrühstück in der gesetzmässigen Frist gut fertig. Deshalb erweist sich diese Affektion als eine eigene Art nervöser Dyspepsie mit der Maassgabe, dass lediglich die sensiblen bezw. schmerzempfindenden Nerven der Magenschleimhaut sich gegen gewisse Reize, auf welche die gesunden Gefühlsnerven des Magens nicht reagiren, überempfindlich zeigen. Redner glaubt daher einstweilen nichts Anderes als eine räthselhafte Idiosynkrasie in der Anspruchsfähigkeit der sensiblen Magennerven annehmen zu müssen und exemplicifirt hier auf die eigenartige Wirkung der Gymnema, die Zungenschleimhaut gegen süss und bitter zu cocainisiren, während sauer und salzig nach wie vor empfunden wird. Es hat also mit der Zerlegbarkeit der Reaktion unserer Schleimhautnerven in bestimmte Gefühlsqualitäten verschiedenen Reizen gegenüber eine eigene Bewandtniss. — Bezüglich der Aetiologie spielt bei den meist höheren Bevölkerungsschichten eigenen Leiden das üppige Leben an der Tafel, das aufreibende Geschäftsleben und die geistige Ueberanstrengung eine nicht untergeordnete Rolle. Aber die grösste Hälfte der Patienten zeigte sich durchaus frei von der Neurasthenie, nur der Magen war es, der hier krankte und es schien gezwungen, in dem Leiden ein Symptom der reizbaren Schwäche des Nervensystems überhaupt anzunehmen. Eine ganz hervorragende Rolle spielt nach FÜRBRINGER's Ueberzeugung die Influenza. — Was nun die Therapie anlangt, so steht obenan das Meiden der erfahrungsgemäss schlecht bekömmlichen Speisen und Getränke in schadenbringender Menge, alsdann ist ein Wechsel des Klimas, eine Reise ins Gebirge oder an die See zur Kräftigung des Magens anzurathen. Die medikamentöse Behandlung hat geringe Bedeutung. Die starken Stomachica verschlimmerten das Leiden; am zuträglichsten erwiesen sich kleine Mengen von Rhabarber. Die Narcotica haben ihre besonderen Bedenken; das beste schmerzstillende Mittel ist oft das reine Wasser; Salzsäure und Alkalien haben sich oft als nutzlos erwiesen. Was die Kurorte anlangt, so leisten sowohl jene für Magen- als auch für Nervenkranke Vorzügliches, wenn die nöthige Milde der Behandlung obwaltet. Auf kurgerechte Intensität versessene Badeärzte pflegen hier mehr zu schaden als zu nützen. Die richtige Mastkur wird nie vertragen. In nicht wenigen Fällen hat schon die Versicherung, dass keine ernste Erkrankung, weder Magengeschwür noch Krebs, vorliege, sehr günstigen Einfluss geübt. — An der Diskussion über

diesen Vortrag betheiligen sich die Herren WEISSENBERG-Colberg, CANS-Karlsbad, KALLAY-Karlsbad, PARISER-Berlin und der Vortragende.

Prof. LIEBREICH (Berlin): Ueber das Verhältniss der künstlichen und natürlichen Mineralwässer. Redner führt aus, dass, ohne der analytischen Wissenschaft nahe zu treten zu wollen, die heutigen Analysen im allgemeinen kein vollkommenes Bild der chemischen Zusammensetzung der Mineralwässern liefern. Alle Analysen zeigen die immerhin bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit, dass bei ihnen die Summe der Prozentzahlen der einzelnen Bestandtheile nie genau gleich 100 ist. Ob der Unterschied zwischen künstlichen und natürlichen Mineralwässern einen Unterschied ihrer Wirkung bedeutet, möge zunächst dahingestellt bleiben; es handelt sich um die Frage: Sind wir im Stande Anhaltspunkte zu gewinnen, welche die Behauptung der Verschiedenartigkeit natürlicher und künstlicher Mineralwässer stützen? Der Vortragende erläutert dies an dem Kohlenstoffoxysulfid, welches bei der Analyse CO_2 und H_2S zeigt, während es in der Flüssigkeit als Kohlenstoffoxysulfid vorhanden ist, das als solches durch die Analyse nicht oder jedenfalls nur schwer zu ermitteln ist. Ferner wurde auf die Eigenschaft der Kohlensäure hingewiesen, ein Hydrat bilden zu können und durch Experimente erläutert, dass Kohlensäureanhydrid und Kohlensäurehydrat zwei völlig verschiedene Körper sind. Ersteres ist nicht im Stande, Wasserstoff bei Gegenwart von konzentrirten Salzlösungen zu entwickeln, während Kohlensäurehydrat, wie durch eine Demonstration gezeigt wurde, mit Magnesium Wasserstoff entwickelt. Ob die Bildung des Hydrates für die physiologische Wirkung in Betracht kommt, muss späterer Untersuchung zur Entscheidung überlassen werden; übrigens gibt die Geschichte der Heilmittellehre mehr als einen Belag dafür, wie die Fortschritte der Analyse zur Aufklärung therapeutischer Erfahrungen dienen können. Schon längst galt die Asche der Meerschwämme als Specificum gegen Skrophulose. Man analysirte sie und fand nur Soda. Man versuchte es nun mit letzterem und als dies nicht den erwünschten Erfolg zeigte, gab man nicht nur dieses, sondern auch die Asche der Meerschwämme auf. Später wurde das Jod entdeckt und es zeigte sich, dass dieses Element sich in der Asche der Meerschwämme fand, und dass es dieselbe Wirkung hervorrief, welche man früher von der Asche der Meerschwämme so sehr gerühmt hatte. — Wenn es nun nicht wegzuleugnen ist, dass für gewisse Zwecke sorgfältig hergestellte künstliche Mineralwässer praktisch verwerthbar sind, so muss man doch immer die Präponderanz der natürlichen aufrecht erhalten mit der bescheidenen Ansicht, dass manches vorliegt, was wir nicht kennen, und dass selbst sehr kleine Dosen einer Substanz gerade wegen der gleichzeitigen Anwesenheit anderer Substanzen im Organismus eine grosse Wirkung hervorbringen können. Gegen die Anwendung der künstlichen Mineralwässer spricht, dass die Güte des Fabrikats, wie bei allen fabrikatorischen Dingen, von der Sorgfalt des Fabrikanten abhängt, deren Controle sich nicht stets sofort ermöglichen lässt.

An der Diskussion betheiligten sich die Herren EWALD, MARCUS, SENATOR, LEHMANN, a. d. WERTH Letzterer beantragt, dass die Gesellschaft eine Resolution, betreffend den Schutz der natürlichen Mineralwässer fassen möge. Zur Bearbeitung dieses Gegenstandes wird eine Commission aus den Herren LIEBREICH, SENATOR, EWALD, LEHMANN (Oynhausen) gewählt.

Prof. WINTERNITZ-Wien: Hydrotherapie und chronischer Gelenkrheumatismus. Der Vortragende betont, dass die Frage: ob kalt oder warm, wenn man sich über die Behandlung eines Falles von chronischem Gelenkrheumatismus entscheiden soll, noch nicht endgültig gelöst. Bei den meisten rheumatischen Affectionen ist man von jeher geneigt, sich für die Anwendung der Wärme, als für die des kalten Wassers auszusprechen. Der Grund hiefür liegt wohl hauptsächlich darin, dass man die meisten rheumatischen Leiden als sogenannte Erkältungskrankheiten ansieht und daher Abkühlung und Erkältung zusammenwirft. Ausserdem ist es gewiss zu bedenken, dass es keineswegs gelungen ist, die alte Lehre von den Beziehungen der Haut zu Erkrankungen mannigfacher Organe und der Möglichkeit der Zurückhaltung und Versetzung von Krankheitsstoffen auf diese, ganz stichhaltig zu widerlegen. Und besonders für rheumatische Affectionen bietet die klinische Beobachtung Anhaltspunkte genug, um das Ueberspringen der Erkrankung von einem Gelenke auf das andere und auch auf innere wichtige Organe zu erhärten. — Obwohl es jetzt wohl Niemanden mehr ernstlich einfällt, unter bestimmten Umständen die pathogenetische Bedeutung einer Abkühlung von der Körperoberfläche zu leugnen, so hat den Vortragenden doch seine langjährige Erfahrung dahin belehrt, dass eine entsprechende Wasserkur weder bei dem akuten multiplen Gelenkrheumatismus, noch während eines typischen Gichtanfalles, noch bei dem chronischen Glenkrheumatismus die Gefahr des Ueberspringens der Erkrankung auf innere Organe erhöht. Sehr häufig ist die grosse Schmerzhaftigkeit der erkrankten Gelenke ein Hinderniss für die Anwendung einer Wasserkur; man muss daher diese Schmerzhaftigkeit herabzusetzen suchen und dies geschieht am besten durch Anwendung des inducirten Stromes während 8—10 Minuten. Hierdurch wird das früher für die leiseste Berührung hypersensible Gelenk für mechanische Insulte. — Druck, Berührung, Bewegung — so tolerant, dass man ohne Schwierigkeit die zu hydriatischen oder mechanischen Eingriffen nöthigen Manipulationen ausführen kann. — Der Vortragende beschreibt nun eingehend die hydriatischen Proceduren, welche er bei diesen Erkrankungen mit gutem Erfolge angewandt hat.

An der Diskussion über diesen Vortrag betheiligen sich die Herrn LENNÉ und SCHOTT-Nauheim.

(Fortsetzung folgt.)

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 12. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien dankte der Vorsitzende Prof. Kaposi für die ihn ehrende Auszeichnung, den Vorsitz führen zu dürfen, und machte die Mittheilung, dass von Prof. Malcolm Morris ein Dankschreiben für seine Ernennung zum korrespondirenden Mitgliede der Gesellschaft eingelaufen sei. Hierauf demonstrirte Dr. Wintersteiner einen sehr interessanten Fall von angeborener Pupillarmembran bei einem 11jährigen Mädchen, worauf Obersanitätsrath Prof. Gruber seinen angekündigten Vortrag: «Die Kreosole und ihre Anwendung als Antiseptica» hielt, in welchem er die Kreosole zur Anwendung, namentlich in der chirurgischen Antiseptik, warm empfahl. — Dozent v. Eiselsberg war wegen Unpässlichkeit verhindert, seine angekündigte Demonstration zu halten. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung folgt in der nächsten Nummer. — Bei der am 10. d. M. abgehalten Sitzung des Wiener medizinischen Clubs demonstrirte Dr. G. Singer einen Fall von tabischer Arthropathie, an den er die Charcot'schen und Volkmann'schen Anschauungen über diese Erscheinung erläuternd beifügte. — Hierauf hielt Dr. A. Katz seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Autointoxikation bei chronischen Magen- und Darmkrankheiten», worin derselbe zu dem Schlusssatze gelangt, dass die Lehre von der Autointoxikation nicht genügend fundirt erscheine, da sie nicht den meist cykischen Ablauf der Erscheinungen erklärt und daher in ihrer Allgemeinheit keineswegs geeignet sei, die bei chronischen Magen- und Darmkrankheiten auftretenden klinischen Symptome zu erklären. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung folgt in der nächsten Nummer.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Dem Obersten Sanitätsrathe wurde für seine eifrige und erspriessliche Mitwirkung bei den Vorbereitungen zur Abwehr und Bekämpfung der Cholera-Epidemie im Jahre 1892, dann der Bundesleitung der Oesterreichischen Gesellschaft vom rothen Kreuze für die bei dem gleichen Anlasse bethätigte Bereitwilligkeit zur weitgehenden Unterstützung der Civil-Sanitätsverwaltung sowie für die thatsächlich bewirkte Beistellung von Erfordernissen zur Bekämpfung der Epidemie der Ausdruck der Allerhöchsten Anerkennung bekanntgegeben. — In Anerkennung verdienstlicher Leistungen aus diesem Anlasse hat der Kaiser den Ritterstand mit Nachsicht der Taxe dem Ministerialrathe und Sanitätsreferenten im Ministerium des Innern Dr. Emanuel Kusy und dem Stadtpräsidenten in Krakau, Landesadvokaten Dr. Felix Szlachtowski; den Orden der eisernen Krone dritter Klasse mit Nachsicht der Taxe: den Statt-

halthereiräthen und Landes-Sanitätsreferenten Dr. Ludwig Ritter von Karajan in Wien, Dr. Josef Merunowicz in Lemberg und Dr. Ignaz Pelc in Prag; das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens: dem Ministerial-Sekretär im Ministerium des Innern und Schriftführer des Obersten Sanitätsrathes Dr. Josef Daimer, den Bürgermeistern Alois Elhenicky in Smichow, Johann Topinka in Karolinenthal, Karl Krauss in Postelberg und Dr. Alexander Dworski in Przemysl, dann dem Stadtphysikus in Krakau Dr. Johann Buszek und dem Bezirksarzte zweiter Klasse Dr. Anton Krokiewicz in Lemberg; den Titel eines Regierungsrathes mit Nachsicht der Taxe: dem Stadtphysikus in Wien Dr. Emil Kammerer; den Titel eines kaiserlichen Rathes mit Nachsicht der Taxe: dem bei der Statthalterei in Wien in Verwendung stehenden Bezirksarzte Dr. Johann Langer verliehen.

(Auszeichnung.) Herrn Dr. Adolf Jolles (Chemisch-Mikroskopisches Laboratorium) in Wien, wurde in Anerkennung seiner erfolgreich durchgeführten chemischen und hygienischen Untersuchungen das Ritterkreuz des Danilo-Ordens verliehen.

(Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.) In der Sitzung vom 29. April 1893 stellte Dr. Alexander Korányi einen Fall von symmetrischer Gangrän vor, bei welchem alle Handfinger und ein bedeutender Theil der Mittelhand zerstört wurden. Die Krankheit entwickelte sich derart, indem am 3. April Fieberfrost und von der Zeit ab eine dritttägige Intermittens auftrat, welche angeblich auf Chinin ausgeblieben ist. Am 13. April soll Patient neuerdings von Kältegefühl überfallen worden sein, wobei die Hände unter Prickeln und heftigen Schmerzen roth und blau zu werden begannen. Am 3. Erkrankungstage suchte Patient die 1. interne Klinik auf; die bestandenen ausserordentlichen Schmerzen hatten nachgelassen und waren die gangränescirenden Theile im Eintrocknen vorgeschritten. Das Herz wurde normal befunden, auch Syphilis konnte ausgeschlossen und auch nicht entschieden werden, ob die der Krankheit unmittelbar vorangegangene Malaria nicht im ursächlichen Zusammenhang mit derselben gestanden ist; syringomyelitische Erscheinungen sind gleichfalls nicht gefunden worden. Erwähnenswerth erscheint, dass die Nervenstämme des Plexus brachialis auf Druck schmerzhaft waren, was mit den Befunden von Wiglesworth und Afflich übereinstimmt, welche in den peripherischen Nerven Veränderungen konstatirten, die anatomisch nachgewiesen werden konnten. — Dr. Egmont Baumgarten demonstrirt einen Fall von Empyema antri Highmori. Der betreffende 46jährige Mann laborirt seit 2 Jahren an stinkendem Nasenfluss; die linke Nasenhälfte ist vollständig intakt, die Schleimhaut der rechten Nasenhälfte gedunsen und entleert sich bei jeder Untersuchung stinkender Eiter aus dem mittleren Nasengang; Patient hatte mehrere cariöse Zähne und wurde die Diagnose auf eine aus denselben hervorgehende Empyema antri Highmori gestellt. Die cariösen Zähne wurden extrahirt, die Highmorshöhle durch den Alveolus mittelst Bohrer eröffnet und mit Metallcanule ausgespritzt. Auf diese Behandlung wurde der Zustand des Patienten gebessert, später jedoch ist ein neuer Eingriff nothwendig geworden. Nach Cocaïnisirung und Abpräparirung des Zahnfleisches, wurde die Oeffnung im Alveolus mit dem Meissel um 7—8 *mm* erweitert, dann die Highmorshöhle mit Aetherdämpfen ausgetrocknet und die ganze Höhle mit 2 Finger breiten Jodoformgazestreifen ausgestopft, wozu circa 3 *m* Streifen nöthig waren. Nach der Operation hat der stinkende Nasenfluss aufgehört; die Streifen wurden Anfangs jeden dritten, später am sechsten und jetzt nach 14 Tagen erneuert. Dieses von Scheff und Chiari empfohlene Verfahren ist gegen Empyema antri Highmori chronica, als eine sehr zweckmässige Methode empfehlenswerth.

(Todesfälle). Prof. A. Cantani, der berühmte Kliniker in Neapel, ist am 30. v. M. im Alter von 56 Jahren gestorben. Cantani, der seine Studien in Prag vollendete, ging später nach Pavia und Mailand und wurde 1868 nach Neapel berufen. — Gestorben sind: Regimentsarzt Dr. J Tuma in Wien; Dr. Salzgeber in Graz und der prakt. Arzt J. Moser in Steyr

Dr. Wettendorfer beehrt sich den Herren Kollegen mitzutheilen, dass er am 10. Mai d. J. seine kurärztliche Praxis in Baden bei Wien wieder aufgenommen hat.

Med. Dr. Ludwig Frey, Wien, schreibt über das natürliche Marienbader Brunnensalz: «Das pulverförmige Salz ist dem krystallisirten entschieden vorzuziehen. Ich habe das Erstere mit geradezu glänzendem Erfolge bei habitueller Obstipation, bei Anlage zur Fettsucht, insbesondere aber bei Hämorrhoidalleiden verwendet. In allen Fällen wurde dasselbe ausgezeichnet vertragen, die Wirkung erfolgte prompt und ohne Beschwerden. Auch bei chronischen Darmkatarrhe konnte ich in vielen Fällen damit günstige Wirkungen erzielen. Ja selbst bei körperlich sehr herabgekommenen Patienten konnte ich das Mittel, falls Obstipation sich einstellte, verwenden, ohne jemals irgend welche unangenehme Folgen zu bemerken.

Aus diesen Gründen verordne ich in meiner Praxis bei den oben erwähnten Krankheitsprozessen ausschliesslich das Marienbader Brunnensalz und kann es auch allen Kollegen auf das wärmste anempfehlen.»

Aerztliche Stellen.

Sekundararztesstelle. Der Stadtrath in Wr.-Neustadt (Niederösterreich) hat den Konkurstermin zur Besetzung der Sekundararztesstelle im allgemeinen Krankenhause, mit welcher eine Bestallung von 300 fl., freie Wohnung, Beleuchtung und Beheizung, sowie Frühstück, Mittags- und Abendkost verbunden ist, bis Ende Mai 1893 verlängert. Bewerber um diese Stelle wollen ihre dokumentirten Gesuche bei dem Stadtrathe Wr.-Neustadt überreichen.

Bezirksarztesstelle II. Klasse. Bewerber um diesen Diensteposten haben ihre diesfälligen, an das k. k. Statthalterei-Präsidium in Brünn (Mähren) zu richtenden Gesuche bis 22. Mai l. J. im Wege der zuständigen politischen Behörde beim k. k. Statthalterei-Präsidium in Brünn einzubringen.

Stadtarztesstelle in Wsetin (Mähren) mit 6057 Einwohnern. Jahresgehalt 600 fl. Bewerber um diese Stelle, welche der deutschen und czechischen Sprache in Wort und Schrift vollkommen mächtig sein müssen, haben ihre mit dem Nachweise des Standes, Alters, der Religion, des erlangten Doktorgrades und der bisherigen Verwendung belegten Gesuche bis Ende Mai d. J. an den Stadtrath in Wsetin einzusenden. Nähere Auskünfte ertheilt Dr. Josef Svoboda, Primararzt im Kaiser Franz-Josefs-Spitale zu Poln. Ostrau, welcher die Stadtarztesstelle durch 10 Jahre bekleidete.

Distriktarztesstelle mit dem Sitze in Gross-Niemtschitz, politischer Bezirk Auspitz (Mähren). Gehalt 400 fl., Fahrpauschale 200 fl. Kenntniss beider Landessprachen erforderlich, Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Mit 50 kr. gestempelte Gesuche sind mit den im § 11 des mährischen Landessanitätsgesetzes bezeichneten Belegen bis zum 30. Mai 1893 an den Obmann Herrn Johann Fiala in Gross-Niemtschitz bei Gross-Seelowitz in Mähren zu richten.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätsdistrikt Zulb, Klein-Grillowitz, Miezmann, Klein-Olkowitz und Waltrowitz, polit. Bezirk Znaim, mit dem Sitze in Zulb (Mähren). Jahresgehalt 400 fl., Reisepauschale 200 fl. Bewerber um diesen Posten haben ihre mit dem Nachweise der Praxisberechtigung, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der moralischen Unbescholtenheit und der bisherigen Verwendung instruirten Gesuche bis 1. Juni d. J. an den Obmann der Delegirtenversammlung des Sanitätsdistriktes Carl Auer in Zulb einzusenden.



Einbanddecken.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 21. Mai 1893.** **Nr. 21.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber Diabetes insipidus.

Von

Professor **Dr. Monti** *)

Als Diabetes insipidus bezeichnen wir eine Erkrankung, bei welcher in Folge hochgradig gesteigerten Durstgefühls eine mehr weniger bedeutende Vermehrung der Harnabsonderung stattfindet, wobei aber das Nierengewebe normal ist und der Harn keine anomalen Bestandtheile enthält.

Gewöhnlich entspricht die Harnmenge in den Anfangsstadien des Diabetes insipidus der Menge der genossenen Flüssigkeit. — In dem Ihnen, meine Herren, soeben vorgestellten Falle, den Sie auf unserer stationären Abtheilung gesehen haben, trank auch das Kind täglich vier Liter Flüssigkeit und secernirte demgemäss täglich vier Liter Urin. Im weiteren Verlaufe nahm der Durst ab und die genossene Flüssigkeitsmenge wurde geringer als die Harnmenge. Nur wo die Polydypsie mit Polyurie gepaart vorliegt, ist man berechtigt einen Diabetes insipidus anzunehmen. Die alleinige Vermehrung der Urinsecretion, ohne gesteigerten Durst und ohne den Verbrauch einer anomal grossen Menge von Getränk gehört nicht zum Diabetes insipidus, sondern wird gemeinhin als einfache Polyurie bezeichnet. Leider werden solche Fälle öfters auch «Diabetes insipidus» genannt und dadurch zwei grundverschiedene Krankheitsbegriffe zusammengeworfen.

Der Diabetes insipidus, wie er eben von uns charakterisirt wurde, ist eine im Kindesalter seltene Krankheit. Vom Jahre 1881 bis 1892, also innerhalb 12 Jahren, haben wir unter circa 50.000 Kranken 12 Fälle von Diabetes insipidus gesehen. Während manche Jahrgänge gar keine Fälle dieser Krankheit aufweisen, kamen in den Jahren 1882, 1884, 1885, 1886, 1887 und 1888 je ein Fall, in den Jahren 1890, 1891 und 1892 je zwei Fälle von Diabetes insipidus vor. Immerhin ist, nach unserer Erfahrung, der Diabetes insipidus bei Kindern noch häufiger als der Diabetes mellitus — von welcher Krankheitsform wir nur alle 2 bis 3 Jahre einmal einen Fall zu sehen bekommen.

Wir müssen daher die von Külz aus der Literatur geschöpfte Angabe: dass der Diabetes insipidus bei Kindern seltener sei als der Diabetes mellitus, auf Grund unserer poliklinischen Erfahrung, sowie nach den Ergebnissen unserer 30jährigen Privatpraxis für nicht zutreffend halten.

In der Litteratur sind Fälle von Diabetes insipidus bei Säuglingen im Alter von 4 bis 6 Monaten verzeichnet, bei welchen die Erkrankung durch heftigen, nur mit grossen Wassermengen zu stillenden Durst und entsprechende Vermehrung der Harnsecretion charakterisirt war. In der Mehrzahl der Fälle wird aber der Diabetes insipidus bei grösseren Kindern beobachtet. Külz hat 35 Fälle von Diabetes insipidus aus der Litteratur zusammengestellt, welche sich dem Alter nach folgendermassen gruppiren:

1	Fall	1	Jahr	alt
2	Fälle	2	Jahre	«
2	«	3	«	«
3	«	4	«	«
5	«	5	«	«
4	«	6	«	«
2	«	7	«	«
2	«	9	«	«
2	«	10	«	«
4	«	11	«	«
1	Fall	12	«	«
3	Fälle	13	«	«
3	«	14	«	«
1	Fall	15	«	«

somit 35 Fälle, von denen 19 Knaben und 16 Mädchen waren — es würde nach dieser Zusammenstellung der Diabetes insipidus bei Knaben häufiger als bei Mädchen vorkommen. Von unseren 12 Fällen waren 8 Knaben und 4 Mädchen, was mit der Ansicht von Külz übereinstimmt.

Man glaubt, dass die Krankheit in manchen Familien erblich sei. Gee war in der Lage, bei zwei an Diabetes insipidus leidenden Kindern die Erblichkeit des Uebels bis in die vierte Generation verfolgen zu können. Weil führt eine Familie an, in welcher von 78 Mitgliedern 23 bestimmt an

*) Aus den poliklinischen Vorträgen über Kinderheilkunde.

Diabetes insipidus litten. Ebenso berichtet ORSI über eine mit dieser Krankheit behaftete Familie.

Wir waren noch nicht in der Lage, in einer Familie die Erblichkeit des Diabetes insipidus verfolgen zu können. Es ist derzeit nicht möglich alle ätiologischen Momente festzustellen, welche zum Diabetes insipidus führen. Unserer Anschauung nach können als Ursachen desselben folgende Zustände wirken:

1. Neurose des Bauchgeflechtes des Sympaticus.

Diese kann durch verschiedene pathologische Veränderungen der Magenschleimhaut und durch verschiedene Schädlichkeiten hervorgerufen werden. In dieser Beziehung sind nachfolgende Fälle aus der Litteratur beachtenswerth, und zwar: LACOMBE's Mittheilung, nach welcher in Folge kalten Trinkens in erhitztem Zustande eine Neurose des Magens entstand, die zum Diabetes insipidus führte (De Polydypsie. Thèse Paris 1841) und ein anderer Fall, bei welchem eine schwere intestinale Entzündung den Diabetes insipidus veranlasste. Auch BIDARD's Fall (Bulletin de Therapie XLVIII, 1852), wo eine schwere, mit Fieber, Kolik und Diarrhoe einhergehende Krankheit Diabetes insipidus nach sich zog. A. PRZIBRAM's Beobachtung (Prager Vierteljahrsschrift B. 112, 1871), wo der Diabetes in Folge von Genuss von einem halben Seidel Honig entstand, so wie schliesslich LIEBMANN's Fall, wo in Folge von Magen- und Darmkatarrh ein Diabetes insipidus sich entwickelte, mögen hier Erwähnung finden.

2. Lokale Erkrankungen und traumatische Einwirkungen,

welche durch Schmerz einen peripheren Reiz ausüben und reflektorisch auf das Gebiet des Sympaticus einwirken, und durch eine solche Reflexneurose sowohl den vermehrten Durst als auch die Polyurie erzeugen. In dieser Richtung sind lehrreich: CHARCOT's schöne Beobachtung (Diabète non sucré, suite d'un coup sur la tête. Gazette hebdom. 3. Fevrier 1860), wo der Diabetes insipidus in Folge eines Schlages auf die Stirne (durch ein Pferd) entstand. KLAMAN's Fall: (einfacher zuckerloser Diabetes. Dissertation Greifswalde 1872), wo der Diabetes insipidus in Folge von Sturz auf den Kopf sich entwickelte, so wie auch JOHANESSEN's Beobachtung, wo in Folge von Insektenstich am Hinterhaupte mit nachfolgender Entzündung Diabetes insipidus entstand. Schliesslich JEWELL's Fall, wo bei einem Abscess am äusseren Gehörgange Reizung des nervus auri cularis vagi und des nervus glossopharyngeus auftrat und hiebei sich Diabetes insipidus entwickelte, welcher mit Heilung des Abscesses verschwand.

In einem von VANQUELIN mitgetheilten Falle entstand der Diabetes insipidus nach einer übermässigen Kraftanstrengung und wahrscheinlich reflektorisch wie in den früher erwähnten Fällen.

In einem Falle von FRANK, von EADE und von DICKSON wird Schrecken als Ursache des Diabetes insipidus angegeben, es ist auch nicht unwahrscheinlich, dass eine solche Nerveneinwirkung reflektorisch auf das Gebiet des Sympaticus einen Reiz ausüben und zum Diabetes insipidus führen könne.

3. Erkrankungen des Gehirnes und Rückenmarkes,

welche mit einer Störung der Funktion des Sympaticus verlaufen und sowohl direkt wie auch reflektorisch den vermehrten Durst und die Polyurie hervorrufen.

Als Belege für diese Auffassung gelten: PRZIBRAM's Fall von Caries des Clivus Blumenbachii mit einem bis in den vierten Ventrikel sich hinein erstreckenden Heerd, bei dem es zum Diabetes insipidus kam. MOSLER's Fall (Neuropatische Entstehung der einfachen Harnruhr durch Meningitis cerebrospinalis epidemica. VIRCHOW's Archiv, Band 48). Ferner die Fälle von HEYDEN und HAGENBACH, wo im Verlaufe von Gehirntuberkulose Diabetes insipidus eintrat.

4. Reizung des Sympaticus, bewirkt durch direkte Einwirkung von Krankheitserregern verschiedener Infektionskrankheiten.

Solche Fälle gehören wohl zu den selteneren, doch finden wir in der Litteratur einen Fall von RICHTER verzeichnet, wo in Folge von Diphtherie, einen Fall von KÜLZ, wo in Folge von Scarlatina und einen von WITTS, wo in Folge von Intermittens, Diabetes insipidus entstanden ist.

Nach den hier angeführten ätiologischen Momenten beruht somit die Entstehung des Diabetes insipidus auf einer Störung der Funktion des Sympaticus, welche durch verschiedene krankhafte Vorgänge bedingt sein kann. Diese Ansicht hat durch mehrfache experimentelle Untersuchungen Bestätigung gefunden. PEVRANI z. B. hat mittelst Durchschneidung der Nervi splanchnici, sowie durch Reizung des Halssympaticus den Diabetes insipidus bei Thieren erzeugt. BERNARD hat bekanntlich durch Verletzung einer Stelle am Boden des vierten Ventrikels, und zwar unmittelbar vor dem Diabetescentrum die Erscheinungen des Diabetes insipidus experimentell hervorgerufen.

Auf Grundlage der hier angeführten Versuche lässt sich die Pathogenese des Diabetes insipidus in Einklang mit der klinischen Beobachtung bringen und die Entstehung desselben von einer pathologischen Reizung des Sympaticus ableiten. Die gestörte Funktion dieses Nerven bedingt nämlich eine gesteigerte Verbrennung des in den Organen abgelagerten Eiweissvorrathes und eine lebhaftere Wasserentziehung aus den Geweben, in Folge welcher die Organe austrocknen und der vermehrte Durst, die Polydypsie, entsteht, d. h. das Bestreben, durch Zufuhr grösserer Flüssigkeitsmengen die nachtheiligen Folgen der Wasserentziehung auszugleichen. Diese grosse Flüssigkeitszufuhr vermehrt nun den intravasculären Druck in den Glomerulis der Niere und veranlasst dadurch die vermehrte Harnausscheidung, das ist die Polyurie.

Wir gehen nun zur Besprechung der Symptome:

Zu den charakteristischen Symptomen des Diabetes insipidus gehört vor Allem der Durst. Dieser ist je nach dem Grade der Erkrankung mehr, weniger, hochgradig. Die hiebei verbrauchten Flüssigkeitsmengen schwanken zwischen 2 bis 12 Liter pro die, die am häufigsten beobachteten Quantitäten genossener Flässigkeit sind 4 bis 6 Liter pro Tag. Der quälende, sehr lebhafte Durst macht sich sowohl bei Tage wie auch in der Nacht geltend, so dass in der Mehrzahl der Fälle die Nachtruhe durch den Durst beeinträchtigt wird, welcher übrigens häufig von eigenthümlichen Erscheinungen begleitet ist. Zeitweilig werden die Kranken sehr roth und klagen über Hitze. Die vorgenommenen Temperaturmessungen ergeben in solchem Falle eine Temperaturserhöhung auf 38·5, welche innerhalb einer Stunde wieder auf das Normale sinkt, um sich 1—2, bis 3 Mal täglich vorübergehend wieder zu erhöhen. In Folge längeren Dürstens, besonders wenn das Verlangen durch Stunden nicht hinreichend befriedigt wird, stellt sich Kopfschmerz, Jucken der Haut, Schmerz im Epigastrium, Herzklopfen, zuweilen, wiewohl seltener, auch Schwindel ein.

Im Verlaufe des Diabetes insipidus beobachtet man, dass der Durst oft plötzlich abnimmt, um sich nach einigen Tagen mit der früheren Intensität wieder einzustellen.

In Folge intercurrirender fieberhafter Krankheiten tritt oft eine Abnahme des Durstgefühls auf, welches aber mit dem Aufhören des Fiebers, mit früherer Intensität wieder zum Vorschein kommt.

(Fortsetzung folgt.)

Amblyopia diabetica.*)

Von

Prof. Ludwig Mauthner.

(Fortsetzung.)

VI.

Noch jene Augenerkrankungen hätten wir zu besprechen, die gleichzeitig mit Diabetes mellitus sich präsentiren, ohne dass aber die Augenkrankheit direkt vom Diabetes abhienge. Irgend eine dritte Ursache erzeugt sowohl den Diabetes als auch die Augenerkrankung, und dabei kann es geschehen, dass dieses dritte Moment in zwingender Weise, wenn auch nicht zu Diabetes, so doch zur Augenerkrankung führen muss, oder aber, dass es zwar zu beiden führen kann, aber nicht nothwendiger Weise führen muss, so dass einerseits Diabetes ohne Augenaffektion, andererseits Augenaffektion ohne Diabetes Folge dieses dritten Momentes sein könnte.

In dem klassischen Werke von J. SEEGEN über Diabetes mellitus (in der 3. Auflage, 1893, pag. 115 und 425) findet sich ein Fall angeführt, in welchem bei hohem Zuckergehalt Parese aller rechtsseitigen Augenmuskeln vorhanden war. Die Sektion ergab einen Tumor, der die ganze rechte Hälfte der Medulla oblongata einnahm. Der Tumor hatte also einerseits durch Affektion der Medulla zum Diabetes geführt und andererseits gleichzeitig die rechtsseitigen Kerne der Augenmuskeln bedrängt oder zerstört. Dies ist ein Beispiel für die erst angeführte Art des Connexes zwischen Diabetes und Augenerkrankung durch Vermittlung einer dritten Ursache. Und wenn aus dem Falle 46 SEEGEN's (l. c. pag. 115) hervorgeht, dass an dem ungemein akut aufgetretenen und rasch tödtlich verlaufenden Diabetes die partielle Entartung des rechten Occipitallappens, die bei der Sektion gefunden wurde, Schuld tragen konnte, so würde eine gleichzeitige linksseitige homonyme Hemianopie oder es würden derartige homonyme Defekte (deren Existenz zwar nicht ausdrücklich bemerkt ist, die aber möglicher Weise vorhanden waren) ebenfalls im zwingenden Zusammenhange mit dem Diabetes stehen, ohne durch den Diabetes bedingt zu sein.

Nicht anders verhält es sich mit dem Falle BLANKAART's (1688) und jenem ROSENTHAL's (1875), welche beiden Fälle, sowie der erst angeführte SEEGEN's bereits in LEBER's Arbeit über diabetische Augenerkrankungen 1875 citirt sind. In BLANKAART's Falle wurden durch eine Cyste, in jenem ROSENTHAL's durch ein Sarcom der Hypophyse beide Sehnerven comprimirt, und ward dadurch vollständige Erblindung herbeigeführt. Dieses schwerste Augenleiden musste eintreten, wenngleich es von dem gleichzeitig hervorgerufenen Diabetes nicht im geringsten abhängig war.

In den genannten Fällen, in welchen während des Lebens ein schweres Augenleiden (Muskellähmung, Hemianopie, totale Erblindung) bei Diabetes beobachtet wurde oder hätte beobachtet werden können, stand, wie die Sektion zeigte, die Augenerkrankung mit dem Diabetes in gar keinem direkten Zusammenhange. *Die gleichen Augenleiden hätten sich ebenso entwickeln müssen auch wenn die Ursache derselben nicht gleichzeitig zu Diabetes geführt hätte.*

Die zweite Art des Connexes wird z. B. durch einen Fall C. DECKER's (1889) klar. Syphilis ruft bei einem 30jährigen Manne sowohl Diabetes mellitus als auch eine Chorio-Retinitis des linken Auges hervor. Durch eine Schmierkur wird sowohl der Diabetes als auch die Entzündung der Aderhaut und Netzhaut geheilt. Die Augenentzündung war eine syphilitische, nicht diabetische. Das Augenleiden stand mit dem Diabetes in gar keinem Zusammenhange. *Die Grundursache beider Leiden brauchte aber in zwingender Weise weder den Diabetes noch die Augenkrankheit zu veranlassen; anderseits konnte sie blos zu einer der beiden Erkrankungen führen.*

Endlich wäre es denkbar, dass, wenn mehrere Augenaffektionen vorhanden sind, ein Theil derselben direkt von der dritten Ursache, ein Theil jedoch von dem durch diese Ursache hervorgerufenen Diabetes abhängig ist. ANDERSON beschreibt z. B. (1889) einen Diabetesfall, in welchem sich neben Hemiplegie Ptosis, Retinitis «diabetica» und beginnende Cataract findet. Die Autopsie ergibt ein Gumma im Frontallappen des Gehirns mit starker Erweichung dieses Lappens sowie des Streifenhügels. *Hier könnte also die Ptosis* (wie die Hemiplegie) *direkt von der Hirnerkrankung, die Retinitis und die Cataract dagegen von dem inducirten Diabetes abgeleitet werden.*

Es ist begreiflich, dass unter den *Lokal*erkrankungen nur *Hirn*erkrankungen es sein können, die als Ursache von Diabetes und direkter Augenaffektion auftreten. Die Erkrankung des Pankreas z. B. kann ja nicht *direkt* auf das Auge wirken.

Wenn jede Krankheit, bei der Zucker im Urin vorkommt, Diabetes mellitus heisst, dann ist der neurogene Diabetes eine richtige Zuckerharnruhr. Wenn man aber die «Zuckerharnruhr», das ist das Harnen von Zucker, nicht einmal als ein besonders wichtiges Symptom einer *typischen* Krankheit, des *typischen* «Diabetes mellitus» ansieht, (sowie es typische Retinitis pigmentosa *sine pigmento* gibt), dann wird es fraglich, ob der neurogene Diabetes mellitus die typische Krankheit sei, ob es sich nicht vielmehr bloss um Zuckerharnen, um Glycosurie handelt, um ein Symptom, das als solches eine sehr geringe Bedeutung hat, während die schweren Krankheitserscheinungen direkt vom Hirnleiden abhängen.

Im Allgemeinen kann sich bei cerebralem Diabetes Folgendes ereignen:

1. Die Hirnerkrankung erzeugt Diabetes und bedrängt als solche *direkt Kerne und Faserung der Optici* an irgend einer Stelle zwischen der Rinde des Occipitallappens und dem Canalis opticus. Sitzt der Heerd in einer Grosshirn-Hemisphäre, dann zeigt sich die Augenaffektion als *homonyme Hemianopie*; sitzt dieselbe an der Sella turcica: als *heteronyme Hemianopie* oder als *einseitige Erblindung* mit temporalem Defekte des zweiten Auges oder als *vollständige beiderseitige Erblindung*. Ebenso kann *corticale, nucleare* oder *fascikuläre Augenmuskellähmung* (MAUTHNER) die direkte Folge des Hirnleidens sein, wenn die *corticalen Centren*, die *Nuclei* oder die *cerebralen Faserstrahlungen* der motorischen Augennerven direkt ergriffen sind.

2. Der Krankheitsherd im Hirne, der den Diabetes erzeugt, wirkt nicht direkt auf Kerne und Faserung der Optici, sondern erregt *durch Fernwirkung* Neuritis, Neuroretinitis und Stauungspapille.

3. Das Hirnleiden führt nur zum Diabetes und dieser zur Affektion des Auges, welche demnach *vom Hirnleiden als solchem nicht* abhängig ist. Ich selbst glaube nicht an eine solche Möglichkeit, da ich den neurogenen Diabetes nicht für Diabetes halte, sondern als Glycosurie ansehe. Auch liegt in der Literatur kein einziger unzweifelhafter Fall nach dieser Richtung vor.

4. Die vorhandenen Augensymptome sind *zum Theile direkt* vom *Hirnleiden* abhängig, *zum Theile* sind sie durch den *inducirten Diabetes* hervorgerufen. Auf eine solche Möglichkeit wurde ich durch den oben angeführten Fall ANDERSON's geführt, der sich nach dieser Hinsicht ausbeuten liesse. Ich selbst glaube selbstverständlich nicht an eine derartige Deutung der Symptome, umsoweniger als in ANDERSON's Falle Syphilis zu Grunde lag und die vorhandene Retinitis daher ganz einfach syphilitischer Natur sein konnte.

Von besonderem Interesse ist es, dass jene Augenaffektionen, welche bei *cerebralem* Diabetes durch das Hirnleiden *direkt* hervorgerufen werden, auch beim wahren *konstitutionellen* Diabetes als *sekundäre* Erscheinungen

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 6, 7, 9, 11, 16, 1893.

auftreten. Durch Blutungen (Kapitel III) in eine Hirnhemisphäre, in das Chiasma, die Sehnervenscheiden kommt es zu homonymer Hemianopie, zu homonym-hemianopischen Defekten, zu ein- und doppelseitiger Erblindung. Bemerkenswerth ist, dass heteronyme laterale Hemianopie (MAUTHNER) noch nie bei Diabetes mellitus, zu wiederholten Malen jedoch bei Diabetes insipidus beobachtet wurde. Bedenkt man, dass der von DE DOMINICIS durch Exstirpation des Pankreas erzeugte Diabetes insipidus genau die gleiche Krankheit war, wie der auf gleiche Art producirte Diabetes mellitus, so kann man mit gutem Gewissen annehmen, dass sich die bei Diabetes insipidus beobachtete heteronyme Hemianopie an die homonyme Hemianopie des Diabetes mellitus anreihe und dass so wie diese letztere ihren Grund in einer Blutung in die Grosshirnhemisphäre hat, die erstere durch eine Blutung ins Chiasma erzeugt werde.

Aber nicht blos die Affektionen des Opticus, auch die Augenmuskellähmungen treten, wie wir wissen, bei konstitutionellem Diabetes auf und auch diese sind durch Blutungen in die Kerne oder Strahlungen der motorischen Nerven bedingt.

Anderseits werden die krankhaften Veränderungen im Opticus, die als Neuritis (Papillitis), Neuroretinitis (Papilloretinitis) und Stauungspapille erscheinen und die bei cerebralem Diabetes der Ausdruck für die Fernwirkung des Hirnherdes (Hirntumors) sind, auch bei konstitutionellem Diabetes beobachtet. Von diesen Leiden sagten wir (Kapitel IV), dass sie hervorgerufen werden durch die Toxine, welche beim Diabetes im Blute kreisen.

Die Zuckerharnruhr, welche bei Leiden des centralen Nervensystems sich ausbilden kann, beeinflusst nicht direkt das Sehorgan; die krankhaften Erscheinungen an diesem letzteren Organe werden vielmehr direkt durch die Hirnerkrankung hervorgerufen.

Anders jedoch könnte sich die Sache gestalten, wenn nicht ein lokales Hirnleiden Zuckerharnen erzeugt, sondern wenn wir bei einem Allgemeinleiden Diabetes und Augenaffektion entstehen sehen. Wenn durch Syphilis wirklich Augenleiden und Diabetes bedingt werden können, so ist nicht blos der Fall, den wir oben zum Exempel brauchten, möglich, dass die Lues einerseits Diabetes, anderseits z. B. als solche eine Retinitis erzeugt, sondern in diesem Falle wäre sehr gut denkbar, dass durch die syphilitische Erkrankung des «Diabetes-Organs», sagen wir des Pankreas der wahre, richtige Diabetes mellitus hervorgerufen wird, und wenn der Diabetes überhaupt zu Retinitis führen kann, so ist nicht einzusehen, warum der durch Syphilis inducirte dies nicht gleichfalls vermöchte. Und da wir uns einbilden, dass wir mit dem Augenspiegel eine Retinitis syphilitica von einer Retinitis diabetica unterscheiden können, so wäre es unter solchen Umständen sogar möglich, die Differentialdiagnose zu stellen, ob bei einem auf Syphilis beruhenden Diabetes die Augenkrankheit direkt durch die Syphilis oder ob sie durch den inducirten Diabetes hervorgerufen wurde.

Eine Allgemeininfektion kann, indem sie zur Erkrankung des «Diabetes-Organs» führt, jene Krankheit erzeugen, deren Symptomenkomplex konstitutioneller Diabetes mellitus genannt wird. Die Allgemeininfektion kann als solche, oder auf dem Umwege des Diabetes zur Augenerkrankung führen. Durch Tilgung der Grundursache kann sowohl dieser wahre Diabetes, als auch das direkt oder indirekt erzeugte Augenleiden behoben werden.

VII.

Nun habe ich, «de omnibus rebus et quibusdam aliis», nur nicht über jenes Thema gesprochen, das am Kopfe dieser Erörterungen unter dem Titel: «Amblyopia diabetica» sich ankündigt. Das Kapitel über Amblyopia «diabetica» scheint mir nämlich das wichtigste, weil aus der fehlerhaften Diagnose: Amblyopia «diabetica» dem Patienten ein grosser Nachtheil erwächst. Zunächst ist es wichtig zu fragen, in welchem Falle wir überhaupt eine solche Diagnose zu stellen berechtigt sind. Nach PHILIPP v. WALTHER sind Amaurose und Amblyopie Zustände, bei denen der Patient nichts sieht, und der Arzt auch nichts. Dieser Ausspruch, der aus vorophthalmoskopischer Zeit stammt, gilt auch heute noch, nur dass die Diagnose der Amblyopie jetzt erst dann gestellt wird, wenn der Arzt bei der Klage über Schlechtsichtigkeit weder mit dem freien Auge, noch auch mit dem Augenspiegel etwas Krankhaftes entdeckt. Doch sollte diese Diagnose heutzutage eingeschränkt werden, denn wenn man bei negativem Befunde die Ursache des Leidens lokalisiren kann, wie bei der Hemianopie, oder wenn man das unsichtbare Leiden als retrobulböse Neuritis erkennt, so sollte man doch nicht von einer Amblyopia d. h. man sollte nicht von einem Leiden sprechen, dessen Ursache man nicht kennt.

(Schluss folgt.)

*Aus der chirurgischen Klinik des Herrn **Hofr. Prof. Albert**.*

Chirurgisch-bakteriologische Mittheilungen.

Von **Dr. Julius Schnitzler**, Assistent der Klinik.

(Fortsetzung und Schluss.*)

IV. Abscesse, bedingt durch seltenere Eiterungserreger.

In Kürze will ich hier noch über zwei durch den Diplococcus FRÄNKEL-WEICHSELBAUM und einen durch den Staphylococcus cereus albus bedingten Abscess berichten.

1. J. R. 1 Jahr alt, bis vor 5 Tagen gesund gewesen. Seit dieser Zeit wird der Arm steif gehalten, seit 4 Tagen besteht Fieber und eine rasch zunehmende Schwellung des rechten Oberarmes. Schüttelfrost ist nicht aufgetreten. Man findet an dem kräftigen, hoch fiebernden Kind eine beträchtliche ödematöse Schwellung der zwei unteren Dritttheile des Oberarmes und des obersten Dritttheiles des Vorderarmes, geringe Röthung, starke Schmerzhaftigkeit, über dem Condylus externus humeri Fluctuation. Die sofort ausgeführte Incision entleert dicken Eiter, der das Ansehen des Eiters aus gewöhnlichen heissen Abscessen hat. Drainage, Verband. Aus dem Verlaufe wäre nur hervorzuheben, dass die Sekretion eine auffallend geringe blieb und die Heilung des grossen, um den ganzen Oberarm herum sich erstreckenden Abscesses verhältnissmässig rasch vor sich ging.

Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab massenhafte, mit Kapseln versehene Diplokokken. Die Kultivirung ergab FRÄNKEL-WEICHSELBAUM'sche Kokken in Reinkultur und in für Mäuse und Kaninchen vollvirulentem Zustand.

Es wurde speziell nachgefragt, ob das Kind vor der erwähnten Erkrankung an Husten gelitten hatte, resp. ob unter seinen Hausgenossen Erkrankungen der Athmungsorgane in der letzten Zeit vorgekommen waren. Es waren die Erhebungen nach dieser Richtung vollkommen negativ. Die Quelle der Infektion blieb also unbekannt. Dass die aus diesem Falle gewonnene Diplokokken vollvirulent für Versuchsthiere waren, erscheint uns deswegen erwähnenswerth, weil manche Autoren der Ansicht sind, dass nur abgeschwächte Pneumokokken pyogen wirkten. Allerdings supponiren andere Autoren gerade eine erhöhte Virulenz bei den pyogen wirkenden Diplokokken. Dass die ersterwähnte Anschauung nicht richtig sein kann, beweist der angeführte Fall.

2. Frau S. W. war nach einem vor zwei Monaten überstandenen febrilen Puerperium unter Schüttelfrösten und hohem Fieber erkrankt und bot nach mehrtägiger Dauer septischer Symptome Anzeichen, die das Vorhandensein eines Leberabscesses wahrscheinlich machten. Die ausserhalb des Spitales ausgeführte Probepunktion ergab das Vorhandensein eines Eiter-

*) Siehe «Intern. Klinische Rundschau» Nr. 16, 17 u. 20, 1893.

herdes in der Leber. Patientin wurde daher in das Krankenhaus aufgenommen und am 2. Juli 1892 operirt. Doch blieb der Eingriff ohne Erfolg und die Kranke ging zu Grunde. Die Sektion ergab das Vorhandensein zahlreicher kleiner neben einem grossen Leberabscess und als wahrscheinlichen Ausgangspunkt der pyämischen Infektion einen ulcerösen Prozess in der Ileocoecalparthie des Darmes. Im Eiter des grossen Abscesses fanden sich mohnkerngrosse gelbe Körner, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als aus zu zwei, selten zu vier (in kurzen Ketten) angeordneten Kokken bestehend erwiesen.

Die weitere Untersuchung ergab nun, dass es sich hier um Mikroorganismen handelte, die in ihren kulturellen Eigenschaften theils den Pneumoniediplokokken, theils den Streptokokken glichen. Zunächst gediehen sie nicht bei Zimmertemperatur. Nur in den heissen Augusttagen, an denen die Zimmertemperatur so hoch war, dass die Gelatine in den Eprouvetten verflüssigt wurde, trat auch auch in dieser ein Wachsthum auf. Auf Agar zeigten sie, ebenso auch in Bouillon, ein dem der Streptokokken vollkommen analoges Wachsthum. Ihre Anordnung war meist zu zwei, manchmal zu vier, d. h. zwei Diplokokken hintereinander; niemals liesen sich Kapseln nachweisen. Thierversuche, auch mit dem Abscesseiter direkt am Tage der Entnahme angestellt, ergaben ein negatives Resultat. Nur die Injektion frischer Bouillonkultur in den Kaninchenbulbus erregte in diesem eine den ganzen Bulbus ergreifende Vereiterung, die jedoch niemals zur Allgemeininfektion führte. Aus dem vereiterten Bulbus konnte der injizirte Mikroorganismus in Reinkultur wieder gewonnen werden.

Dieser Mikroorganismus gehört also in die Reihe der schon mehrfach, am eingehendsten von KRUSE und PANSINI[1]) untersuchten Zwischenformen zwischen dem Pneumoniecoccus und dem Streptococcus pyogenus.

3. M. N., 2 Jahre alt, seit ca. 14 Tagen an Fieber und Schwellung des rechten Ellbogengelenkes erkrankt. Man findet das rechte Ellbogengelenk spitzwinkelig gebeugt, starr gehalten, die Gelenkgegend sowie die angrenzenden Hälften des Oberarmes und Vorderarmes ödematös geschwellt, heiss, die Decken geröthet. Die Incision entleert dicken Eiter von gewöhnlichem Aussehen. Man gelangt in eine in das Ellbogengelenk sich erstreckende Abscesshöhle. Drainage. Rasche Heilung mit vollkommener Beweglichkeit. Die Untersuchung des Eiters ergibt massenhafte Kokken in Häufchen eingeordnet. Die Kulturen ergeben nur eine Art, die dem Staphyl. cereus albus völlig analog erscheint. Diese Kokkenart wurde schon von PASSET in seinen bekannten Untersuchungen über die menschlichen Eiterungsprozesse beschrieben. In einer grösseren Reihe von Fällen hat LEVY[2]) diese Mikroorganismenart aus dem Eiter gewinnen können, nachdem LEVY und LIMBOURG[3]) dieselbe schon vorher als wahrscheinlichste Ursache sympathischer Ophthalmie kennen gelernt hatten. Im Thierexperimente erwies sich der Staphyl. cereus albus den erwähnten Forschern ganz inoffensiv, nur durch Injektion in den Kaninchenbulbus konnten plastisch-entzündliche Veränderungen hervorgerufen werden. Die Resultate der genannten Autoren kann ich nach meinen eigenen Versuchen bestätigen. Auch mir gelang es nur durch Injektion in den Bulbus pathologische (plastisch-entzündliche) Veränderungen mittels des Staphyl. cereus albus hervorzurufen. Es besteht also hier eine gewisse Incongruenz zwischen der unzweifelhaft vorhandenen pyogenen Fähigkeit dem Menschen gegenüber und der relativen Inoffensivität den Versuchsthieren gegenüber. Analog den mit dem Staphyl. pyogenes aureus unternommenen Infektionsversuchen am Menschen habe ich versucht, ob es möglich ist, durch Einreibung einer frischen Kultur des Staphyl. cereus albus in die Haut eine Furunkulose zu erzeugen. Ich habe diesen Versuch dreimal an meinem Vorderarm vorgenommen, jedesmal ohne die geringste Reaktion zu erzielen. Endlich habe ich mir 1 Tropfen einer Bouillonreinkultur des Staphyl. cereus albus in die Haut des linken Vorderarmes injicirt, ebenfalls ohne eine Reaktion zu erzielen. Es scheint daher dieser Mikroorganismus wohl nicht in dem Grade, wie die gewöhnlichen Eiterkokken für die Menschen pathogen zu sein.

[1]) Zeitsch. für Hygiene 1891.
[2]) Archiv für experim. Pathologie Bd. 29.
[3]) Ibid. Bd. 28.

* * *

V. Zur Therapie der Pustula maligna.

M. B., 28 Jahre alt, Bürstenbindersgattin, erschien am 28. März d. J. in der Ambulanz der I. chirurgischen Klinik, und zwar wegen einer den linken Arm betreffenden Erkrankung, über welche sie nachfolgende Angaben machte. Vor 3 Tagen hatte sie über dem untersten Ende des linken Radius ein kleines, gelbes, schmerzloses Knötchen bemerkt, das ihr Mann zerdrückte. Am Tage darauf (26. März) trat eine Schwellung bis zur Mitte des Vorderarmes auf, die am nächsten Tage sich über den ganzen Vorderarm verbreitete. Gleichzeitig trat hohes Fieber und Appetitlosigkeit ein. Ein Schüttelfrost soll am 26. März aufgetreten sein.

Die Untersuchung der hoch fiebernden (39·9) Patientin ergab eine vom linken Ellenbogengelenk bis zu den Metakarpophalangealgelenken sich erstreckende blasse Schwellung, die von viel derberer Consistenz war als das gewöhnliche entzündliche Oedem. Im Bereiche dieser Schwellung war keine Schmerzhaftigkeit vorhanden. An der radiovolaren Fläche des Vorderarmes, und zwar ein wenig oberhalb des unteren Radiusendes gelegen, sitzt eine bohnengrosse, mit sanguinolent gefärbter Flüssigkeit gefüllte Blase, deren nächste Umgebung derb infiltrirt ist. In der Achselhöhle einige, mässig stark geschwellte Lymphdrüsen fühlbar.

Bei dem beschriebenen Aussehen des Erkrankungsgebietes musste selbstverständlich der Verdacht auf das Bestehen einer Pustula maligna geweckt werden. Sofort angefertigte Deckglaspräparate aus dem hämorrhagischen Blaseninhalt ergaben in der That das Vorhandensein typischer Milzbrandstäbchen. Es wurde daher die Kranke an die Klinik aufgenommen, die Pustel sammt der infiltrirten Randparthie exstirpirt, der Grund verschorft.

Dieser Eingriff blieb jedoch ganz ohne Effekt. Am nächsten Tage hatte Patientin Morgens 39·6, Abends 39·7 Temperatur, war appetitlos und abgeschlagen, die Nacht war schlaflos gewesen, der Arm schmerzhaft, die Schwellung hatte sich auf den Oberarm verbreitet. Die Schwellung der axillaren Lymphdrüsen hatte zugenommen. Daher beschloss ich, die Ausräumung der Achselhöhle vorzunehmen und führte dies auch (am 29. März), circa 24 Stunden nach der Exstirpation der Pustel, aus. Die Ausräumung wurde in typischer Weise gemacht. Die Drüsen erwiesen sich als bis zu Nussgrösse geschwellt, dunkelblauroth, hämorrhagisch infarcirt, das Gewebe der Achselhöhle ödematös. Naht. Drainage mittels eines Jodoformgazestreifens.

Nach vollendeter Operation und Anlegung des Verbandes wurde der Verband an der Stelle der exstirpirten Pustel entfernt und zeigte sich die Schwellung wohl in der nächsten Nähe des Defektes vermindert, sonst keine Aenderung.

Am Morgen nach der Lymphdrüsenexstirpation war die Kranke entfiebert (37°) und blieb bis zu ihrer Entlassung aus der Klinik (8. April) fieberfrei. Auch das subjektive Wohlbefinden stellte sich vom Tage nach der Achselhöhlenräumung an ein und blieb weiterhin ungestört. Sehr langsam jedoch ging die Schwellung des linken Armes zurück, von der zur Zeit der Entlassung der Kranken aus dem Spitale noch deutliche Spuren vorhanden waren. Die Achselhöhlenwunde heilte per primam, der Defekt am Vorderarm war zur Zeit der Entlassung der Kranken in tadelloser Granulation begriffen.

Die bakteriologische Untersuchung ergab nachfolgendes Resultat. Am 28. März wurden aus der excidirten Pustel Milzbrandkulturen gewonnen, deren volle Virulenz durch Thierversuche erwiesen wurde. Hingegen blieben die aus dem Blute und die aus dem gelegentlich der Excision der Pustel ausquellenden Oedem des Vorderarmes angelegten Impfstiche aus-

nahmslos steril. Am 29. März wurden die exstirpirten Drüsen sofort untersucht. Abstreifpräparate ergaben erst nach langem Suchen das Vorhandensein vereinzelter Stäbchen. Von den aus den Drüsen angelegten Kulturen blieben einzelne steril, in der Mehrzahl derselben gingen Anthraxbacillen, und zwar ohne jede Verunreinigung auf. Ihre Virulenz wurde durch Thierversuche bewiesen. — Da die Frau bis unmittelbar vor der Aufnahme ein Kind gesäugt hatte, konnte auch Milch zur bakteriologischen Untersuchung verwendet werden. Entsprechend dem negativen Befunde im Blute war die Sterilität der aus der Milch angelegten Kulturen nicht überraschend.

Was zunächst die Aetiologie des Falles betrifft, so darf man wohl annehmen, dass die Infektion der Frau hier durch Manipulationen ihres Mannes an einer bereits lädirten Stelle des Vorderarmes erfolgte Der Mann hat als Bürstenbinder mit Haaren verschiedener Thierarten, insbesondere Rosshaaren zu thun. Leider konnte ich mir keine Probe aus der Infektionszeit verschaffen und so bleibt diese sehr wahrscheinliche Erklärung des Infektionsmodus ohne direkten Beweis.

Von noch grösserem Interesse ist die Erörterung der Frage, ob die eingeschlagene Therapie Antheil an dem günstigen Ausfalle des Krankheitsprozesses gehabt, oder ob auch ohne Entfernung der bereits infizirten Lymphdrüsen Heilung eingetreten wäre. Wir wissen durch die Untersuchungen von COLIN,[1]) dass die Generalisirung des Milzbrandes immer auf dem Wege der Lymphbahnen erfolgt und NISSEN[2]) hat durch seine experimentellen Untersuchungen die Richtigkeit dieser Anschauung bestätigt und dargethan, mit welcher Raschheit das Einwandern der Milzbrandbacillen in die regionären Drüsen bei disponirten Thieren erfolgt. Die experimentell-therapeutischen Versuche NISSEN's erstrecken sich jedoch nur auf die Exstirpation der infizirten Stelle selbst, die nach erfolgter Infektion der Lymphdrüsen bei den Versuchsthieren naturgemäss erfolglos sein musste. Für die uns mit Rücksicht auf den beschriebenen Fall interessirende Frage wäre die Kenntniss des Intervalles von Bedeutung, der zwischen Infektion der regionären Lymphdrüsen und Allgemeininfektion (beim Menschen) verstreicht Nach COLIN besteht zwischen primärer Infektion, Drüseninfektion und Allgemeininfektion immer eine Zeit des Stillstandes, in welcher eventuell das spontane Erlöschen des Milzbrandes erfolgen kann. Während wir nun zur Genüge darüber unterrichtet sind, dass die Milzbrandpustel des Menschen, insbesondere an den Extremitäten, spontan oder unter der Einwirkung der verschiedensten lokalen therapeutischen Eingriffe ausheilen kann, fehlen uns genaue Angaben über die Prognose nach eingetretener Infektion der regionären Lymphdrüsen und darum ist es auch unmöglich, betreffs des hier erwähnten Falles zu präzisiren, ob die Achselhöhlenausräumung direkt lebensrettend oder aber nur die Heilung beschleunigend bewirkt hat. Dass zu mindest Letzteres der Fall gewesen, darf wohl nicht bezweifelt werden

Vor der Lymphdrüsenexstirpation Temperatur 39·7°, am Morgen des nächsten Tages 37° und völliges Wohlbefinden. Diese eklatante Wirkung der Lymphdrüsenexstirpation findet sich schon einmal in der Litteratur verzeichnet, und zwar bei KURLOFF.[3]) Auch in diesem Falle war eine Milzbrandpustel (an der linken Hand) exstirpirt worden, doch fiel das Fieber hierauf nicht ab, die Achseldrüsen schwollen an. Als am 2. Tage nach der Exstirpation der Pustel die Temperatur auf 40° gestiegen war, exstirpirte v. NUSSBAUM die hämorrhagisch infiltrirten Achseldrüsen, worauf rasch Temperaturabfall und Heilung auftrat.[4])

Wenn auch durch den Fall KURLOFF's und den von mir operirten die absolute Nothwendigkeit der Lymphdrüsenexstirpation bei Milzbrandinfektion nicht bewiesen ist, da ja die Möglichkeit nicht abzuläugnen ist, dass beide Patienten auch ohne diesen Eingriff geheilt worden wären, so ist doch die unmittelbar an die Entfernung des sekundären Infektionsherdes sich anschliessende Besserung eine so auffallende, dass der Nutzen des Eingriffes wohl nicht in Abrede gestellt werden kann, wenn er vielleicht auch nur in einer Abkürzung des Krankheitsverlaufes bestanden hat.

Ich möchte daher dem therapeutischen Nihilismus, den NISSEN (l. c.) für die Behandlung der Milzbrandpustel propagirt, entschieden entgegentreten. NISSEN schreibt nämlich:

«Bei geringer lokaler Ausdehnung des Milzbrandes begrenzt sich die erkrankte Stelle bald von selbst — offenbar durch schnelles Absterben der Bacillen — bei grosser Ausdehnung der lokalen Erscheinungen ist eine Begrenzung operativ nicht möglich und schliesslich — das ist der wichtigste Punkt — hat in keinem der beiden Fälle die operative Behandlung der Infektionsstelle irgend einen Einfluss auf die Generalisation der Infektion.» So richtig dieser Satz für die hoch disponirten Thiere (Mäuse, Kaninchen) ist, so wenig ist er es für den Menschen, bei dem, wie erwähnt, zwischen Lokalinfektion, Drüseninfektion und Allgemeininfektion bemerkenswerthe Zeitintervalle bestehen. Unter diesen Umständen ist es Pflicht des Arztes zunächst den primären Herd zu exstirpiren und dann die sekundär geschwellten Drüsen, wenn auch deren Erkrankung nachweisbar ist. Und wenn dann die Allgemeininfektion doch eintritt, so trifft den Arzt keine Schuld mehr, denn er hat wenigstens sein Möglichstes zur Rettung des Kranken versucht.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 12. Mai 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Dr. Wintersteiner: *Ein Fall von angeborener Pupillarmembran* (Demonstration).

Bei einem 11 jährigen Mädchen, welches mit 8 Monaten ausgetragen wurde, stellte sich einige Tage nach der Geburt eine heftige Entzündung an beiden Augen ein, welche am linken Auge in der Mitte eine grosse zarte Trübung mit verwaschenen Grenzen zurückliess. In der Mitte dieser Trübung eine hufeisenförmige Verdichtung, welche braun pigmentirt erscheint. Der linke Bulbus ist etwas nach innen unten abgelenkt und zeigt bei der Fixation nystagmusartige Bewegungen in horizontaler Richtung und leichte drehende Bewegungen. Iris und Kammer sind normal. Vom kleinen Iriskreise ziehen beiläufig 20 feine braune Fäden zur Hornhautnarbe hin und schwellen stellenweise zu kleinen Knoten an, wobei sie mit einander durch feine Fädchen anatomosiren. Einige entspringen mit einer Wurzel, andere mit 3—4 Wurzeln. Die Pupille ist frei beweglich. Katarakta pyramidalis mit braun gefärbter Spitze. Das Auge ist stark amblyopisch. Es handelt sich hier nicht um vordere Synechien, sondern um Reste einer foetalen Pupillarmembran. Für die Entstehung einer solchen gibt es zwei Erklärungen; die eine fasst sie als Entwicklungshemmung auf, während die andere in plausibler Weise annimmt, dass es hier durch Blennorrhoea neotarum zu einem Hornhautgeschwür gekommen ist, nach dessen Durchbruche das Kammerwasser abliefund die vorhandene Pupillarmembran in die Wunde einheilte. Für diese Annahme würde auch die in der Hornhautnarbe noch sichtbare Pigmentirung sprechen.

* * *

Prof. Max Gruber: *Die Kresole in ihrer Anwendung als Antiseptica.*

Die als Desinfektionsmittel bewährte Karbolsäure hat in den letzten Jahren in den ihr nahe verwandten Kresolen sehr gefährliche Concurrenten erhalten, über deren Herkunft und Wirksamkeit Vortragender nun berichtet. In demselben Verhältnisse, in dem das Phenol zum Benzol steht, stehen die Kresole zum nächsten Homologen des Benzols, zum Toluol, $C_6H_5(CH_3)$, sie sind nämlich

[1]) Cit. nach FISCHER, Allgemeine Chirurgie.
[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1891, Nr. 53.
[3]) Deutsches Archiv für klin. Med. Nr. 44, 1889.
[4]) In der k. k. Gesellschaft der Aerzte stellte am 14. April Dr. A. KLEIN einen durch Exstirpation der Pustel und der regionären Lymphdrüsen geheilten Fall an Milzbrandinfektion vor.

Hydroxylverbindungen des Toluol und haben die Formel $C_6 H_4 \begin{cases} CH_3 \\ OH. \end{cases}$ Die Monosubstitutionsprodukte des Benzols haben gleiche Eigenschaften, während die Disubstitutionsprodukte, je nach der Stellung des CH_3 im Kerne verschieden sind. Man unterscheidet daher Orthokresol, Metakresol und Parakresol. Während das Metakresol eine ölige Flüssigkeit darstellt, bilden die beiden anderen farblose Krystalle. Im reinen Zustande werden diese 3 Kresole aus den Amidotoluolen gewonnen, indem ein Wasserstoff durch die Amidogruppe ersetzt wird. Viel billiger als diese Darstellungsweise kommt die Fabrikation der Kresole im grossen Maassstabe aus dem Steinkohlentheer als Nebenprodukt der Karbolsäurefabrikation, wobei allerdings keine ganz reinen Präparate gewonnen werden. Bei der fraktionirten Destillation des Theeres sind im Leichtöl hauptsächlich das Phenol, im Schweröl die Homologen enthalten. Um das Phenol von den übrigen Bestandtheilen zu trennen, werden diese Fraktionen mit verdünnter Natronlauge behandelt, wobei Phenolnatrium entsteht, aus welchem erst die reine Karbolsäure bereitet wird, was durch Zusatz von Schwefelsäure geschieht. Die rohe Karbolsäure enthält nur 50 % Karbolsäure, der Rest ist Wasser und 20—25 % sind Homologe, denen bis jetzt sehr wenig Beachtung geschenkt wurde. Die Karbolsäure kommt in den Handel als absolute Karbolsäure, als chemisch reine, als technisch reine als 100%ige, als rohe Karbolsäure mit 50, 40 und selbst 20 % und endlich als Kreosotöl. Die Bezeichnung «100%ige Karbolsäure» könnte irre führen, da man darunter nichts Anderes meint als dass 100 % dieser Flüssigkeit in Natronlauge löslich sind. Die rohe Karbolsäure ist nichts Anderes als das Schweröl, welches eine inkonstante Wirkung hat, da es wechselnde Mengen von Phenol und Homologen besitzt.

Kreosot ist ein Gemisch von gleichen Theilen Phenol und Kresol.

Die rohe Karbolsäure steht seit langer Zeit als Desinfektionsmittel der Fäcalien im Gebrauche, wozu sie sich als billigstes und fäulnisshemmendes Desodorans am besten eignet, während sie wegen ihres reichen Gehaltes an unlöslichen Stoffen zu feineren Zwecken nicht zu gebrauchen ist. Mit der 100%igen Karbolsäure wusste man lange nichts anzufangen, da sie in Wasser nur wenig löslich ist.

Im Jahre 1887 tauchte das Kreolin auf, welches eine schwarz-braune ölige Flüssigkeit darstellt, die mit Wasser geschüttelt eine Emulsion gibt, die sich lange Zeit unverändert erhält. Das Kreolin konnte sich wegen mannigfacher Uebelstände, die ihm anhaften, nicht in der chirurgischen Praxis behaupten. Diese bestehen darin, dass die Flüssigkeit trübe ist und Hände und Instrumente schlüpfrig macht. Auch ist der Preis des Präparates im Verhältnisse zu seiner Wirksamkeit viel zu hoch, da man es in grosser Concentration anwenden muss, wenn es die Mikroben in wenigen Sekunden abtödten soll. Die Emulsion entsteht durch den Gehalt des Präparates an Harzseife. Dasselbe enthält nur 20—30 % Phenol, dafür viele Kohlenwasserstoffe, welchen es seinen üblen Geruch verdankt. Eine 5%ige Emulsion desselben tödtet in einer halben Minute Staphylococcus pyogenes aureus. Bei dem niedrigen Gehalte des Kreolin an Phenol musste daher geschlossen werden, dass die Homologen eine viel grössere desinficirende Wirksamkeit besitzen, als die Phenole selbst. Da ferner die rohe Karbolsäure durch den Zusatz von Schwefelsäure viel wirksamer gemacht wurde, so musste man daran denken, dass in der Karbolsäure etwas stecke, was wirksamer ist als diese selbst und es hat auch FRÄNKEL nachgewiesen, dass die Kresole die erhöhte Wirksamkeit für sich beanspruchen dürfen. Es wurde nun nach Mitteln gesucht, um grössere Mengen des Kresols in wässerige Lösung zu überführen. Die wässerigen Lösungen besitzen eine hohe Desinfektionskraft; allerdings erreichen sie das von KOCH geforderte Ideal nicht, welcher nur dasjenige Antisepticum als vollkommen ansieht, welches die Dauersporen des Milzbrandbacillus, die eine grössere Widerstandskraft als die vegetativen Bakterien besitzen, zu tödten im Stande ist. Diese Aufgabe zu lösen ist aber kein Desinfektionsmittel im Stande, da dazu eine Concentration gehören würde, die der Organismus nicht verträgt. Dieser Standpunkt KOCH's ist viel zu rigoros, für die chirurgische Praxis aber ganz belanglos, da es sich hier meist nur um weniger widerstandsfähige vegetative Formen handelt, welche leicht abgetödtet werden können. 5%ige Karbolsäure tödtet selbst in 40 Tagen die Milzbrandsporen nicht. Ja sogar Sublimat 1 : 1000 ist denselben gegenüber ganz machtlos, ebenso wie andere concentrirte Lösungen.

Bis heute existirt kein Mittel, welches diese Sporen abzutödten im Stande wäre. Von diesem Standpunkte aus wäre demnach die ausschliessliche Verwendung des Sublimates in der chirurgischen Praxis nicht mehr gerechtfertigt, da mittelst desselben nicht mehr erreicht werden kann als mit anderen harmlosen Mitteln. Die Gefährlichkeit desselben geht aus einer Mittheilung Hofrath ALBERT's hervor, welcher an sich selbst, in Folge der häufigen Hantirung mit Sublimat, Symptome von Quecksilbervergiftung beobachtete. Es ist daher nicht einzusehen, warum man noch bei seiner Anwendung bleibt. — Wenn man gleiche Gewichtstheile von concentrirter Schwefelsäure und Kresol in der Kälte mischt, so bekommt man eine ölige Flüssigkeit, welche in allen Verhältnissen in Wasser löslich und sehr wirksam ist; sie hat aber nur eine beschränkte Anwendbarkeit, da die in ihr enthaltene concentrirte Schwefelsäure stark ätzend wirkt, so dass sich das Mittel nur zur Desinfektion von Fäcalien eignet.

Von grosser Wirksamkeit sind die Lösungen der Kresole in Seifen, welche in der Weise hergestellt werden, dass man gleiche Gewichtstheile Harz- oder Kaliseife mit Kresol in destillirtem Wasser mischt. Die Lösungen sind klar und lassen sich in beliebiger Weise verdünnen. Das Lysol, welches ein Gemisch von Kaliseife und Kresol ist, beschädigt die Objekte nicht, besitzt eine hohe desinficirende Kraft und vereint in sich noch den Vortheil, dass es, da es die Fette löst, zugleich reinigend wirkt, wodurch es sich sehr für die gynäkologische Praxis eignet. In concentrirtem Zustande wirkt es nicht ätzend und besitzt eine geringe Giftigkeit (0·6 *gr* pro 1 *kg* Thier ist die tödtliche Dosis).

Das Solutol wird dadurch erhalten, dass man Kresol mit einer unzureichenden Menge von Natronlauge zusammenbringt. Dasselbe ist sehr billig, wirkt aber in concentrirtem Zustande sehr ätzend, oxydirt sich allmälig an der Luft und ist daher nur für die grobe Desinfektion zu gebrauchen.

Das Prinzip, der jüngster Zeit in den Handel gebrachten Saprole ist das, dass man das Desinfektionsmittel in Flüssigkeiten löst, die leichter sind als das Wasser, und daher bei der Anwendung auf den zu desinficirenden Substanzen schwimmen und dieselben vor dem Luftzutritt schützen. Sie bilden Lösungen von roher Karbolsäure in Steinöl in solcher Menge, dass das Gemisch 50 % Kresol enthält und eignen sich zur groben Desinfektion von Fäcalien, da sie ausgezeichnet desodorisirende und nicht theure Mittel sind. Sie bewähren sich nur in höherer Concentration und sollen so angewendet werden, dass man das Mittel auf den Boden des Behälters giesst, so dass das Oel beim Aufsteigen durch Diffusion seine wirksamen Substanzen abgibt. Da das Steinöl die Hausgeräthe verdirbt, so eignen sich die Saprole nur für die grobe Desinfektion.

Für den besseren Gebrauch, respektive für chirurgische Zwecke eignen sich nur die Kresolseifenmischungen, welche den Vortheil haben, dass sie in verdünnten Lösungen dieselbe Wirkung erzielen wie concentrirte Lösungen von Karbolsäure, so dass sie dreimal so stark sind, wie das Phenol. Sie haben ferner mit der Karbolsäure gemein, dass sie in eiweisshaltigen Flüssigkeiten wenig von ihrer Wirksamkeit verlieren; sie sind auch weniger giftig und selbst in concentrirtem Zustande nicht ätzend. Für die chirurgische Praxis haben sie aber den Nachtheil, dass sie nur mit destillirtem Wasser klare Lösungen geben, nicht aber mit gewöhnlichem Wasser, da die Seife durch den Kalkgehalt zersetzt wird; sie machen die Instrumente und Hände schlüpfrig. Das Solveol dagegen, welches eine Auflösung des Kresols in kreosotsaurem Natron darstellt, ist in allen Verhältnissen in Wasser löslich, gibt auch mit Brunnenwasser klare Lösungen und macht die Instrumente nicht schlüpfrig. Die damit in der Chirurgie bis jetzt erzielten Resultate sind zufriedenstellende.

Vortragender ging nur der Frage nach, ob es speziell für die chirurgische Praxis nothwendig sei, so komplicirte Kresolpräparate anzufertigen, und ob die Löslichkeit des Kresol in

Wasser nicht gross genug ist, um eine wirksame Lösung zu erhalten? Bei der Untersuchung mehrerer Sorten von Saprol fand nun GRUBER eine aus Steinöl und Kresol hergestellte Sorte, welche keine Seife enthält und trotzdem sehr wirksam ist. Das Gemisch löst sich zu 2·2—2·3 % in Wasser. 1%ige Lösungen des Gemisches der Kresole erzielten dieselbe Wirkung wie die komplicirten Kresolpräparate. Es entsteht eine klare farblose Lösung, welche selbst die widerstandsfähigsten Bakterien in kurzer Zeit zu tödten im Stande ist. Auch Brunnenwasser macht die Lösung nicht trübe, welche wiederum die Instrumente und Hände nicht schlüpfrig macht und auch die äussere Haut nicht belästigt, wie es andere Antiseptica thun. Diese wässerigen Kresollösungen sind der Prüfung werth, doch bleibt den Chirurgen das letzte Wort, da der Bakteriologe nicht in der Lage ist, sein Urtheil so präcise abzugeben, wie der Chirurg, dem mehr Gelegenheit geboten ist, das Mittel in seinem Verhalten gegenüber dem Organismus zu prüfen.

Nicht zu übersehen ist die Eigenthümlichkeit der Kreosole, die übrigens auch den anderen Antisepticis zukommt, dass mit der fortschreitenden Verdünnung die Wirksamkeit des Mittels unverhältnissmässig rasch abnimmt. Die Karbolsäure, welche in 3%iger Lösung in einer halben Minute vegetative Bakterien tödtet, braucht in 2%iger Lösung 5 Minuten, in 1%iger Lösung eine Stunde, in 1/2%iger Lösung viele Stunden und in 1/10%iger Lösung lässt sich in eiweisshaltigen Flüssigkeiten oft gar nicht mehr eine Entwicklungshemmung der Bakterien konstatiren. Aehnlich verhält sich auch das Kresol und mit ihm andere Antiseptica.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 10. Mai 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Dr. G. Singer: *Demonstration einer tabischen Arthropathie.*

Das linke Kniegelenk des vorgestellten Patienten, welcher der Abtheilung des Prof. v. MOSETIG entstammt, befindet sich seit 7 Wochen in stumpfwinkeliger Beugung; dasselbe ist verbreitert, zu beiden Seiten der Sehne des Quadriceps zwei Wülste, die Epiphyse des Femurknochens verdickt, die Axe des Ober- und Unterschenkels schneiden sich in einem hinter dem Gelenke gelegenen Drehpunkte seitliche Bewegungen ausführbar; diese Stellung ist durch passive Bewegungen zu corrigiren. Patient zeigt die deutlichsten Symptome von Tabes in einem vorgeschrittenen Stadium und die Gelenksaffektion ist eine tabische Arthropathie, wie sie von CHARCOT zuerst beschrieben wurde; nach ihm sollen tabische Arthropathien in 10 Perzent bei Tabes auftreten. Gegenüber dem Fungus und der Arthritis deformans ist dieser Prozess dadurch charakterisirt, dass bei ihm weniger die Gelenkskapsel affizirt ist, (hier ist hauptsächlich die Femurepiphyse betheiligt), dass er ferner schmerz- und fieberlos ist, sowie häufig durch Dehnung der Bänder zu Destruktionen führt. Infolge dessen kommt es leicht zu Luxation und Subluxation, sowie zu Hyperostosen. Am meisten betheiligt ist das Kniegelenk, dann kommt das Hüftgelenk, Schultergelenk u. s. w.

Man unterscheidet zwei Formen von Arthropathie: 1. Die atrophische und 2. die hypertrophische. Bei ersterer kommt es zur Usur des Gelenkknorpels, so dass die ganze Configuration des Gelenkes verändert wird. Doch gibt es auch Formen, wo es auf der einen Seite des Knorpels zur Usur, auf der anderen zur Hyperostose kommt. VIRCHOW stellt diesen Prozess unter das Schema der Arthritis deformans, doch macht VOLKMANN darauf aufmerksam, dass bei Letzterer das Ausmass der Veränderlichkeit in der Beweglichkeit nie so gross ist wie bei der tabischen Arthropathie, und dass die Schmerzlosigkeit bei Letzterer ein Hauptcharakteristikon derselben bildet; ferner will derselbe mehrere mechanische Momente bei der Entstehung der tabischen Arthropathie berücksichtigt wissen, indem bei der hochgradigen Coordinationsstörung der Tabiker, namentlich die Hemmungsapparate des Gelenkes enorm gedehnt werden. Bei brüsken Bewegungen kann es leicht zur Spontanfraktur an der Epiphyse kommen. Diese Frakturen können begünstigt werden durch die Atrophie jener kleinen Nervenstämmchen, welche durch das Foramen nutritium in den Knochen treten, wie dies bei der Tabes oft gefunden wurde. Abgesprengte Knorpeltheile können entweder zur Resorption gelangen, oder es kommt zur Anregung einer Hyperostose. Während CHARCOT der Meinung ist, dass die tabischen Arthropathien bereits im vorataktischen Stadium auftreten und deshalb einen diagnostischen Anhaltspunkt für die Tabes geben, ist VOLKMANN entgegengesetzter Ansicht, indem er dieselben in ein späteres Stadium der Tabes versetzt.

Dr. KAHANE bemerkt, dass CHARCOT einen Fall citirt, wo sich bei einem Soldaten plötzlich eine Luxation des Hüftgelenkes rapid entwickelte und bei dem ausser lancinirenden Schmerzen kein anderes Symptom von Tabes vorhanden war. Dieser Fall würde gegen die VOLKMANN'sche Ansicht sprechen.

* * *

Dr. A. Katz: *Ueber Autointoxikationen bei chronischen Magen- und Darmkrankheiten.*

In neuester Zeit macht sich, durch die Lehren BOUCHARD's veranlasst, die Tendenz bemerkbar, alle bei chronischen Magen- und Darmkrankheiten entstehenden nervösen und cardialen Beschwerden durch Autointoxikationen zu erklären. Welches sind die Grundlagen dieser Lehre? Bei Annahme einer Vergiftung müssen wir den Nachweis eines chemischen Giftes postuliren. Bisher ist in dieser Beziehung nichts geschehen. Die Fettsäuren können bei ihrer geringen Menge und leichter Oxydirbarkeit es nicht sein. Ptomaine wurden nur in vier Fällen von KULNEFF nachgewiesen und ihre Wirkung durch subkutane Injektion erprobt. Das Peptotoxin wirkt nur bei subkutaner Applikation. Ebenso können auch nur die Fäceskeime toxischer Substanzen isolirt werden. Es ist daher der chemische Nachweis der Existenz eines Giftstoffes bei den angeblichen Autointoxikationen nicht erbracht.

Experimentell liegen Versuche von BOUVERET und DEVIC vor, die Extrakte des Mageninhaltes subkutan einverleibten und dennoch unter Konvulsionen Tod der Versuchsthiere eintreten sahen. BOUCHARD stellte analoge Versuche mit ähnlichem Erfolge mit dem Extrakt der Fäces an. Die Ergebnisse dieser Versuche, wo die Vergiftungserscheinungen nach subkutaner Infiltration eintraten, sind durchaus nicht vergleichbar mit den bei stomachaler Darreichung zu erzielenden Erscheinungen. Auch der experimentelle Beweis für die Existenz der Autointoxikationen ist demnach nicht erbracht.

Klinisch liess sich ein gewisses gesetzmässiges Auftreten der Erscheinungen beobachten. Die Symptome entwickeln sich zu ganz bestimmter Zeit nach dem Essen, dauern bestimmte Zeit an und lassen dann wieder nach. Es ist daher viel wahrscheinlicher, dass es sich um cyklisch eintretende Reizungen der Magennerven handelt. Alle Symptome entstehen auch im Gebiete des Vago-Sympathicus. Bei Annahme eines Giftes, das konstant im Darmkanal gebildet und konstant resorbirt wird, sind diese Wellenbewegungen der Erscheinungen kaum wahrscheinlich. Ebenso erklären sich die von ALT beschriebenen Fälle von Angstanfällen, psychischen Störungen, ungezwungen durch die Annahme einer Reizung des Vagus. Auch diese Symptome traten Anfangs zu bestimmten Stunden nach dem Essen ein. Dass bei chronischer Obstipation aus den steinharten Skybalis wohl nur wenig resorbirt werden dürfte, ergibt sich aus der Betrachtung dieser Klumpen selbst. Ihr Aussehen lässt die Annahme einer mechanischen Reizung der Nervenenden des Darmes ganz verständlich erscheinen. Daher ist wohl auch der klinische Beweis für die Autointoxikationen nicht als erbracht anzusehen. Aus der Wirksamkeit der Antifermentativa in den fraglichen Fällen wurde die Diagnose ex juvantibus zu stellen versucht. Wenn man das sonst so viel gerühmte Kreosot anwendet, ohne gleichzeitig die Diät zu regeln oder eine mechanische Behandlung einzuleiten, also gewissermassen nur die präsumptiven Gifte anzugreifen sucht, erzielt man keine Resultate. Dem Kreosot kommt übrigens auch eine excitirende Wirkung der motorischen Thätigkeit des Magens zu, die einen Theil seiner Wirkung erklären dürfte.

Die Lehre von der Autointoxikation erscheint daher durchaus nicht genügend fundirt, sie erklärt nicht den meist cyklischen Ablauf der Erscheinungen und ist daher in ihrer Allgemeinheit

keineswegs geeignet, die bei chronischen Magen- und Darmkrankheiten auftretenden klinischen Symptome zu erklären.

Dr. HERZ bemerkt, dass er bezüglich der Lehre über die Autointoxikation, soweit sie den Magen betrifft, KATZ beistimme, nicht aber was den Dickdarm anlangt. Der Dickdarm behält seinen Inhalt am längsten und es ist somit hier die meiste Gelegenheit geboten, schädliche Stoffe dem Körper zuzuführen. NEUSSER glaubt aus verschiedenen Gründen annehmen zu dürfen, dass bei jenen Zuständen, wo Eosinophilie vorhanden ist, die Resorption stickstoffhaltiger Gifte aus dem Dickdarm als Ursache angenommen werden müsse. HERZ sah einen an Asthma leidenden Mann, den NEUSSER dadurch kurirte, dass er ihm die Fleischkost entzog und ihn einfach auf vegetabilische Kost setzte, indem er annahm, dass das Asthma durch Resorption stickstoffhaltiger Gifte aus dem Dickdarm verursacht werde.

Dr. KATZ erwidert, dass er nur gegen die Verallgemeinerung der Lehre über die Autointoxikation Stellung nehmen wolle. Dort wo Obstipation und Fieber vorhanden sind, kann man allerdings daran festhalten, dass es sich um eine Aufnahme von Toxinen handelt, nicht aber dort, wo das Fieber fehlt. Allerdings ruft die vegetabilische Kost einen ganzen Umschwung im Organismus hervor, ferner wird bei der Verdauung von Fleisch eine viel grössere Arbeit von Seite des Verdauungstraktus geleistet, als bei der Verdauung vegetabilischer Kost. Es wäre daher auch die Frage zu erwägen, ob sich bei Letzterer nicht auch ein mechanisches Moment geltend macht. *Dr. Em. Mandl.*

XII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden.

Prof. Strümpell: Die traumatischen Neurosen.

Prof. STRÜMPELL-Erlangen gibt einleitend einen Geschichtsabriss der Kenntnis von den traumatischen Neurosen unter welchen er die allgemeinen nervösen Erscheinungen nach einem Trauma versteht. Der Name bezeichnet vorläufig eine Gruppe von Krankheiten, nicht eine einzelne Krankheit. Die rein örtlichen Neurosen nach einem Trauma lässt STRÜMPELL unberücksichtigt. Was die subjektiven Beschwerden anlangt, so sei die betroffene Körperstelle Sitz und Ausgangspunkt der abnormen subjektiven Empfindungen. Die Schmerzen sind ausstrahlend; gewöhnlich ist auch motorische Schwäche mitvorhanden. Mit diesen örtlichen Beschwerden sind allgemeine neurasthenische Beschwerden verbunden. Dieselben sind nicht immer leicht zu erkunden. Die objektiven Veränderungen sind dagegen im Verhältniss zu den lebhaften Klagen sehr geringe. Alle Organe befindet man normal, nur die Untersuchung des Nervensystems ergibt, wie OPPENHEIM vornehmlich betont, Abnormitäten: Verstimmung, Anästhesie der Haut, des Gesichts, des Geruchs Paresen und vasomotorische Symptome aller Art. Natürlich sind nicht immer alle Erscheinungen vorhanden, manchmal sogar gar keine.

Welches ist nun der innere Entstehungsmodus des vorstehend kurz skizzirten Krankheitsbildes? Zuerst fasste man den Inhalt selbst und seine etwaigen Folgen, wie z. B. Muskel- und Nervenzerrungen oder Quetschungen etc. als die direkte Ursache auf. Aber das ist keine traumatische Neurose. Dann sah man die Erschütterung des ganzen Körpers, besonders des Hirns als Aetiologie an, die traumatische Neurose als die direkte Folge der Commotio spinalis. Für einzelne Fälle sei dies letztere Verhalten wahrscheinlich, nicht aber für das Gros.

Der wahre Grund liegt ausserhalb des Gebietes des rein mechanischen Insults. Die traumische Neurose ist eine Hysterie oder Neurasthenie. Hysterie, hysterische Schmerzen, Anästhesieen, Krämpfe sind psychische Störungen, die sich nach aussen hin in scheinbar körperlichen Störungen, bemerkbar machen. Kongenitale Anlage dazu ist meist für die Hysterie prädisponirend; aber für gewöhnlich bedarf es eines äusseren Anstosses zum Ausbruch der hysterischen Krankheit, der auf das Bewusstsein in genügender Stärke wirkt. Es dürfen also bei der traumatischen Neurose nur psychogen zu erklärende Symptome vorhanden sein. Nicht blos der Choc des Momentes, sondern die ganze auch nachwirkende Umformung des Denkens ist wirksam: Sorge für die Ernährung der Familie, die lange Arbeitsunfähigkeit, der Gesichtspunkt der Unfallrente etc. etc. Auch hypochrondrische, also krankhaft verstimmte Anwandlungen bezüglich der Zukunft und des eigenen Befindens kämen vor, vielfach gehörten die Befallenen den ärmeren Klassen an. Das letzte «Wie?» der scheinbar körperlichen Störungen sei unbekannt. Aber alle Störungen sind psychogen, daher das oft Paradoxe und Springende der krankhaften Erscheinungen. Auch die Art der Untersuchung hat auf das Zustandekommen der sogenannten objektiven Symptome Einfluss durch Suggestion. Traumatische Neurose ist gleich traumatischer Hysterie oder Neurasthenie. Der Name ist ein Kollektivname. Sorgfältige Untersuchung und differentielle Diagnostik ist nothwendig. SCHULZE wies mit Recht darauf hin, dass oft ganz andere Krankheiten, die ein ähnliches Bild liefern können, als traumatische Neurosen ausgegeben werden. Ferner vereinigen sich oft schwere organische Verletzungen und psychogene Affektionen. Feinere Veränderung der Nervensubstanz bei Commotio cerebri und spinalis müssen zugegeben werden, aber die Optikusatrophie, die man oft gefunden haben will, gehört nicht hierher. Simulation kommt sicher vor. Echte Simulation ist aber selten, da sie auch sehr schwer ist; aber Uebertreibungen sind häufig und die forensische Würdigung solcher Fälle ist oft überaus schwer. Die Aerzte sollen schon darum bei der Rentengewährung vorsichtig sein; überdies sei Arbeit das beste Heilmittel. Durch das oft jahrelange Herumschicken von einer Instanz zur anderen werde die Krankheit erst fast unausrottbar in das Wesen der Patienten gesenkt.

Prof. WERNICKE-Breslau sah ungefähr 100 Fälle, von denen er 61 den nachfolgenden Ausführungen zu Grunde legt. Auch die funktionellen Nervenleiden müssen eine materielle Grundlage haben. Es ist fehlerhaft, die Symptome der Neurosen und der organischen Affektionen des Rückenmarks in Gegensatz zu stellen. Mit Recht bestreitet SCHULZE, dass mit der Diagnose Neurose etwas gethan sei. Auch OPPENHEIM betrachtet den Namen als einen Sammelnamen; meist kommen Mischformen vor. Der Name muss auch möglichst weit gefasst werden. Traumatische Neurose ist jede Neurose oder Neuropsychose auf traumatischer Grundlage. WERNICKE tritt fast ganz auf OPPENHEIM's Standpunkt. Er warnt vor einer Schematisirung und davor, den Thatsachen Zwang anzuthun, wie z. B. eine strenge Subsumirung unter anästhetische, hysterische, hypochondrische Unterarten. Besonders der Begriff der Neurasthenie sei ein zu weiter geworden. Eine einheitliche Theorie der Symptome gibt es nicht. OPPENHEIM deutet die Lähmungen als Verluste der Erinnerungsbilder für die willkürliche Bewegung und spricht die motorischen und sensiblen Rindencentren an. WERNICKE tritt diesem Standpunkt entgegen. Er bestreitet nicht die Thatsachen, wohl aber deren Deutung. Die STRÜMPELL-CHARCOT'sche Theorie setzt die traumatische Neurose gleich der traumatischen Hysterie. Hysterie sei Verlust der Fähigkeit, alle jene krankhaften Empfindungen zu unterdrücken. Bisher galt der Name Hysterie gleichfalls für einen Sammelnamen, der Affektionen des Gehirns, des Rückenmarks, der peripherischen Nerven umschloss. CHARCOT gab der Hysterie einen präzisen Inhalt; nach ihm ist es eine bestimmte präcise Krankheit. Welchen Standpunkt man auch gegenüber dieser letzteren Auffassung einnehme, die meisten Fälle der traumatischen Neurose gehören nicht zur Hysterie. WERNICKE acceptirt nicht schlicht die Lehre CHARCOT's. Dieser habe zu schwere Fälle als Grundlage genommen; bei den meisten leichteren Fälle vermisse man die hysterischen Stigmata. Das Bild CHARCOT's ist zu eng gefasst. Vielleicht liegt es an einer Verschiedenheit des Beobachtungsmaterials, bedingt durch die Verschiedenheit der Rassen. In Deutschland jedenfalls sind so schwere Fälle, wie diejenigen CHARCOT's, sehr selten. Manche Angaben CHARCOT's klingen direkt unglaublich. Die Suggestibilität der Personen ist für CHARCOT ein Beweis für Hysterie. Das ist falsch. STRÜMPELL's Hysterie sei keine Geisteskrankheit. WERNICKE meint, die meisten Symptome enthalten Uebertreibungen an sich kranker Menschen, fielen daher in das Gebiet der Hypochondrie. Eine gewisse Suggestivwirkung sei mit gewissen Untersuchungsmethoden untrennbar verbunden. Simulation hält WERNICKE gleichfalls für selten, Uebertreibungen dagegen seien ungemein häufig. Tremor der Muskeln, Sprachstörungen etc., also objektive Symptome können natürlich nicht simulirt werden, auch MANNKOPF's Symptom sei

fraglich; über RUMPF's und EULENBURG's Symptom seien WERNICKE's Erfahrungen noch nicht abgeschlossen. Die Therapie habe möglichst bald und unter möglichst guten hygienischen Bedingungen einzusetzen. Die Verschleppung des Entschädigungsverfahrens ist von schlechtem Einfluss. WERNICKE tritt zum Schluss für eine gesetzliche Bestrafung der Simulation ein. Bei der Entscheidung über Rentenhöhe sollen alle Aerzte theilnehmen.

Prof. HITZIG-Halle beleuchtet einen Fall von traumatischer Neurose und die hart treffenden wirthschaftlichen Folgen eines langen Entscheidungsverfahrens. Er steht mehr auf dem Standpunkt STRÜMPELL's, weicht aber von ihm ab im Punkte der Eintheilung. Mit Recht behaupte WERNICKE, dass die Neurasthenie mehr und mehr alle anderen nervösen Krankheiten verschlinge. Es seien 3 Gruppen zu unterscheiden: vor Allem hypochondrische, sodann neurasthenische und hysterische traumatische Neurosen. Hypochondrie ist eine Depression des Geistes, gerichtet auf seinen eigenen Körper. Damit deckt sich die hypochondrische Form der traumatischen Neurosen. Alle Symptome derselben bestehen in einem veränderten Empfinden seiner selbst. Am häufigsten sind Mischformen. Objektive Symptome kann es häufig gar nicht geben; es ist verfehlt danach zu suchen, ebenso wie bei Psychosen.

Prof. BRUNS-Hannover: Man dürfe keinen Menschen für einen Simulanten halten, wenn man keinen völligen Beweis dafür habe. Man habe aber bei den traumatischen Neurosen fast nie den sicheren Beweis in Händen. In solchen Fälle müsse man «non liquet» sagen.

Prof. BÄUMLER-Freiburg begrüsst es als einen Fortschritt, dass man die traumatischen Neurosen als einen Sammelbegriff auffasst. Unter objektiven Symptomen versteht auch er psychische Symptome. Diese machen bei langer Dauer auch öfter objektive Symptome, z. B. ein hysterisch lange gelähmter Arm wird kälter, blässer als der gesunde, die Muskeln atrophiren etc. Zur Beurtheilung der Simulation sei eine grössere Statistik nothwendig. BÄUMLER hat mehrere unzweifelhafte Fälle von Simulation gesehen. Therapeutisch kommt es vor Allem darauf an, den Muth der Kranken zu heben.

Prof. SÄNGER-Hamburg weist auf den Symptomenkomplex der nervösen Asthenopie hin, die nicht nur bei Neurasthenikern, sondern auch bei traumatischen Neurosen auftrete. Sie komme mit und ohne Gesichtsfeldeinengung vor. Diese Gesichtsfeldeinschränkung und nervöse Asthenopie sei ein objektives Symptom. SÄNGER glaubt nicht an eine Suggestionirung der Gesichtsfeldeinschränkung, sondern an eine Gesichtsfeldermüdung.

Prof. HOFMANN-Leipzig: Das Unfallversicherungsgesetz sei der Hauptboden, auf dem die traumatische Neurose als eigenartige Pflanze erwachsen sei. Die Therapie habe nach dem heutigen Standpunkt eine bedeutend bessere Prognose, besonders bei der neurasthenischen Form. Hypochondrische und neurasthenische Formen gäben eine schlechte Prognose.

Dr. JOLLY-Berlin bekämpft die Anschauung WERNICKE's, die Hysterie sei deshalb keine Geisteskrankheit, weil ein Hysterischer nicht unmündig sei. Ferner hebt JOLLY hervor, dass die Hysterischen oft bewusst simuliren. Oft würden ferner durch Anwendung von Gewaltmassregeln, z. B. starker Elektrisirung, schwerere Symptome hervorgerufen. JOLLY hält den Namen der traumatischen Neurose weder im Singular noch im Plural für gut. In den Mischformen, neurasthenisch-hysterisch u. s. f. liegt nichts Charakteristisches für die traumatischen Neurosen. Man solle den Namen ganz fallen lassen.

Prof. ZIEMSSEN-Wiesbaden: Die traumatische Neurose steht immer im Zusammenhang mit dem ersten Trauma. Das Trauma hat ein Punctum dolosorum, einen Ausgangspunkt, von dem die Neurose ihren Ursprung nahm. Therapeutisch wird aber nachfolgende Massage an der verletzten Stelle empfohlen.

Prof. LENHARTZ-Leipzig: Die schlechte Prognose, die bisher den Kranken mitgetheilt wurde, hat einen verschlechternden Einfluss auf den Verlauf gehabt. Die Therapie sei daher hauptsächlich psychisch zu leiten. Die nervöse Prädisposition spiele eine grosse Rolle, ferner der Alkoholismus.

Prof. UNVERRICHT-Magdeburg sprach über Simulation und deren Entlarvung in leichten Chloroformumnebelungen. Die Simulation sei häufig.

Prof. SCHULZE-Bonn Die Prognose ist wechselnd, bisweilen schlecht. In Bonn sei nicht die grosse Zahl von Einengungen des Gesichtsfeldes wie mehrfach anderweitig zu konstatiren gewesen. Der Name traumatische Neurose sei ganz überflüssig. Die Simulation ist sehr schwer sicher zu beweisen, aber sie ist nach seinen Erfahrungen häufiger, als andere Beobachter fanden.

Prof. WERNICKE unterscheidet a) rein emotionelle Traumen ohne lokale Verletzungen, b) rein lokale Traumen mit oder ohne psychisches Trauma. Bei ersteren sind Gesichtsfeldeinengungen und Hamianästhesie häufig, bei den zweiten fehlen sie zumeist, bei denen ohne psychisches Trauma so gut wie immer.

(Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 39, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels.

Von **Carl v. Noorden.**

Verlag von August Hirschwald. Berlin 1893.

Ein Buch, welches — wie selten eines — einem thatsächlichen Mangel in der deutschen Literatur abgeholfen hat. Bisher waren dem Lernenden, der nicht in der Lage ist, die zahllosen Monographien und Originalarbeiten zu studiren, nur Bruchstücke aus der Pathologie des Stoffwechsels in einzelnen Lehrbüchern der Physiologie und Pathologie zugänglich. Dass bislange Niemand es unternommen hat ein Lehrbuch über diesen Gegenstand zu schreiben, liegt wohl an der Schwierigkeit des zu bearbeitenden Gebietes, auf dem noch immer der Hypothese gegenüber der Thatsache der weiteste Spielraum gewährt wird.

NOORDEN hat in seinem Buche den Standpunkt des Lehrbuches streng durchgeführt, indem er nirgends über den Rahmen der Thatsache hinausgeht, und dieser Umstand macht das Buch gerade für den Lernenden so werthvoll.

Für den Fortgeschrittenen und mit dem Gegenstande Vertrauten bietet das Buch reichliche Anregung und viel Lehrreiches in der Art der Kritik der angeführten Thatsachen und Methoden der Untersuchung.

Soweit es bei dem heutigen Stande der Erkenntnisse möglich, macht das Buch auf Vollständigkeit Anspruch. Die grossen und zahlreichen Lücken in der Pathologie des Stoffwechsels sind nicht zum kleinsten Theile durch eigene Untersuchungen des Autors, die theilweise in früheren Arbeiten niedergelegt sind, ausgefüllt.

Auch für den Praktiker wird das Buch manchen therapeutischen Wink enthalten und besonders auf dem schwierigen Terrain der Ernährung Kranker als Führer dienen.

Eine genaue Inhaltsangabe ist an dieser Stelle unausführbar, es genüge daher eine Wiedergabe der Eintheilung.

I. Physiologischer Theil.

1. Nahrungsmittel.
2. Veränderung der Nahrung im Verdauungskanal.
3. Schicksale der Nahrung jenseits des Verdauungskanals.
4. Stoffhaushalt des Menschen.

II. Pathologischer Theil.

1. Hunger und chronische Unterernährung.
2. Fieber und Infektion.
3. Krankheiten des Magendarmkanals.
4. Krankheiten der Leber.
5. Erkrankungen der Athmungs- und Kreislaufsorgane.
6. Die Blutkrankheiten.
7. Krankheiten der Niere.
8. Diabetes.
9. Gicht.
10. Fettsucht.
11. Carcinom.
12. Alkaptonurie, Diaminurie und Cystinurie.

Compendium der speziellen Chirurgie.

Für Studirende und Aerzte.

Von Privat-Dozent **Dr. de Ruyter** und **Dr. E. Kirchhoff**,

r. Assistenten an der königlichen chirurgischen Universitätsklinik des Herrn Geheimrath Prof. v. Bergmann in Berlin.

Mit 81 Abbildungen.

Verlag von S. Karger. Berlin 1893.

Die Verfasser betonen in der Vorrede des (circa 300 Seiten starken) Compendiums, dass sie dasselbe nur als Nachschlagebuch oder Repetitorium betrachtet wissen wollen, da zum eingehenden Studium die grossen Lehrbücher vorhanden seien. Unserer Meinung nach kann aber als Nachschlagebuch auch nur ein grösseres Werk benützt werden, von dem man nie im Stiche gelassen wird. Nur als Repetitorium können wir daher das vorliegende Werkchen gelten lassen. Es behandelt in möglichst kurzer Form alle Kapitel der speziellen Chirurgie, überall die Ansichten der BERGMANN'schen Schule, aus der die Verfasser hervorgegangen sind, vertretend. Es wird daher wohl in den Berliner Medizinerkreisen Verbreitung finden. Ausserhalb derselben wird es die Konkurrenz mit den älteren chirurgischen Werken kaum bestehen. Den Besitz eines grossen chirurgischen Lehrbuches kann solch ein kleines Compendium nicht ersetzen, und neben einem solchen werden es eben nur Diejenigen benützen, die ein ganz spezielles Interesse an den Lehren der betreffenden Schule haben. Das Werk ist übrigens sehr fleissig gearbeitet und jedenfalls besser als das von denselben Verfassern stammende Compendium der allgemeinen Chirurgie. In der Anordnung des Stoffes unterscheidet es sich nicht von den bisher bekannten chirurgischen Lehrbüchern. Die Ausstattung ist sehr nett.

J. S.

Zeitungsschau.

Prof. Dr. Wilhelm Fleiner (Heidelberg): **Ueber die Behandlung von Magengeschwüren und einigen von diesen ausgehenden Reizerscheinungen und Blutungen.** — (Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 18, 1893.)

Der Magenschmerz, der in seinen höchsten Intensitätsgraden auch als Magenkrampf bezeichnet wird, ist zurückzuführen auf krampfhaften Verschluss der Magenostien, auf Ueberdehnung des Magens und auf Reizung freigelegter Nerven durch den Mageninhalt bei Substanzverlusten in der Magenwand.

Beim Krampfe der Cardia ist der Sitz des lebhaftesten Schmerzes in der Herzgrube hinter dem Schwertfortsatze des Brustbeins. Weil dieser Schmerz oft plötzlich und unerwartet und oft auch ohne nachweisbare Ursache auftritt, wird er gewöhnlich für nervös gehalten. Häufig ist er indessen auf rein mechanische Ursachen zurückzuführen. So schliessen sich die Magenostien fest und krampfhaft bei Ueberdehnung des Magen durch Speisen oder durch Gase (v. SWIETEN). Ausserdem fangen sich sehr häufig verschluckte, aber mechanisch reizende Speisetheile (Brodkrusten, Bratenrinden) oder vom Magen aufstossende Gase und saure Massen in einer als Antrum cardiacum bezeichneten, theils über dem Zwerchfell, theils unter diesem gelegen, oben und unten durch engere Stellen abgegrenzten Aussackung des Oesophagus und werden daselbst incarcerirt. Ist der Oesophagus in die Länge gezogen, gedehnt (VALSALVA, MORGAGNI, FRANK), wie bei den meisten erweiterten, atonischen und herabgesunkenen oder tiefstehenden Mägen so ist die Eructation erschwert.

Zu übermässiger Ausdehnung des Magens kommt es nicht nur nach überreichlichen, sondern sehr häufig auch schon nach einfachen Mahlzeiten bei Leuten mit den genannten Zuständen, ferner bei chlorotischen, anämischen und nervösen Individuen und bei sitzender Lebensweise. Manchmal ist Mangel an Salzsäure, manchmal ein Ueberschuss derselben (Kohlehydratgährung) mit im Spiele; manchmal sind auch nur bestimmte Speisen, deren Genuss bei vielen Individuen mit einer gewissen Regelmässigkeit eine Auftreibung des Magens rasch herbeiführt.

Pyloruskrampf kann ebenso wie der Verschluss der Cardia eine Folge starker Magenausdehnung sein, häufiger allerdings ist er die Ursache einer solchen.

Bei gesteigerter Reizbarkeit des katarrhalisch affizirten Pylorustheiles (irritative Form des Magenkatarrhs) entsteht reflektorisch sehr häufig eine spastische Kontraktur des Spincter Pylori. Ist dieser hypertrophirt, wie so oft bei chronischen Entzündungsprozessen des Magens, so stagnirt vor der gutartigen Stenose der Mageninhalt und ruft durch die gesteigerte Reizwirkung von Seiten des letzteren nicht selten einen Spasmus pylori und vollkommenen Pylorusverschluss hervor.

Das klinische Bild des Pylorusverschlusses differirt vom pathologischen Befunde, indem bei Nekropsieen solcher Fälle der Pylorusring häufig wieder ziemlich weit durchgängig gefunden wird, vermuthlich weil beim Tode der Pyloruskrampf sich gelöst hatte.

Aehnlich wie der Spasmus ani bei Schleimhautfissuren, so entsteht auch der Spasmus pylori reflektorisch bei Geschwüren am Pylorus oder in der Nähe desselben. Diese Zustände hatten Herr Prof. KUSSMAUL und Verfasser kürzlich bei 2 Patienten direkt beobachten können.

Fasst alle gegen den Magenkrampf gebräuchlichen Mittel haben den Zweck, durch Oeffnung des Pylorus und Steigerung der Peristaltik, die Entleerung des Magens nach dem Darme zu erleichtern; so die seit Alters her in Gebrauch stehenden Abgüsse der verschiedensten Droguen, das Trinken von warmem Wasser und das Natrium sulfuricum (v. ZIEMSSEN). Auf eine solche Wirkung ist wohl auch der übliche Genuss schwarzen Kaffees oder eines Cognacs nach reichlichen Mahlzeiten zurückzuführen.

Ganz anders wirken die bei Cardialgie so häufig gebrauchten narkotischen Mittel, vor allem die Morphiuminjektionen. Der Erfolg ist zwar rasch und sicher, aber auch rasch vorübergehend. Der Schmerz verschwindet, der Krampf löst sich — aber der ganze Magen erschlafft. Nach dem Erlöschen der Morphiumwirkung beginnt dann der erschlaffte Magen seine Arbeit unter ungünstigeren Bedingungen, als wo er sie abgebrochen hat. Deshalb ist ein wiederholter oder allgemeiner Gebrauch des Morphium bei Cardialgie zu widerrathen und nur bei unheilbaren Zuständen zu empfehlen.

Heftige Scherzen und Schmerzanfälle treten bei hämorrhagischen Erosionen, bei runden und carcinomatösen Magengeschwüren, auch bei Verätzungen des Magens mit caustischen Giften auf und sind als Reizerscheinungen aufzufassen, herrührend von der Einwirkung des sauren, ätzenden, wohl auch mechanisch reizenden Mageninhaltes auf freiliegende Nervenendigungen und Nervenäste.

Bei vielen Fällen hören die Schmerzen auf, wenn der Magen durch die auf dem physiologischen Wege der Chymusaustreibung oder auf dem pathologischen Wege des Erbrechens, schliesslich auch auf dem therapeutischen Wege der Ausspülung entleert worden ist. Sie beginnen aber wieder nach der Speisezufuhr und steigern sich mit dem Fortschreiten der Verdauung.

Bei anderen Fällen wird aber der Magen nicht ganz leer, weil in Nischen und Buchten von Geschwüren und Narben Speiseüberreste in mehr oder weniger zersetztem Zustande liegen bleiben und die Reizerscheinungen unterhalten.

Bei wieder anderen Fällen secernirt auch der leere Magen einen sauren und ätzenden Magensaft.

Durch eine mechanisch diätetische Behandlungsmethode, Alkalien, auch durch Hungern und die Ernährung per clysma erzielt man zwar beachtenswerthe Erfolge und Besserungen, manchmal auch Heilungen, wenn diese nach der Natur des Leidens überhaupt möglich sind.

Immerhin bleiben aber noch Fälle genug übrig, welche dieser Therapie trotzen und bei welchen die Beschwerden und funktionellen Störungen andauern. Narkotische Mittel täuschen zwar den Kranken und den Arzt vorübergehend über die Sachlage hinweg, dem fortschreitenden Kräfteverfall vermögen sie aber nicht Einhalt zu thun, ebensowenig die Nährklystiere.

Wenn wir nun ein Mittel hätten, die wunde und reizbare Stelle im Magen vor Insulten zu schützen, sie zu trennen von der Berührung mit dem reizenden Mageninhalte, sie vom Verdauungsakte auf beliebig lange Zeit auszuschalten, wäre es da nicht mög-

lich, die Beschwerden zum Schwinden zu bringen und eine Wundheilung zu erzielen?

Von solchen Erwägungen ausgehend ist KUSSMAUL auf die Idee gekommen, mit Hilfe der Magensonde Bismuth. subnitric. dergestalt in den leeren Magen zu bringen, dass dort geschwürige Flächen und andere zu Reizerscheinungen Anlass gebende Krankheitsherde mit einer Schutzdecke von Wismuth überlagert würden.

Die Anwendung des Wismuths bei allen möglichen Magenaffektionen ist bekanntlich alt, die Wirkung aber unsicher und deshalb vielbewundert, vielgescholten. Die unsichere Wirkung liegt nicht am Mittel, sondern nur in der Art der Anwendung und Dosirung. Bei kleinen Dosen, die überdies noch häufig in Oblatten gehüllt, verabreicht werden, bleibt es dem Zufall überlassen, wo das Wismuth im Magen deponirt wird und der Magenwand anhaftend eine Wirkung entfaltet oder nicht.

Da das in den Magen gebrachte Wismuth, ohne auf den Körper eine physiologische Wirkung zu haben, durch den Darm ohne jegliche Einbusse wieder ausgeschieden zu werden pflegt, so kann man ohne Bedenken grosse Gaben von Wismuth in den Magen bringen und solche sind zu einer mechanischen Wirkung wie wir sie haben wollen, nothwendig. Ferner ist zur Erzielung der gewünschten Wirkung noch erforderlich, dass das Wismuth auch an die erkrankten Stellen im Magen gebracht wird.

Vermöge seiner Schwere fällt das Wismuth aus einer wässerigen Suspension rasch und vollständig aus. Kennt man nun den Sitz eines Geschwüres im Magen, so kann dieses von einer Wismuthlage ganz überdeckt werden, wenn man den Patienten sofort nach dem Eingiessen einer Wismuthsuspension so lagert, dass das Geschwür die tiefste Stelle im Magen einnimmt.

Auf KUSSMAUL's Rath übte Verfasser die Wismuthbehandlung folgendermaassen:

Während Verfasser einem Kranken früh nüchtern den Magen ausspülte, liess Verfasser von der Wärterin 10—20·0 Bism. subnitr. (1—2 Kaffeelöffel voll) mit 200 *kcm* lauwarmem Wassers gut umrühren und goss dann diese milchweisse Wismuthsuspension, sowie das letzte Spülwasser aus dem Magen klar abgeflossen war, durch den Magenschlauch in den Magen, spülte auch den Schlauch noch mit etwa 50 *kcm* Wasser nach; unmittelbar nachdem auch dieses in den Magen abgeflossen war, liess F. den Patienten mit dem zugequetschten Schlauche die geeignete Lagerung einnehmen und zwar die rechte Seitenlage, wenn das Geschwür in der Pars pylorica sass, die Rückenlage, eventuell mit erhöhtem Becken, wenn das Geschwür an der kleinen Curvatur vermuthet wurde. Unter Umständen könnte auch die linke Seitenlage, die Knieellenbogenlage oder aufrechtes Sitzen nach der Wismutheingiessung in Frage kommen.

Schon nach 5—10 Minuten hatte sich das Wismuth so vollständig niedergeschlagen, dass man das Suspensionswasser klar ablaufen und den Schlauch aus dem Magen herausnehmen konnte. Hatte man kein Bedenken, das Wasser im Magen zu belassen oder ertrugen die Patienten das Liegen des Schlauches nicht, so wurde der letztere sofort nach der Eingiessung herausgezogen.

Hatten die Patienten eine halbe Stunde vorgeschriebene Lagerung eingehalten, so erhielten sie ihr Frühstück.

In dieser Weise wurden die Eingiessungen alltäglich, nach einigen Tagen aber nur noch einen um den anderen Tag oder alle 3 Tage wiederholt, je nachdem das erneute Auftreten von Reizerscheinungen es verlangte. Ohne jeden Nachtheil für die Kranken konnte das Wismuth, so lange es nöthig erschien, fortgegeben werden. Vergiftungserscheinungen wurden niemals beobachtet, trotzdem in einzelnen Fällen 300·0 und mehr Wismuth zur Verwendung kamen. Nur einmal hat vor einigen Jahren KUSSMAUL bei einem Patienten nach wochenlangem Wismuthgebrauch Stomatitis beobachtet.

Was nun die Wirkungen der Wismutheingiessungen anbelangt, so wurde der Magen durch die Bedeckung der reizbaren Geschwürsfläche mit einer Schutzdecke von Wismuth tolerant gegen seinen Inhalt. Damit änderte sich das Krankheitsbild wie mit einem Schlage.

Patienten mit alten und tiefgreifenden Geschwüren, welche von einfachen Magenausspülungen nur kurzdauernde Linderung hatten und die wegen ihrer Beschwerden sehr oft 2 Mal des Tages ausgespült werden mussten oder in der Nacht von Schmerzen gequält selbst zur Sonde griffen und sich allein ausspülten, blieben schmerzfrei, konnten wieder essen und schlafen; erholten sich deswegen rasch und nahmen an Körpergewicht zu.

So gelang es, in zwei, für interne Behandlung unheilbaren Fällen, die Patientinnen so weit zu kräftigen, dass man ihnen die Operation und die ihr folgende Fastenzeit zumuthen konnte.

Einen Tag, häufig 2 Tage, seltener erst 3 Tage nach der Wismutheingiessung, traten die Beschwerden von Neuem auf, sie schwanden aber wieder, wenn die Wismutheingiessungen wiederholt wurden. Es muss also der Wismuthbelag auf der Geschwürsfläche einen Tag, 2 oder 3 Tage gehaftet und ihr Schutz vor den Insulten des Mageninhalts gewährt haben.

Ausser den sensiblen Reizerscheinungen sind aber durch die Wismuthbehandlung auch motorische und secretorische Reizerscheinungen gemildert und zeitweise unterdrückt worden.

An Stelle peristaltischer Unruhe trat in mehreren Fällen eine regelmässige und geordnete, auch ausgiebige Peristaltik, welche den Mageninhalt nach dem Darm auszutreiben vermochte.

Mehrmals gelang es, in den zwei erwähnten und durch Operation geheilten Fällen den von den Geschwüren aus reflektorisch hervorgerufenen und unterhaltenen spastischen Pylorusverschluss zu lösen und dadurch dem Darme genügende Nahrung zuzuführen.

Schliesslich lassen sich die Indikationen für die Anwendung von grossen Wismuthgaben dahin zusammenfassen:

I Eingiessungen von Wismuthsuspension mit der Sonde (10·0—20·0 Bism. subnitr. auf 200·0 Wasser) sind indicirt:

1. Bei allen autochthonen sensiblen, motorischen und secretorischen Reizerscheinungen des Magens, die durch Ausspülungen allein nicht genügend gemildert werden können; so bei alten Magengeschwüren, bei ulcerirenden Carcinomen und bei hämorrhagischen Erosionen;

2. Als spezifisches Mittel bei Magengeschwüren überhaupt und bei Duodenalgeschwüren

3. Diese Wismutheingiessungen sind Anfangs alltäglich, später einen über den anderen Tag oder alle 3 Tage zu brauchen und so lange fortzusetzen, als es nothwendig erscheint. Nach dem Gebrauche von 300—400 *gr* wurden keine Intoxikationserscheinungen beobachtet. Wo Verstopfung auftrat, konnte sie durch Oelklystiere leicht gehoben werden.

II. Wismuth in grossen Dosen: 10·0 Bism. subnitr. in einem Glase lauwarmem Wassers verrührt, früh nüchtern getrunken, ist zu empfehlen:

4. Bei Magengeschwüren (und Duodenalgeschwüren), bei denen die Magensonde kontraindicirt ist und bei Magenblutungen.

5. Kontraindicirt ist die Wismuthbehandlung bei Magenaffektionen mit stark verminderter Salzsäureabscheidung. Ausgenommen hiervon sind nur hämorrhagische Erosionen und ulcerirende Geschwülste.

Dr. A. Haslund (Kopenhagen): **Ueber die Entstehung der tertiären Syphilis.** (Monatshefte f. prakt. Dermatologie XVI. 3. — Allg. med. Central-Zeitung Nr. 38, 1893).

Verfasser stellt sich in Gegensatz zu der RICORD'schen Auffassung, dass das tertiäre Studium der Lues durch das Auftreten von «schweren» Erscheinungen, die einen ernsten Charakter zeigen, gekennzeichnet ist; gefährlich sind diese Erscheinungen nicht an sich, sondern nur durch ihren etwaigen Sitz an lebenswichtigen Organen. Die tertiäre Syphilis muss als eine lokale Affektion angesehen werden, welche den Charakter einer infektiösen Krankheit verloren hat und demgemäss für das Gemeinwesen als gefährlich nicht angesehen werden kann. In Bezug auf die Häufig-

keit der tertiären Erscheinungen zeigt sich, dass nur die Minderzahl der Patienten hiervon befallen wird. Verfasser fand unter 6364 in den Jahren 1882—1892 im Hospital behandelten Syphilispatienten 791 mit tertiärer Lues, d. h. einen Prozentsatz von 12·4; bei den Männern stellt sich der Prozentsatz auf 13, bei den Frauen auf 11·7.

Verfasser wendet sich dann der Frage zu, ob es möglich ist bei den einzelnen Fällen im Voraus zu erkennen, ob sich tertiäre Erscheinungen einstellen werden oder nicht und spricht sich im Allgemeinen in verneinendem Sinne aus; es können jedoch andererseits bei dem Individuum selbst sich Verhältnisse finden, die für die Vorhersage einige Anhaltspunkte geben, so die Lebensweise des Patienten während des bereits verflossenen Krankheitsverlaufes, ferner die Art der bisherigen Behandlung; ausserdem scheint die Stärke des Virus von grösserer Wichtigkeit zu sein als die Art und Weise, wie es übertragen wird. Leider haben wir aber kein Mittel, um den Grad der Virulenz zu messen.

Der Zeitpunkt des Auftretens tertiärer Erscheinungen variirt mehr oder weniger. Meist treten dieselben im zweiten bis vierten Jahre nach der Infektion auf, jedoch kommen bisweilen Fälle vor, in denen sie sich bereits wenige Monate nach der Infektion zeigen, während andererseits ihr Auftreten noch nach mehr als fünf Jahrzehnten beobachtet ist. Bei Männern ist das erste Auftreten tertiärer Erscheinungen bis zum zwölften Jahre nichts Ungewöhnliches, bei Frauen hingegen scheint die Häufigkeit bereits jenseits des sechsten Jahres beträchtlich abzunehmen.

Um sich womöglich eine bestimmtere Idee von den Ursachen der tertiären Syphilis zu verschaffen, hat Verfasser seine 791 Fälle in drei Klassen eingetheilt: erstens diejenigen, die vorher nicht spezifisch behandelt waren, 111 Männer, 120 Frauen, zweitens die Fälle, bei denen im sekundären Stadium eine Behandlung, aber nur mangelhaft, durchgeführt war, 284 Männer, 177 Frauen; drittens die Fälle, welche früher durch mehrmalige Anwendung von Quecksilber und Jodkali oder Sarsaparilla zweckmässig behandelt waren, 59 Männer, 40 Frauen. Infolge dieser Zahlen kommt Verfasser zu der Ansicht, dass der Mangel einer richtigen Quecksilberkur im zweiten Stadium der Syphilis die wichtigste und häufigste Ursache der Entwicklung von tertiären Symptomen abgibt. Für die 99 zweckmässig behandelten Fälle war theilweise ein anderer Grund nachzuweisen: chronischer Alkoholismus, das gleichzeitige Vorhandensein anderer chronischer oder infektiöser Krankheiten, Infektion in höherem Alter, Zustände, welche die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzen, z. B. Sorgen, ferner die aus anderen Breitengraden eingeführte vorhergehende oder nachfolgende Infektion mit Malaria oder irgend einem klimatischen Fieber, Idiosynkrasie oder Intoleranz des Individuums gegen Quecksilber. Für 24 Patienten (12 m., 12 w.), bei denen keines der eben genannten Momente in Betracht kommt, glaubt Verfasser die schlechte Ausführung der früheren Hg.-Kuren verantwortlich machen zu sollen. Bei der Lokalisirung der tertiären Erscheinungen ergibt sich folgendes Resultat: bei den 454 Männern waren befallen die Haut 235 Mal, das Nervensystem 144, das Knochensystem 104 Mal, die Schleimhäute 172 und innere Organe 40 Mal. Bei den 337 Frauen waren afficirt die Haut 218, das Knochensystem 108 Mal, die Schleimhäute 79, das Nervensystem 56 und innere Organe 7 Mal. Für das bei weitem häufigere Befallenwerden des Nervensystems und der inneren Organe bei den Männern gegenüber den Frauen glaubt Verfasser als Ursache den Alkoholismus, der bei den Männern häufiger als bei Frauen ist, anführen zu sollen. Das häufige Auftreten tertiärer Erscheinungen auf der Haut — mehr als zweimal so oft als bei einem anderen Organ, — gibt die Erklärung dafür, dass die tertiäre Syphilis im Heimatlande des Verfassers (Dänemark) — ebenso wie in anderen civilisirten Ländern — meistentheils in milder Form auftritt, indem das Leiden selten Kraftverluste, Arbeitsunfähigkeit oder den Tod zur Folge hat. Falls für andere Statistiken sich theilweise andere Resultate ergeben, so müssen hierfür besondere Gründe vorliegen. Wenn bei Fournier in 3429 Fällen tertiärer Syphilis 1085 Mal das Nervensystem ergriffen war, so liegt die Erklärung wohl darin, dass — während die Fälle des Verfassers meist dem Arbeiterstande und den unteren Gesellschaftsschichten angehören — die Patienten Fournier's der Privatpraxis angehören, also vermuthlich Personen der höheren Klassen und der wohlhabenderen Gesellschaft betreffen, in denen das Nervensystem entschieden stärker «abgenutzt» ist.

Aus diesen Ueberlegungen ergibt sich die Frage, ob wir überhaupt wissen, warum die tertiäre Syphilis bei den verschiedenen Individuen verschiedene Organe befällt, ob wir den Grund angeben können, weshalb die tertiäre Lues sich gerade an einer gegebenen Stelle lokalisirt. Während die diesbezüglichen Verhältnisse in vielen Fällen völlig dunkel sind, haben wir bei anderen eine Erklärung darin zu suchen, dass die afficirte Stelle ein Locus minoris resistentiae ist, eine Stelle, an der sich bereits im sekundären Stadium syphilitische, häufig sogar recidivirende Erscheinungen gezeigt haben.

Zu Gunsten dieser Anschauung sprechen die Neumann'schen Untersuchungen von Hauttheilen, die während der Sekundärperiode Sitz von syphilitischen Efflorescenzen waren und lange Zeit später, als sie makroskopisch vollständig normales Aussehen zeigten, mikroskopisch doch noch bestimmte Veränderungen darboten. Ausserdem scheinen andere nicht-syphilitische, pathologische Zustände die Lokalisation der tertiären Symptome zu beeinflussen; ebenso verhält sich eine hereditäre Disposition, insofern als z. B. bei einem nervös hereditär belastetem Individuum mit Wahrscheinlichkeit beim Eintreten tertiärer Erscheinungen das Nervensystem befallen werden wird. Schliesslich erwähnt Verfasser noch der Traumen, die besonders bei den periostitischen Prozessen, häufig als die Ursache für das Auftreten tertiär syphilitischer Symptome an einer bestimmten Stelle angesehen werden müssen.

Dr. John G. Cecil: Ueber spezifische Vaginitis.*)

Der Vortragende bespricht die Einzelheiten betreffend die Pathologie und die Therapie der spezifischen Vaginitis und führt unter Anderem aus, dass die praktischen Aerzte den schrecklichen Folgen dieser Affektion noch nicht die genügende Aufmerksamkeit schenken. — Was die Differentialdiagnose zwischen einfacher und spezifischer Vaginitis betrifft, so seien alle modernen Autoren darüber einig, dass bei der Vaginitis in Folge von Gonorrhoe stets Urethritis oder Endocervicitis oder beides zugleich vorhanden sei.

Die Pathologie der spezifischen Vaginitis bereite uns noch Verlegenheiten. — Während einer Anzahl von Jahren, nach der Entdeckung von Neisser, erklärten wir alle pathologischen Erscheinungen durch den Neisser'schen Gonococcus, aber jetzt scheine es die allgemeine Ansicht der Autoren zu sein, dass bei der Entstehung der Gonorrhoe noch etwas Anderes im Spiele sein müsse, als der Gonococcus von Neisser. — Was aber dieses «etwas» sei, wissen wir eben noch nicht. — Die Experimente, welche von Neisser, Krause, Löffler, Bouchard, Burner u. A. mit der reinen Kultur des Gonococcus angestellt wurden, zeigten, dass dieselbe nicht im Stande sei, eine Gonorrhoe zu bewirken.

Eine Frage, die ein ganz besonderes Interesse beansprucht, geht dahin, wie lange das spezifische Virus der Gonorrhoe im Genitalapparate seine Wirkung entfalten könne: diese Frage ist bis jetzt noch nicht definitiv beantwortet worden. — Diese Frage kommt oft dort in Betracht, wo es sich um eine geplante Heirath handelt, oder wenn es darum zu thun ist, zu entscheiden, wie lange nach einer akuten spezifischen Entzündung der Vagina und der Urethra eine Prostituirte ihren Beruf wieder aufnehmen solle. Es wird schwierig sein, ein Gesetz aufzustellen, das auf alle Fälle anwendbar ist.

Sicher ist es aber, dass das gonorrhoische Virus noch lange vorhanden sein kann, nachdem alle subjetiven Symptome geschwunden sind. Aus diesem Grunde sei es unbedingt geboten, jeden Patienten, der an Gonorrhoe leidet, bevor man ihn als definitiv kurirt betrachtet, genau zu untersuchen. — Dieses klinische Faktum gibt wahrscheinlich auch die Erklärung für die Auto-Infektion der Frauen im Puerperium.

*) Vortrag gehalten in der «Louisville Clinical Society», Februar 1893. Mitgetheilt in «American Practitioner and News» vom 8. April 1893.

Was die Behandlung betrifft, so soll sie im Initialstadium eine milde sein und in warmen Injektionen von Sublimat «1:10.000» bestehen. Um den Schmerz zu erleichtern, kann man damit auch ein Analgeticum verbinden, wie z. B. Morphium oder Cocain. — Im zweiten Stadium, nach Ablauf der akuten Symptome, muss die Behandlung eine energische sein. Autor macht in solchen Fällen Injektionen von Sublimat «1:2000» oder «1:3000» 2 oder 3 Mal in 24 Stunden. Gerade dieses Stadium der Krankheit verdient eine besondere Beachtung von Seite des Kranken.

Im dritten Stadium, wenn es sich um eine chronische Entzündung der Vagina oder um einen Katarrh des Cervix uteri handelt, empfiehlt der Autor eine radikale Behandlung und zu diesem Behufe Erweiterung des Cervix mit Auskratzungen mittels des scharfen Löffels, um die Mucosa zu zerstören, oder SCHRÖDERS Operation der Excision der Schleimhaut des Cervix. *L. L.*

Le Dantec und **Bonamy**: **Behandlung der Diarrhoe der heissen Länder.** (Le Bulletin Médical Nr. 16, 1893.)

Verfasser behandelt mit Erfolg die Diarrhoe in Conchinchina durch Chloroformwasser, welches er nach der folgender Formel verabreicht:

Aq. chloroform. satur.
Aq. destill. āā 100·00

DS. Im Laufe des Tages löffelweise zu nehmen.

In den Fällen, in welchen die Diarrhoe mit Dysenterie komplicirt erscheint, wendet DANTEC Chloroformwasser und antiseptische Waschungen des Dickdarms an. Verfasser ist Anhänger der dualistischen Theorie, nach welcher Diarrhoe und Dysenterie zwei verschiedene Affektionen sind. Diese Unterscheidung gründet sich auf den Unterschied zwischen den Symptomen und den Läsionen der einen und denen der anderen Form:

Bei der Dysenterie sind die Dejekte wenig reichlich, schleimig-blutig und von neutraler oder alkalischer Reaktion. Es besteht heftiger Tenesmus und Kolikschmerzen. Die Leber ist im allgemeinen in ihrem Volumen vergrössert und es tritt oft eine geringe Fieberbewegung auf. Der Dickdarm ist mit zahlreichen Ulcerationen besäet. Die Leber ist hypertrophisch und kongestionirt.

Bei der Diarrhoe haben die Entleerungen ein bald schmutziggrünes, bald lichtbraunes, bald lienterisches Aussehen, sie enthalten jedoch niemals Blut, sind immer abundant und reagiren sauer. Es besteht kein oder nur wenig Tenesmus und keine Kolikschmerzen. Die Leber ist in der Mehrzahl der Fälle in ihrem Volumen verkleinert. Völlige Apyrexie. Bei der Autopsie findet man im Darme nur wenige oder auch keine Läsionen; die Ganglien des Mesenteriums haben ein normales Aussehen. Die Leber ist im allgemeinen atrophisirt und bietet eine mehr oder weniger kalkige Konsistenz dar. Die erwähnte Behandlung durch Chloroformwasser richtet sich ausschliesslich gegen die Diarrhoe ohne dysenterische Komplikationen.

Dr. BONAMY veröffentlicht («Gazette médicale de Nantes») zwei Beobachtungen, zwei Patienten betreffend, welche von der Dysenterie in der Conchinchina befallen wurden, und die er erfolgreich mit Sublimatklystieren behandelt hat. Diese neue Behandlungsmethode der Dysenterie wurde zuerst in Algier durch einen Militärarzt, Dr. LEMOINE, eingeführt, der niemals eine Stomatitis oder irgend welche andere Zeichen einer Quecksilberintoxikation auftreten sah, woraus man folgern kann, dass diese Sublimatirrigationen eine nur örtliche antiseptische Wirkung entfalten.

Die Formel zu diesen Klystieren ist folgende.

Rp. Sublimat. corros. 0·12—0·20
Aquae 500·00
Alkohol q. s. ad solut. perf.

S. für zwei Klystiere. Eines Morgens, eines Abends zu verabreichen.

Dazu verschreibt Verfasser das Milchregime und alkalische Wässer. Der Beweis für die Wirksamkeit dieser Behandlung liegt darin, dass in beiden Fällen die Krankheit den üblichen Mitteln widerstanden hatte, während die Erscheinungen nach Applikation der Sublimatklystiere rasch verschwanden. In einem der beiden Fälle, bei welchem die Behandlung noch vor der vollständigen Heilung unterbrochen wurde, trat die Krankheit in ihrer ursprünglichen Intensität wieder auf, liess aber bei der Wiederaufnahme der Behandlung gleich wieder nach. *del Torre.*

Standesfragen und Korrespondenz.

XV. Balneologen-Congress.

(Fortsetzung.)

Professor LEYDEN (Berlin): Demonstrationen und Bemerkungen zum Diabetes mellitus. Redner spricht zunächst im Anschluss an die Demonstration mikroskopischer Präparate über das gleichzeitige Vorkommen von Diabetes und Albuminurie. Solche Fälle sind schon von BOUCHARDEL und FRERICHS beobachtet; in der Regel verschwindet der Diabetes, während die Albuminurie zunimmt. — Man hat früher geglaubt, dass es sich dabei um eine nervöse Albuminurie handelt, gegenwärtig ist man jedoch der Ansicht, dass es sich um eine chronische Nierenkrankheit (Morb. Br.) handelt, welche im Beginn die Ausscheidung des Zuckers aus dem Blute begünstigt, späterhin aber dieselbe verhindert. LEYDEN beobachtete 9 solcher Fälle, 2 kamen zur Sektion. Es handelte sich um eine durch Gefässerkrankung bedingte Nierenkrankheit, wie sie im vorgeschrittenen Alter nicht selten vorkommt, wie sie auch bei Gichtischen und Fettleibigen beobachtet wird. — Ferner berichtet der Vortragende im Anschluss an mikroskopische Präparate über die bei Diabetikern öfters vorkommenden lähmungsartigen Krankheitserscheinungen. Sie sind nach den Untersuchungen in den letzten Decennien zur multiplen Neuritis zu zählen. Die vorgelegten Präparate gaben hierfür ein Beispiel; gleichzeitig war aber auch das Rückenmark selbst betheiligt, indem sich die Hinterstränge durch reichliche corpora amylacea degenerirt zeigten. — LEYDEN hat an mehreren Patienten therapeutische Versuche mit den neuerdings empfohlenen Caps. Myrtille gemacht, ohne dass ein sichtbar günstiges Resultat erreicht wurde. Die gleichzeitig angestellten Versuche mit Darreichung von Lävulose (links-drehender Zucker) an Diabetiker ergaben, dass in der That die Lävulose von den betreffenden Patienten besser als die anderen Zuckerarten verwerthet wurde, aber auch nicht vollständig. Die Lävulose empfiehlt sich daher wohl zur Ernährung von Zuckerkranken, bietet aber keine grossen Vortheile für dieselben dar. — Der Vortragende verbreitet sich zum Schluss über die Prinzipien der Diabetes-Behandlung. Er führt aus, dass die spezifische Behandlung dieser Krankheit nur bescheidene Resultate aufzuweisen hat und dass auch die neuerdings empfohlenen spezifischen Heilmittel nicht viel leisten. Man müsse von der Zukunft das Weitere erwarten. Statt dessen sei es nun in der ärztlichen Praxis von jeher als wichtige Aufgabe angesehen worden, die Zuckerausscheidung aus dem Harne zu beschränken resp. zu beseitigen, damit, wenn das wichtigste Symptom der Krankheit beseitigt werden konnte, es für den Kranken den Anschein habe, als sei er geheilt. In der That ist dies nur symptomatsche Therapie, denn die Krankheit ist damit nicht geheilt, der Kranke hat das Vermögen, Zucker zu verarbeiten, nicht wieder erhalten. Die Therapie hat die Aufgabe, wenn sie dem Kranken nicht das Vermögen wiedergeben kann, Zucker zu zersetzen, doch die Schädlichkeiten und Verluste auszugleichen, die dem Patienten aus diesem Mangel erwachsen. Diese Aufgabe leistet die kompensatorische Therapie. Dieselbe sucht in allen Fällen, wo die Krankheit nicht heilbar erscheint, die schädlichen Folgen derselben durch Betheiligung anderer Funtionen auszugleichen und erreicht auf solche Weise einen der völligen Gesundheit fast entsprechenden Zustand des Körpers in Krankheiten, welche an sich als unheilbar gelten. Nach dieser Methode behandeln wir Herzkranke, Rückenmarkskranke. nach derselben Methode müssen auch Diabetiker behandelt werden. Wir müssen zunächst dafür sorgen, dass dieselben trotz des Verlustes der Amylaceen soviel Nahrung aufnehmen an Eiweiss- und Fettsubstanz, um ihren Körperbestand erhalten resp. verbessern zu können. Hierbei ist es von untergeordneter Bedeutung, ob die Patienten noch Amylaceen aufnehmen, wenn sie nur soviel Fett und Eiweiss einführen, um bestehen zu können. Nun lehrt die Erfahrung, dass Diabetiker nur sehr selten ausschliesslich soviel Eiweissstoffe und Fette zu sich nehmen, als sie brauchen; man muss ihnen noch

eine Menge Zuckerstoffe gleichzeitig geben und hier ist eben wichtig, darauf zu dringen, dass wir lieber diese Zuckerstoffe gleichzeitig geben, um die genügende Eiweiss- und Fettmenge beizubringen. Wie der Diabetiker ernährt werden soll, ist gegenwärtig nicht schwer festzustellen, aber in der Praxis ergeben sich grosse Schwierigkeiten welche ein gewandter und erfahrener Arzt zu überwinden verstehen wird. Die Therapie ist ja eine Kunst, die sich allerdings auf Wissenschaft aufbaut, aber auch langjährige Uebung, Erfahrung und Menschenkenntniss verlangt. — Was den Gebrauch der Brunnenkur bei Diabetes anbetrifft, so erkennt LEYDEN den Nutzen durchaus an. Auch nach seiner Erfahrung werden die Diabetiker durch eine solche Kur leichter und schneller — oft für längere Zeit — zuckerfrei, als ohne dieselbe. Der Effekt der Kur liegt aber nicht allein in der Wirkung des Wassers, sondern auch in den anderen hygienischen und diätischen Bedingungen einer solchen Kur und einen nicht geringen Antheil an dem Erfolge hat die Kunst und Umsicht des behandelnden Arztes. — An der Diskussion betheiligten sich die Herren MAYER-Karlsbad, HEYSE-Berlin LIEBREICH-Berlin, EWALD-Berlin, SENATOR-Berlin.

Dr. LENNÉ (Neuenahr): Ueber Diabetes mellitus. LENNÉ fast die diabetische Erkrankung als eine Alteration eines physiologischen Vorganges im Körper: der Zuckerbildung, auf, welche nach seiner Ansicht in allen Gewebszellen vor sich geht und zwar dient das gesammte Nährmaterial dazu. Wie aber sämmtliche Lebensprozesse der Zelle dem Einflusse des Nervensystems unterliegen, so ist auch die Zuckerbildung davon abhängig. Tritt daher ein krampfhafter Zustand in den betreffenden Nervenpartien ein, so wird auch die Zuckerbildung eine Störung erfahren. Eine solche Störung bildet der Diabetes mellitus. Hier handelt es sich um eine Anomalie der der Zuckerbildung vorstehenden Nerven; dieselben besitzen eine erhöhte Erregbarkeit, welche wiederum eine erhöhte Zellenthätigkeit d. i. Zuckerproduktion hervorruft. Also vermehrte Zellenarbeit ist die Ursache des Zuckerüberschusses und die vermehrte Zellenarbeit ist die Folge einer krankhaften Innervation. Die Zelle verbraucht nun zur Produktion von Wärme und Kraft einer bestimmten Menge von Zucker; in Folge der diabetischen Erkrankung wird aber mehr Zucker als nöthig hergestellt und ist nun auch das Aufspeicherungsvermögen der Zellen für Zucker gesättigt, so tritt das Plus in den Säftestrom und wird durch den Harn ausgeschieden. Wir haben es also nicht mit einer mangelhaften Assimilation gewisser Kohlenhydrate zu thun, sondern mit einer krampfhaften Empfindlichkeit des Nervensystems diesen Kohlenhydraten gegenüber, diese üben auf das anormale Nervensystem einen schädlichen Reiz aus, während ihre Einverleibung normaliter keine wahrnehmbaren Erscheinungen hervorruft. Diese Anomalie des Nervensystems kann erworben (Trauma etc.) oder angeboren sein. Letzteres scheint beim Diabetes meist der Fall zu sein, daher die Aussicht auf Heilung sehr fraglich ist. Je nach der Hochgradigkeit der nervösen Anomalie kann man verschiedene Krankheitsstadien unterscheiden, von deren ersten Stufe, wo nur periodisch nach Kohlenhydrataufnahme Zuckerausscheidung erfolgt bis zur vierten und letzten Stufe, wo in Folge degenerativer Prozesse die Lebensenergie des ganzen Organismus, mithin auch die Grösse der Zuckerproduktion sinkt, bis ihrem völligen Erlöschen, dem Tode des Individuums. — Nachdem LENNÉ das verschiedene Verhalten der Kohlenhydrate bei den verschiedenen kranken Individuen besprochen und gezeigt hat, dass es sich bei Diabetes mellitus in der That um die Vergrösserung der Stoffwechselfunktionen handelt, erörtert er noch kurz das Verhältniss zwischen Pankreas und Diabetes. Zum Schluss geht Redner auf die krankhaften Affektionen einzelner Organe ein, wie sie so häufig bei Diabetikern angetroffen werden. — Bezüglich der Therapie ist die Regelung der leiblichen und geistigen Diät noch immer die Hauptsache; Medikamente nützen wenig, Aufgabe des Arztes ist es, den Diabetikern in dem Getriebe und der Gewohnheit des täglichen Lebens eine entsprechende Lebensweise zu verschaffen. — An der Diskussion betheiligten sich ausser dem Vortragenden die Herren GANS-Karlsbad, PUTZAR-Königsbrunn, v. CHLAPOWSKI-Kissingen.

Dr. KALLAY (Karlsbad) schliesst sich im Grossen und Ganzen den Ausführungen des Vorredners an.

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 17. d. M. abgehaltenen Sitzung des Wiener medizinischen Clubs demonstrirte Dr. Bickeles einen seltenen Fall von Poliomyelitis, Dr. Schlesinger einen interessanten Nervenfall und zwei osteomalacische Frauen, von denen jede Nullipara war, worauf Dr. Hovorka seinen angekündigten Vortrag, Beiträge zur Anatomie der äusseren Nase (Vorläufige Mittheilung), hielt. Der ausführliche Bericht über die Sitzung erscheint in der nächsten Nummer. — Die am 19. d. M. unter dem Vorsitze Prof. M. Gruber's abgehaltene Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte brachte eine Reihe interessanter Demonstrationen, und zwar stellte Primarius Dr. Riehl einen Fall von Zoster gangraenosus hystericus vor, Dr. Büdinger demonstrirte ein 16jähriges Mädchen mit Myxosarkom des Gesichtes, bei dem schon 10 Mal die Operation wegen Recidive vorgenommen werden musste. Dr. Freund berichtet, dass er Gelegenheit hatte, einige Fälle von Pneumonie zu beobachten, wo sich zu einer gewissen Zeit entweder gar keine oder nur sehr geringe Mengen von Phosphorsäure vorfanden. Hierauf stellt Dozent Dr. v. Eiselsberg einen Patienten mit einer tuberkulösen Affektion der Oberlippe vor und berichtet über das Gersuny'sche Verfahren, ausgedehnte Deffekte in der Wange durch eine eigene Methode der Transplantation zu decken. Der ausführliche Bericht erscheint in der nächsten Nummer dieses Blattes.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Dr. Emil Bloch hat sich als Privatdozent für Ohrenheilkunde an der Universität Freiburg habilitirt. — Die DDr. G. A. Wright und F. A. Southam und W. Thorburn haben sich als Privatdozenten für Chirurgie an Owens College in Manchester habilitirt. — Dr. Krüger hat sich als Privatdozent für physiologische Chemie an der Universität Jurjew (Dorpat) habilitirt. — Dr. O. Hertwig, o. Professor der Anatomie in Berlin, wurde zum Mitgliede der Akademie der Wissenschaften ernannt. — Mrs. Sarah Sharman, ist Präsident der Gesellschaft für Chirurgie und Gynäkologie in Massachusetts geworden. — Dr. A. Loir, ein Neffe und Schüler Pasteurs, ist zum Direktor des neuen bakteriologischen Instituts in Sydney ernannt worden.

(Auszeichnungen). Dem o. Prof. der Anatomie an der Universität Krakau, Regierungsrath Dr. Ludwig Teichmann, wurde der Orden der eisernen Krone dritter Klasse verliehen. — Dem bekannten Londoner Neurologen, Prof. Gowers, wurde der Fothergill'sche Ehrenpreis und die Fothergill'sche Medaille verliehen.

(Zur Hebung der öffentlichen Gesundheitspflege in Ungarn) hat Minister Hieronymi an sämmtliche Municipien einen Erlass gerichtet, in welchem er betont, er betrachte es als grossen Nachtheil der öffentlichen Sanität, dass die behördlichen Organe, die Privatärzte, Apotheker etc. nur schwer in den Besitz der sie interessirenden Verfügungen gelangen und dass die in Kraft bestehenden Vorschriften nicht entsprechend gesammelt sind. Um diesem Mangel abzuhelfen, wird demnächst eine Sammlung der bestehenden Sanitätsgesetze und Verordnungen und als Fortsetzung vom 1. Juli angefangen, ein von der Sanitätssektion des Ministeriums des Innern edirtes Blatt: «Egészségügyi Értesitö» (Sanitäts-Anzeiger) erscheinen. Das Blatt wird alle sanitären Verordnungen, Entscheidungen, Konzessionen für Bäder, Heilquellen, Mineralwässer, die Statistik der herrschenden Epidemieen, den Krankenstand in den städtischen Irrenhäusern, Konkurse auf erledigte Stellen, überhaupt Alles, was im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege wünschenswerth ist, veröffentlichen. Das Blatt wird monatlich zweimal, am 1. und 15. erscheinen und jährlich 2 fl. kosten. Die Pränumerationsgelder werden von den Behörden, Gemeinden und den betreffenden Amtsorganen durch das Vicegespans-, resp. Bürgermeisteramt eingehoben werden. Vormerkungen auf das neue Blatt sind bis Ende Mai an das Ministerium des Innern einzusenden.

(VIII. Internationaler Kongress für Hygiene und Demographie). Für den VIII. internationalen Kongress für Hygiene und Demographie, der im kommenden Jahre in Budapest

tagen wird, sind nachfolgende Sektionen aufgestellt: 1. Bakteriologie; 2. präventive Medizin; 3. Gewerbehygiene; 4. Hygiene des Kindesalters, Schulhygiene; 5. Hygiene der Lebensmittel; 6. Bauhygiene; 7. Hygiene der Städte; 8. Eisenbahn- und Schiffshygiene; 9. Militärhygiene; 10. Hygiene der Heilquellen und Bäder; 11. Staatshygiene; 12. Hygiene des Veterinärwesens; 13. Hygiene in der Pharmacie.

(Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie) Breslau 25—27 Mai, Themata zur Diskussion: 1. Die Symphyseotomie (Ref. Zweifel); 2. Die Adnexoperationen, ihre Indikationen, Technik und Erfolge (Ref. Schauta). — (Die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft findet vom 19. bis 21. d. M. in Frankfurt a. M. statt.)

München. Der k. bayrische Bezirksarzt Dr. Sack in Berneck, wurde am 5. d. M. von einem soeben aus dem Gefängniss entlassenen Kurpfuscher, einem früheren Bader, dem auf Veranlassung Sack's die Approbation entzogen worden war, erschossen.

Frankfurt a. M. Auf der Tagesordnung der diesjährigen Sitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte, welche am 25. und 26. Mai in Frankfurt a. M abgehalten wird, befinden sich folgende Vorträge: Psychiatrie und Seelsorge, Ref. Simens (Lauenburg), Corref. Zinn (Eberswalde). — Die zweckmässigste Art der Gehirnsektion, Ref. Siemerling (Berlin), Corref. Edinger (Frankfurt a. M.) — Ueber die Bestrebungen zur Abänderung des Verfahrens bei der Anstaltsaufnahme und bei der Entmündigung von Geisteskranken, Ref. Pelman (Bonn). — Ueber Irrenrecht in Deutschland, Ref. Bergassessor Herm. Reuss (Alttönning. — Ueber relativ isolirte psychische und motorische Krankheitsvorgänge beim einfachen Irresein, von Roller (Brake). — Beiträge zur Genese der konträren Sexualempfindung von Sioli (Frankfurt a. M.) — Mittheilungen zur normalen und pathologischen Anatomie der Nervenzelle von Nissl (Frankfurt a. M.).

Haag. Der vierte internationale Kongress gegen den Alkoholismus wird in Haag in der zweiten Hälfte des August stattfinden.

Paris. Der 3. Kongress zum Zwecke des Studiums der Tuberkulose beim Menschen und bei den Thieren wird hier vom 27. Juli bis 2. August unter dem Vorsitz von Verneuil stattfinden.

Indien. Dr. Haffkine hat die Ausführung von Cholera-Schutzimpfungen im Grossen begonnen. In Agra sind über 400 Personen ohne Unglücksfall geimpft worden.

(Cholera-Nachrichten). Vom 3. bis 10. Mai sind in Galizien keine neuen Cholerafälle vorgekommen, die aus der Vorwoche verbliebenen Cholerakranken genasen, so dass am 10. Mai Früh Galizien vollständig seuchenfrei war. — Nach den Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes war die Cholera im nördlichen Theile Bessarabiens Mitte April noch stark verbreitet, besonders im Kreise Chotin. Neuerdings sind in der Stadt Olvidiopol, Gubernium Cherson, 2 Erkrankungen vorgekommen. Aus den Gubernien Orel, Saratow, Ufa, Jelisawetpol, Dongebiet wurden in der Zeit vom 8. bis 15. April 64 Erkrankungen und 26 Todesfälle gemeldet, die meisten, 51 beziehungsweise 21, in Ufa beobachtet.

(Influenza). Paris 22.—29. April 62 Todesfälle gegen 96 in der Vorwoche. — London 40 Todesfälle gegen 38 in der Vorwoche. — New-York 31 gegen 22. — Moskau 4 Todesfälle. — Kopenhagen 1. — In Stockholm ist die Seuche im Erlöschen. — Vereinzelte Todesfälle in Köln, Dresden, Braunschweig.

(Todesfall). In Moskau starb der frühere Professor der Therapie in Kasan, wirkl. Staatsrath Dr. Michael Subbotin.

Prof. Dr. Hofmokl ist aus seiner Wohnung III., Rudolfspital ausgezogen und wohnt seit 12. Mai I., Schottenring 4.

Herr Dr. Joseph Hoffmann hat die kur- und frauenärztliche Praxis in Baden bei Wien wieder aufgenommen.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle für die Ortsgruppe Unter-Retzbach (Niederösterreich), Klein-Höflein und Klein-Riedenthal mit zusammen 2645 Einwohner und einem jährlichen fixen Bezuge von 520 fl. Bewerber haben ihre Gesuche bis 1. Juli l. J. an das Bürgermeisteramt Unter-Retzbach einzubringen.

Gemeindearztesstelle für die Gemeinden Frankenfels und Schwarzbach a. d. Pielach (Niederösterreich). Bezüge von Krankenvereinen und Todtenbeschau etc. über 400 fl. Gebirgsgegend, nicht zu beschwerlich, 3—6 Stunden in der Umgebung ist kein Arzt. Nähere Auskunft ertheilt bis 1. Juli l. J. die Gemeindevorstehung zu Frankenfels.

Distriktarztesstelle im Sanitätsdistrikte Falkenau, polit. Bezirk B.-Leipa (Böhmen). Umfassend die Ortschaften Falkenau-Kittlitz, Schlottendorf, Tanneberg und Hillemühl mit einer Bevölkerungszahl von 4100 Einwohnern. Bewerber um diese Stelle, mit welcher ein Jahresgehalt von 400 fl. vom Distrikte nebst einem Reisepauschale von 100 fl aus dem Bezirksfonde verbunden ist, haben ihre vorschriftsmässig instruirten Gesuche bis Ende Mai 1893 beim Bezirksausschusse in Haida einzubringen. Der Wohnsitz des Distriktsarztes ist Falkenau.

Distriktsarztesstelle in Diwischau, Bezirk Beneschau (Böhmen), mit 12 Gemeinden, 7011 Einwohnern und 81·2 Quadr. Kil. Gehalt 400 fl., Reisepauschale 200 fl., Haltung einer Hausapotheke. Der provisorisch für ein Jahr anzustellende Arzt hätte auch die Stelle als Krankenkassenarzt und als Schlossarzt zu übernehmen. Bewerber haben ihre nach § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes vom 23. Februar 1888 belegten Gesuche bis Ende Mai l. J. an den Bezirksausschuss in Wlaschim einzusenden.

Distriktsarztesstelle in Mnichowitz (Böhmen). Bezirk Ričan, mit 8 Gemeinden und 4022 Einwohnern. Gehalt 400 fl., Reisepauschale 90 fl. 36 kr., Haltung einer Hausapotheke. Anstellung provisorisch für ein Jahr. Die im Sinne des § 5 des Gesetzes vom 23. Februar 1888 gehörig instruirten Gesuche sind bis Ende Mai l. J. an den Bezirksausschuss in Ričan zu richten.

Gemeindearztesstelle in Montona, politischer Bezirk Parenzo (Istrien). Jahresgehalt 1800 fl. Verbindlichkeiten: Unentgeltliche Behandlung sämmtlicher Einwohner der Steuergemeinde Montona und sämmtlicher Armen der Ortsgemeinde Montona. Vergütung der Reiseauslagen nach Tarif für die Reisen ausserhalb Montona. Mit dem Geburtsscheine, dem Nachweise der österreichischen Staatsbürgerschaft, dem Diplome des erlangten Doktorgrades der gesammten Heilkunde und dem Nachweise der Kenntniss der italienischen Sprache belegte Gesuche sind binnen 4 Wochen an das Gemeindeamt Montona zu richten. Näheres bei demselben Gemeindeamte.

Gemeindearztesstelle. (Dr. der Medizin, der Chirurgie und Magister der Geburtshilfe) in der Stadt Grado (Görz-Gradisca). Jahreshonorar 1500 fl., Wohnungsgebühr von 150 fl zahlbar aus der Gemeindekassa in monatlichen Posticipatraten. Verpflichtung, sämmtlichen Gemeindeangehörigen unentgeltlich ärztliche Hilfe zu leisten. Der Kommunalarzt bezieht ferner vom Komité des Seehospitzes jährlich 150 fl. für die Behandlung der scrophulösen Kinder während der Badesaison. Indem Grado ein wichtiger Kur- und Badeort, mit jährlich über 1000 Kurgästen, ist, wird dem Gemeindearzt hiedurch eine weitere Einnahmsquelle geboten. Der Kontrakt beginnt mit 1. September d. J. und dauert drei Jahre. Bewerber, welche der italienischen und deutschen Sprache vollkommen mächtig sein müssen, wollen ihre mit den Diplomen und sonstigen Dokumenten belegten Gesuche bis 31. Mai dieses Jahres an den Bürgesmeister in Grado einsenden.

Gemeindearztesstelle im Industriorre Haidenschaft (Görz-Gradiska, Küstenland) mit 1. Juli d. J. zu besetzen. Als fixe Honorare sind mit dieser Stelle verbunden: Von der Gemeinde Haidenschaft 300 fl. und freies Quartier, von der Arbeiterkrankenkasse 100 fl., von der Bezirkskrankenkasse 200 fl., vom löbl. Landesausschusse für die jährlich vorzunehmenden Impfungen 100 fl. Ausserdem zahlte die Betriebskasse der Spinnfabrik dem Arzte 450 fl. jäurlich, worüber es jedoch dem ernannten Arzte freisteht, sich persönlich mit der betreffenden Kasse zu vereinbaren. Ueberdies geniesst der Arzt eine umfangreiche lohnende Privatclientel als einziger Arzt im ganzen Bezirke. Die ordentlich belegten Gesuche der Bewerber sind längstens bis zum 31. Mai d. J. an das Bürgermeisteramt in Haidenschaft zu richten.

(Berichtigung). In dem Aufsatze der Intern. Klin. Rundschau Nr. 18 «Kombinirte Kurmethode veralteter Syphilisfälle mit Quecksilbereinreibungen und gleichzeitigen Schwefelbädern» von Dr. Josef Dymnicki, Brunnenarzt in Busko soll es

pag. 672 Zeile 37 v. oben statt chronischen richtig chemischen heissen
« 674 « 17 « « « klinisirt « eliminirt «

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 28. Mai 1893** **Nr. 22.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Aus der I. chirurgischen Klinik des Herrn ***Hofrathes Prof. Albert.***

Casuistische Mittheilungen.

Von **Dozent Dr. Rudolf Frank,** Assistent obiger Klinik.

1. Vollständige, quere Ruptur der Urethra, Naht, Heilung per primam.

P. Johann, 33 Jahre alt, wurde am 7. Dezember 1892, als er Früh Morgens in's Geschäft ging, durch einen Windstoss gegen das Prelleisen einer Gaslaterne geworfen und stiess mit dem Perineum gegen dasselbe. Seit der Verletzung träufelt Blut aus der Harnröhre. Um 10 Uhr kam der Verletzte an die Klinik. Vorher hatte er ohne besondere Schwierigkeit stark blutigen Urin gelassen. Am Perineum fand sich ein pralles Haematom. Der Kranke wurde katheterisirt. Das metallene Instrument ging zwei Mal ohne besondere Schwierigkeit hinein, liess sich leicht senken, aber es entleerte sich kein Tropfen Urin, offenbar desshalb, weil der Katheter sofort durch ein Coagulum vollständig verstopft wurde. Es wurde sofort zur Perinealincision geschritten. Nach Durchtrennung der Haut und oberflächlichen Fascie kam man in das Haematom: Nach Entleerung der Coagula fand sich im Grunde der Wunde die Urethra knapp hinter dem Bulbus vollständig quer durchrissen, die beiden Enden gut zwei Centimeter von einander entfernt. Führte man einen Katheter ein, so passirte derselbe die Rissstelle sehr gut, indem er das centrale Ende der Urethra vor sich einstülpte. Die beiden Enden wurden sofort durch zwei Reihen von feinen dicht an einander liegenden Seidenknopfnäthen vernäht. Durch die erste Reihe wurde die Urethra genäht, die Knöpfe wurden zum grössten Theil nach innen gelegt. Die zweite fasste breit das periurethrale Gewebe, um die Spannng in der urethralen Naht zu vermindern. Die Hautwunde wurde durch Knopfnähte verkleinert, zum Theile offen gelassen.

Reaktionsloser Verlauf. Tagsüber wird der Urin mit einem Metallkatheter (Charrière 19) entleert, nachts bleibt ein weicher Katheter liegen. Vom 5. Tage an urinirt der Kranke selbst Die Naht heilte per primam. Der offengelassene Theil der Wunde schliesst sich binnen 17 Tagen. Bei der Entlassung lässt sich Sonde Nr. 19 Charrière (die dickste das orificium externum passirende) ohne Hinderniss einführen. Der Mann, der sich des öfteren vorstellt, ist ohne jegliche Beschwerden, die Urethra ist nicht verengt. Der Sicherheit halber wird alle paar Wochen die Sonde eingeführt.

Dieser Fall erscheint in mehrfacher Hinsicht bemerkenswerth. Der Riss sass in der pars membranacea, war vollständig quer, betraf alle Schichten der Urethra; die Ränder waren vollständig scharf, nicht gequetscht und auch die Umgebung zeigte keine besondere Quetschung, die beiden Rissenden standen über 2 *cm* weit von einander ab. KAUFMANN*) wendet sich auf Grund von Leichenexperimenten gegen den Ausdruck Ruptur oder Zerreissung der Urethra und sucht zu erweisen, dass diese Kontinuitätstrennungen der Urethra als Zerquetschungen derselben entstanden gedacht werden müssten und will daher den Terminus Zerquetschung oder Quetschwunde eingeführt wissen. Es unterliegt ja keinem Zweifel, dass hiemit in den meisten Fällen das Richtige getroffen ist, es ist aber immerhin denkbar, dass eine durch einen Stoss erzeugte plötzliche Anspannung der dem Stosse ausweichenden Urethra eine Zerreissung derselben herbeiführen könne, ohne dass dabei die Quetschung derselben gegen den Schambeinbogen das vorwiegende Moment abgibt. Der beschriebene Fall dürfte wohl für den Mechanismus der Zerreissung sprechen, sowohl der Glätte der Rissränder wegen, als wegen der auffallend geringen Quetschung der Ränder und Umgebung der Rissstelle.

Die Fascia pernici propria war auch in diesem Falle zerrissen, wie KAUFMANN dies als konstant bei Ruptur der pars nuda hervorhebt.

Weiters ist beachtenswerth, dass der Verletzte spontan ohne besondere Schwierigkeit urinirte. In den weitaus meisten Fällen von Ruptur ist Urinretention vorhanden. (73·4 Perzent KAUFMANN). Sie fehlt meist nur bei leichten Quetschungen. In unserem Falle war die Urethra nicht nur vollständig quer durchrissen, sondern die Enden auch weit auseinander gewichen. Das spontane Uriniren in dem Falle ist also auffallend.

*) Verletzungen und Krankheiten der männlichen Harnorgane und des Penis. Deutsche Chirurgie.

Ebenso auffallend ist auch der Umstand, dass sich bei dem Verletzten der Katheter leicht einführen liess, was doch nur bei einfacher Quetschung der Urethra der Fall zu sein pflegt. KAUFMANN erklärt die Fälle, wo bei totaler Ruptur der Katheterismus leicht gelang, so dass, wie er dies manchmal bei seinen Experimenten sah, die beiden Enden noch durch schmale Briden submucösen Fasergewebes verbunden gewesen seien, welche offenbar den Katheter leiteten.

Unser Fall zeigt, dass auch bei vollständiger Ruptur der Katheterismus leicht vor sich gehen kann. Nach der Incision am Perineum konnte man den Vorgang beobachten; der eingeführte Katheter stülpte das centrale Rissende vor sich her, es rollte sich ein, dann glitt der Schnabel in das Lumen hinein.

Was die Behandlung und den Verlauf anlangt, so ist die prompte Heilung durch Naht gewiss beachtenswerth.

Die Naht bei Ruptur der Urethra anzuwenden, ist von KAUFMANN auf Grund von Thierversuchen empfohlen worden, nachdem KÖNIG früher schon nach Exstirpation von Strikturcallus die Urethralenden genäht hatte. Bei totaler Zerreissung der Urethra ist die Vereinigung durch Naht absolut indicirt, wenn nicht eine sehr umfängliche Zermalmung vorhanden ist, zum mindesten sollen die vorderen und seitlichen Theile der Wand genäht werden, während gegen das Offenlassen der unteren Seite kaum etwas einzuwenden wäre. Die Vortheile der Naht sind evident Abgesehen von der Verkürzung der Heilungsdauer, ist sie das einzige Mittel, umfängliche kallösse Stricturen zu verhindern, wie dieselben immer auftreten, wenn man den Riss durch Granulation ausheilen lässt ob mit oder ohne Verweilkatheter.

Der beschriebene Fall eignete sich zwar ganz beonders durch den Mangel der Quetschung zur Naht, nichts destoweniger ist die prompte Heilung und das Ausbleiben einer Strictur bis nun (4 Monate nach der Verletzung) hervorhebenswerth.

* * *

Chondroma scapulae; Amputatio extremitatis superioris in contiguitate thoracis.

C. Jacob, 45 Jahre alt, Taglöhner, fiel im Jahre 1878 eine Klafter tief auf die rechte Schulter; er konnte bald nachher wieder arbeiten, aber es blieb eine Schwäche und Schmerzhaftigkeit des rechten Armes zurück. Ein Jahr später entwickelte sich an der Gräte des rechten Schulterblattes eine Geschwulst, welche im Laufe von fünf Jahren kopfgross wurde und die Beweglichkeit des Schultergelenkes fast ganz aufhob. Im Jahre 1884 wurde der Kranke bei DITTEL operirt; die exstirpirte Geschwulst soll $4^1/_2$ *kgr* gewogen haben Im Frühling 1886 bildete sich neuerdings eine Geschwulst, diesmal in der Schlüsselbeingrube: im Juli desselben Jahres wurde die zu Kindskopfgrösse gediehene Geschwulst an der Klinik ALBERT's exstirpirt. Heilung in 14 Tagen. Schon im nächsten Jahre begann die Geschwulst wieder zu wachsen, mit welcher der Kranke im Jänner 1889 neuerlich zur Operation kam Es wurde ein zwei Faust grosser, in der Fossa infraclavicularis gelegener, das Schlüsselbein umwallender und gegen die Achselhöhle vordringender Tumor exstirpirt. Heilung mit Eiterung in fünf Wochen. Der notirte pathologische Befund lautet: Hyalines Chondrom mit centraler schleimiger Erweichung und Bildung eines nussgrossen Hohlraumes, daneben auch Verkalkung und in kleinen Heerden auch spongiöse Knochensubstanz. Nächste Operation im Jänner 1891. Ein zwei Faust grosser Tumorantheil umwallte das Schultergelenk von rückwärts und oben, ein zweiter Antheil lag unter dem Pectoralis und ragte in die Achselhöhle. Heilung in vier Wochen. Nächste Operation im Februar 1892. Es bestanden multiple Tumoren, an dem lateralen Theile der Scapula, in der Gegend des Acromion, in der Fossa supra- und infraclavicularis und in die Achselhöhle ragende. Die Geschwülste konnten nicht vollständig entfernt werden.

Bei den bis nun genannten Operationen war nach und nach das Acromion, ein Theil der Spina Scapulae und das laterale Ende der Clavicula entfernt worden.

Im Jänner 1893 kam der Mann wieder mit umfänglichen knolligen Tumoren, welche einestheils rückwärts einen Theil der Scapula deckten, den Oberarmkopf von oben, vorne und lateralwärts ganz umwallten, die Supra- und Infraclaviculargrube ausfüllten und gegen die Achselhöhle vordrängten.

Das Schultergelenk vollständig unbeweglich, der Arm dabei ziemlich kräftig und wenig abgemagert, nicht ödematös, doch bestehen ausstrahlende Schmerzen im Arme. Die Geschwülste sind zum Theile knorpelhart, zum Theile elastisch, die vielfach narbige Haut über denselben umfänglich durch Gefässsternchen blauroth gefärbt.

Da an eine radikale Entfernung der Tumoren mit Erhaltung des Armes nicht mehr gedacht werden konnte, so wurde die Absetzung der Extremität sammt dem ganzen Schultergürtel vorgenommen.

Die Operation fand am 1. Februar 1893 statt. Ein der Clavicula entlang verlaufender Schnitt legte diese blos; der Knochen wurde exstirpirt, um den Gefässen beizukommen; doch war es nicht möglich dieselben zu unterbinden, da ein grosser Geschwulstzapfen unter der Clavicula vordringend dieselben vollständig verdeckte. Von den Endpunkten des ersten Schnittes wurden je eine Incision gegen die vordere und hintere Achselfalte herabgeführt, hierauf ein 15 *cm* langer Hautlappen mit oberer Basis aus der Innenfläche des Oberarmes abpräparirt, die Scapula rasch exstirpirt, die Geschwulstmassen vom Thorax abgelöst, endlich die Gefässe, an welchen zum Schlusse die ganze Extremität wie an einem Stiele hing, unterbunden. Der aus dem Oberarme gewonnene Lappen wurde hinaufgeschlagen und in den umfänglichen Defekt eingenäht; es blieben nur zwei Oeffnungen zum Austritte der drainirenden Jodoformgaze bestehen. Die Blutung bei der Operation war gering.

Die anatomische Untersuchung des Präparates ergab Folgendes: Das Chondrom war in drei mächtigen Knollen entwickelt, einem welcher der lateralen Hälfte des Schulterblattes aufsass, einem zweiten, welcher die Schulterhöhe einnahm, das Humerusende lateralwärts nahezu in der Ausdehnung des Deltoides deckte, einem dritten, welcher die vordere Wand der Achselhöhle einnahm, von hier in die Unter- und Oberschlüsselbeingrube zog, das Schlüsselbein grossentheils umscheidend. Das obere Humerusende ist, wie an einem von Herrn Hofrath KUNDRAT angefertigten Durchschnitte des Präparates zu ersehen ist, allerseits von Chondrommassen umgeben, ja zwischen dieselben so eingekeilt, dass kaum Spuren von Beweglichkeit vorhanden sind. Der Tumor besteht zum Theile aus hyalinen Knorpel, zum Theile zeigt er Erweichungen, an mehreren Stellen Verkalkungen und Verknöcherung. In der Achselhöhle finden sich eine Anzahl bis wallnussgrosser, fettig degenerirter Lymphdrüsen.

Eine besondere Bemerkung verdient die exquisite Rezidivfähigkeit des Chondromes. Dieselbe dürfte sich aus folgendem bei den verschiedenen Operationen konstatirten Umstande erklären: Der Tumor erwies sich nicht als streng begrenzt, sondern sandte zahlreiche Zapfen und Körner weithin in die Muskelinterstitien, ja zwischen die auseinander gedrängte Muskulatur. Die Exstirpation war hiedurch bedeutend erschwert und es ist leicht vorstellbar, dass bei den Operationen solche verstreute Körner zurückblieben, von welchen die Recidiven ausgingen. Daraus findet auch der Umstand seine Erklärung, dass die Recidive des öfteren an mehreren Stellen gleichzeitig in Form von voneinander unabhängigen, räumlich getrennten Knollen auftrat, welche zum Theile gar keinen Zusammenhang mit dem Knochen hatten, sondern nur zwischen die Muskulatur eingebettet waren.

Der Verlauf nach der Operation war ein vollständig fieberloser und reaktionsloser. Nach zwei Tagen schon verliess der Patient das Bett. In der sechsten Woche wurde derselbe vollständig geheilt entlassen.

Besonders auffallend war bei dem Patienten, die während der Rekonvalescenz sich rasch ausbildende hochgradige rechtsconvexe Scoliose mit entsprechender Asymmetrie des Thorax. Die ganze rechte Thoraxhälfte erscheint bedeutend erweitert, die Intercostalräume verbreitert, der anteroposteriore Durchmesser der rechten Thoraxhälfte gegen den der linken wesentlich vergrössert, beim Vorneüberbeugen tritt ein starker Rippenbuckel hervor. Im Thorax selbst sind normale Verhältnisse zu konstatiren, jedenfalls finden sich keine Zeichen eines in demselben entwickelten Tumors.

Die Absetzung der oberen Extremität sammt dem Schultergürtel ist heute eine seltene Operation. Die Indikation zu derselben bestand früher häufiger als gegenwärtig, wo man öfter konservativ vorgeht und den Arm erhält, wenn man auch neben der Exstirpation des Schulterblattes das obere Humerusende reseciren muss.

Paul Berger (Paris) konnte im Jahre 1887 51 Fälle aus diesem Jahrhunderte zusammenstellen, in welchen die Operation theils aus pathologischen, theils aus traumatischen Indikationen ausgeführt worden war. Der bedeutende Eingriff hat eine verhältnissmässig geringe Mortalität. Berger stellte für die Operation den treffenden Namen Amputatio interscapulothoracica oder Amputation der oberen Extremität in der Contiguität des Stammes auf.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber Diabetes insipidus.

Von

Professor **Dr. Monti.**

(Fortsetzung und Schluss.*)

Die zweite für den Diabetes insipidus charakteristische Erscheinung ist die Vermehrung der 24stündigen Harnmenge. Wir haben bereits früher hervorgehoben, dass beim Diabetes insipidus im Beginne die 24stündige Harnmenge, der Quantität der in 24 Stunden genossenen Flüssigkeitsmenge entspricht. Dieses constante Verhältniss zwischen in 24 Stunden verbrauchter Flüssigkeit und in derselben Zeit secernirter Harnmenge halten wir für eine den Diabetes insipidus charakterisirende Erscheinung. Es ist desshalb nothwendig, die Kranken in dieser Richtung genau zu beobachten. Im weitern Verlaufe des Diabetes ereignet sich häufig, dass der Durst abnimmt, die Harnmenge jedoch noch in gleichem Maasse wie früher vermehrt bleibt. Die Abnahme des Durstes und der genossenen Flüssigkeitsmenge dauert nur kurze Zeit, und wenn die hochgradige Harnmenge fortbesteht, wird auch über kurz und lang die genossene Flüssigkeitsmenge entsprechend der Vermehrung des Urinquantums zunehmen.

Da in den einzelnen Fällen die innerhalb 24 Stunden genossene Flüssigkeitsmenge wesentliche Schwankungen zeigt, so ist auch die beobachtete 24stündige Harnmenge sehr verschieden. In geringgradigen Fällen wird eine Vermehrung der Harnmenge bis auf 3 Liter wahrgenommen. In hochgradigen Fällen beträgt die Harnmenge 6 bis 8 Liter, nur selten darüber hinaus. In einem Falle von Heyden schwankte die 24stündige Harnmenge bei einem 6jährigen Mädchen zwischen 7200 und 9800 *ccm*. In einem Falle von Vierordt wurde sogar bei Kindern von 5 bis 6 Jahren eine 24stündige Harnmenge von 15.000 *ccm* beobachtet.

Der Harn ist von blass rothgelber Farbe, häufig wasserhell und klar, der Harn reagirt sauer, sein spezifisches Gewicht ist sehr herabgesetzt (1001—1006). Als charakteristisch für den Diabetes insipidus müssen wir hervorheben, dass die Höhe des spezifischen Gewichtes des Harnes im umgekehrten Verhältniss zu der in 24 Stunden gelassenen Harnmenge steht. Nach Angabe der meisten Autoren ist die absolute Menge der ausgeschiedenen Harnbestandtheile (Harnstoff etc.) vermehrt, daher es zur richtigen Beurtheilung eines Diabetes insipidus nothwendig ist, die absolute Menge der ausgeschiedenen Harnbestandtheile zu berechnen. Zu diesem Behufe bedient man sich der von Ultzmann gelehrten Methode, nach welcher man die Hundertstel und Tausendstel des gefundenen spezifischen Gewichtes mit dem Haeser'schen Coëfficienten (2·33) multiplizirt und auf diese Weise die Anzahl Grammen der festen Stoffe, welche in 1000 Theilen Harn enthalten sind, erhält. In unserem Falle war die 24stündige Harnmenge 4000 *gr*, das spezifische Gewicht des Harnes betrug 1005, die Berechnung wäre somit : 2·33×5 = 11·65, d. i. 11·65 Grammes fester Stoffe für einen Liter Urin; da nun die 24stündige Menge Harn 4 Liter beträgt, so ist die absolute Menge der in 24 Stunden ausgeschiedenen festen Bestandtheile 11·65×4 = 46·60.

Nimmt man für Kinder die 24stündige Menge der mit dem Harne ausgeschiedenen festen Bestandtheile pro die mit 40 Grammes an, so ergibt sich in unserem Falle eine merkliche Vermehrung, der durch den Harn ausgeschiedenen Bestandtheile, eine Erscheinung, welche ebenfalls zu den charakteristischen Merkmalen des Diabetes insipidus gehört.

Von Interesse ist bei dieser Krankheit das Verhalten der 24stündigen Harnstoffmenge. Die bis jetzt aus der Literatur bekannten Angaben belaufen sich: beim Falle von Strauss (10jähriges Mädchen) auf 9·2, 15·6 *gr* 24stündige Harnstoffmenge, Fall von Niemfers (10jähriger Knabe) 28—38·5 *gr* 24stündige Harnstoffmenge, Fall von Dikson (8jähriger Knabe) 14—21 *gr* 24stündige Harnstoffmenge. In unserem Falle betrug die Harnstoffmenge in 24 Stunden 11·65.

Von der grössten Wichtigkeit ist für den Diabetes insipidus die feststehende Erscheinung, dass der Urin bei dieser Krankheit keine anomalen Bestandtheile enthält.

In der Literatur finden wir noch weitere Angaben, die der Vollständigkeit wegen hier angeführt werden mögen. Nach Dickson ist die Ausscheidung der Schwefelsäure und Phosphorsäure, namentlich des phosphorsauren Kalkes vermehrt. In unserem Falle betrug die Menge der ausgeschiedenen Phosphorsäure 0·210 Perzent.

In einigen Fällen von Diabetes insipidus wurde im Harne Inosit in geringen Mengen nachgewiesen. In unserem Falle konnte keine Vermehrung des Gehaltes an Inosit nachgewiesen werden. Da diese Erscheinung nur in einigen Fällen nachgewiesen wurde, können wir dem Vorkommen von kleinen Quantitäten Inosit im Harne von Diabetes insipidus keine Bedeutung beimessen.

Bezüglich des Einflusses, welchen der Diabetes insipidus auf die Funktionen und die Ernährung des Organismus ausübt, wollen wir noch Folgendes bemerken. Die Zunge ist in allen Fällen, wo der Diabetes aus einer Reizung des Bauchgeflechtes des Sympaticus hervorgeht, immer belegt und trocken. Der Appetit kann hiebei normal oder vermindert, oder auch etwas vermehrt sein. Bezüglich der Defäcation beobachtet man Obstipation abwechselnd mit diarrhoischen Entleerungen.

Die Haut wird im Verlaufe des Diabetes insipidus trocken, blass und abschuppend, die Körpertemperatur ist zeitweise unter dem Normale, zeitweise (jedoch nur auf kurze Zeit) werden mässige, bald vorübergehende Temperatursteigerungen beobachtet. Der Einfluss, welchen der Diabetes insipidus auf Ernährung und Wachsthum der Kinder ausübt, ist sehr verschieden. In der Literatur werden Fälle angeführt, wo die Kinder in Folge dieser Krankheit im Wachsthum und Ernährung wesentlich zurückgeblieben sind, in anderen Fällen ist dagegen die Störung des Wachsthums und der Ernährung keine wesentliche, ich habe sogar einen Fall beobachtet, wo trotz Bestehens eines hochgradigen Diabetes insipidus das Kind bedeutend an Körpergewicht zunahm. In unserem Falle war das Körpergewicht bei der Aufnahme 20 Kilo 95; nahm dann unter entsprechender Diät zu und stieg bis auf 21 Kilo und schliesslich auf 21·35.

Die Dauer des Diabetes insipidus ist eine sehr verschiedene. In der Mehrzahl der Fälle erweist sich diese Erkrankung als eine langwierige, mehrere Jahre andauernde.

*) Siehe »Internationale Klinische Rundschau« Nr. 21, 1893.

Ihre Dauer wird vorwiegend von jener Erkrankung beeinflusst, welche zur Entstehung des Diabetes Anlass gegeben hat. In jenen Fällen wo der Diabetes als Folge einer traumatischen Einwirkuug eintrat (Schlag, Fall etc.) oder nach plötzlichem Schrecken, ferner da wo der Diabetes im Gefolge einer Infektionskrankheit, oder einer auf den Darmtractus einwirkenden und eine Neurose des Bauchsympaticus hervorrufenden Schädlichkeit entstand, beobachtet man eine relativ kürzere Dauer von einigen Monaten bis zu 1 bis 2 Jahren. Da wo Gehirnerkrankungen, wie Hydrocephalie, Tuberkulose des Gehirns, Caries, chronische Meningitis etc. zum Diabetes insipidus führen, dauert diese Krankheit gewöhnlich mehrere Jahre und ist unheilbar. Die kürzeste Dauer eines Falles von Diabetes insipidus, die ich selbst beobachtet habe, war vier Monate. Es folgen in meinen Aufzeichnungen dann einige Fälle mit einer Krankheitsdauer von 1 bis 3 Jahren und schliesslich eine Reihe von Fällen wo der Diabetes 6 bis 10 Jahre fort anhielt.

Der Ausgang dieser Krankheit hängt lediglich von der veranlassenden Grunderkrankung und von dem etwaigen Eintritte intercurrirender Krankheiten ab. Die Fälle von Diabetes insipidus nach Infektionskrankheiten, nach traumatischen Einwirkungen und jene nach direkter Reizung des Sympaticus führen gewöhnlich zur Genesung. Der Tod erfolgt ausserordentlich selten und wird nur durch eine intercurrirende Komplikation herbeigeführt. Dagegen endigen die Fälle von Diabetes insipidus in Folge von Gehirnkrankheiten, Caries etc. meistens lethal.

Aus dem hier Angeführten entnehmen wir auch die Anhaltspunkte für Stellung der Prognose. An und für sich wird ein Diabetes insipidus das Leben des Patienten selten bedrohen. In allen Fällen, wo der Diabetes die Folge einer Infektionskrankheit, eines Traumas, einer vorübergehenden Erschütterung (Schrecken etc.) oder einer direkten Reizung des Bauchsympaticus ist, wird man eine günstige Prognose insoweit stellen, als keine Komplikationen oder intercurrirende Erkrankungen vorliegen, da solche Fälle, wie wir schon erwähnt haben, meist zur Genesung gelangen. Wo schwere Läsionen des Nervensystems vorhanden sind, ist die Prognose ungünstig, da solche Fälle meistens lange andauern und lethal endigen.

Wichtig für die Stellung der Prognose ist auch der Einfluss, welchen der Diabetes insipidus auf die Ernährung und das Wachsthum des erkrankten Individuums ausübt. So lange die Ernährung gut vor sich geht, kann der Diabetes insipidus Jahre lang andauern ohne eine Bedrohung des Lebens befürchten zu lassen. Im entgegengesetzten Falle aber wird die Prognose zweifelhaft, weil in Folge der Ernährungsstörung leicht Komplikationen oder intercurrirende Erkrankungen eintreten, die das Leben bedrohen. Das Alter des Kindes übt auf die Prognose keinen Einfluss. Auch die nachgewiesene Erblichkeit des Diabetes in mancher Familie ist für die Prognose von keiner wesentlichen Bedeutung.

Die Behandlung des Diabetes insipidus kann nur dort von Erfolg begleitet sein, wo die veranlassende Ursache der Erkrankung einer therapeutischen Einwirkung zugänglich ist. In erster Reihe kommt hier eine diätetische Behandlung in Betracht. Wir pflegen gewöhnlich eine Milchkur zu empfehlen, und zur Stillung des Durstes lassen wir ausschliesslich Milch in kaltem Zustande trinken. Wir sind der Ueberzeugung, dass die von mancher Seite empfohlene gänzliche Entziehung von Getränken undurchführbar und inhuman ist. Die Darreichung von abgekühlter Milch, statt Wasser, ist in der Mehrzahl der Fälle leicht zu bewerkstelligen und man erreicht dadurch, dass in relativ kurzer Zeit das Durstgefühl abnimmt und auf diese Weise die Polyurie sich vermindert. In dem Falle, welchen ich Ihnen soeben demonstrirt habe, sahen wir, dass der Genuss der Milch, als ausschliessliches Getränk, gut vertragen werde und auch den Vortheil der besseren Ernährung bot. In unserem Falle nahm dabei das Körpergewicht um nahezu 1 Kilo.

In einzelnen Fällen ist man genöthigt, um die Verdauung der Milch zu befördern, derselben kleine Mengen von Cognac zuzusetzen. Bezüglich der anderweitigen Nahrungsmittel halten wir irgend eine Einschränkung für unnöthig. Es ist wohl zweckmässig, nur leicht verdauliche Nahrungsmittel zu geben, da die schwer verdaulichen Substanzen das Durstgefühl gewöhnlich vermehren, ebenso empfiehlt es sich alle Speisen, welche erfahrungsgemäss auch bei gesunden Individuen Durst erzeugen, wie etwa stark gesalzene und gezuckerte Speisen zu vermeiden. In einzelnen Fällen habe ich von einer ausschliesslich vegetabilischen Kost eine günstige Wirkung beobachtet. In dieser Richtung wird man aber stets die Verhältnisse des Individuums d. i. seinen Ernährungszustand und etwa vorhandene Komplikationen in Berücksichtigung ziehen müssen. Pribram hat die Zufuhr der Getränke allmälig und systematisch vermindert und dadurch die Polyurie dauernd herabgesetzt. Eine solche Methode begegnet in der Privatpraxis vielen Schwierigkeiten und ist nur möglich, wo der Patient unter steter Kontrolle des Arztes sich befindet, wie dies im Spitale der Fall ist.

Wesentlich für die Behandlung des Diabetes insipidus ist die Pflege der Haut. Ich verordne deshalb ein bis zwei laue Bäder täglich, auch Abreibungen äussern eine wohlthätige Einwirkung.

Zur Unterstützung der Therapie dienen auch den Kräften des Patienten angemessene Körperbewegungen Spaziergänge (Vor- und Nachmittags), Turnübungen etc. Es ist desshalb zweckmässig, solche Kinder in den Sommermonaten in ein Seebad zu schicken, oder in ein Bad mit indifferenter Therme, wobei man den günstigen Einfluss der Luftveränderung, Bewegung und sorgfältiger Hautpflege vereinigen kann.

In Bezug auf medikamentöse Behandlung wurde wohl eine grosse Anzahl von Arzneimitteln empfohlen, allein die Wirkung derselben bleibt in der Mehrzahl der Fälle eine sehr zweifelhafte. Nach unserer Auffassung richtet sich die Wahl der Behandlungsmethode nach bestimmten Indikationen. In jenen Fällen, wo eine Verdauungsstörung vorliegt, wo die Zunge stets dick belegt, der Magen mehr weniger ausgedehnt ist, pflegen wir gerne die Kur mit einer Auswaschung des Magens zu beginnen. Zu diesem Zwecke verwendet man am besten eine 1/4 perzentige Kochsalzlösung. Hierauf verordne ich Chinin mit Sulf.-Zinci in sehr kleinen Gaben, etwa: Chinini sulfur. 0·40, Zinci sulf. 0·10. Sacch. albi 3·0 in Doses decem, wovon täglich 5 Pulver verabreicht werden. Liegt aber im Gefolge der obenerwähnten Verdauungsstörung Stuhlverstopfung vor, so wende ich Marienbader Kreuzbrunnen in der Dosis von 100 bis 200 *gr* pro die an. Auch könnten bei schlechter Verdauung vorübergehend Amara (Rheum, Infusum Calami aromatici, Cascarilla etc.) versucht werden. Dort wo die Verdauungsstörung nicht bedeutend ist, und sowohl Durst wie Polyurie als Folgen einer gestörten Sympaticusfunktion gedeutet werden, wurden verschiedene Mittel empfohlen. In erster Reihe die Valeriana, welche von Trousseau besonders angerühmt wurde. Trousseau verschrieb zumeist ein starkes Infus. Valerianae. Wir wählen gewöhnlich die Tinct. Valerianae, von der wir 10—15 Tropfen 3 bis 4 mal täglich verabreichen. Besser noch wirkt in dieser Hinsicht die Solutio arsen. fowleri mit Tinct. Valerianae in Verbindung und zwar: Sol. arsenii fowleri, Tinct. Valerianae aa 10·0. DS. 5 bis 10 Tropfen 3 mal des Tages zu geben. Nicht minder beliebt und von einzelnen Fachgenossen als günstig wirkend gepriesen, ist die Anwendung der Narkotica: Opium, Morphium und Codeïn. Am besten wirkt Codeïn in der Verschreibung: Codeini phosphor. 0·10—0·20 (je nach Alter des Kindes) Syr. simplicis 30·0. DS. 3 mal täglich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen. Ebenso ist auch das Chloralhydrat verwendbar und zwar: Hydratis Chlorali 1—2·0, Mixt. gummosa 90·0, Syr. simpl. 10·0. DS. 3—4 mal täglich einen Esslöffel voll zu verabreichen.

In einigen Fällen will man von dem Extract. secalis cornuti oder dem Ergotin Erfolge gesehen haben. In langwierigen Fällen könnte wohl auch dies versucht werden, wobei wir bei Diabetes insipidus nur kleine Dosen empfehlen würden und zwar:

Inf. secalis Cornuti ex 0·50 ad. 90·0
Syr. Cinnamomi 10·0
DS. 4 Esslöffel des Tags über zu verbrauchen.

oder auch das Extractum secalis cornuti und zwar:

Rp. Extr. sec. cornuti 0·05
Pulv. rad. liquiritiae 0·50

Dentur tales doses decem. DS. 3—4 Pulver des Tags über zu verabreichen.

Bei besonders hartnäckigen Fällen versuche man auch die Anwendung des konstanten Stromes. Bei anämischen Kindern pflegen wir gerne das Ferrum valerian. und das ferr. arsenicos. cum. amon. citric. zu verwenden in der Gabe von:

Ferri arsen. cum. amon. citric. 0·40
Sacch. albi 3·0

Div. in dos. decem. DS. 3—4 Pulver des Tages zu verwenden.

Das sind in Kürze die Grundzüge der Therapie des Diabetes insipidus, man wird bei Befolgung dieser Therapie in vielen Fällen Erfolg haben. Immerhin werden aber auch Fälle von Diabetes insipidus zur Beobachtung gelangen, in denen mit den besprochenen Mitteln keine Erfolge erzielt werden.

Peri- und Paratyphlitis.

Klinischer Vortrag.

Von

Hofrath Professor Nothnagel.

(Fortsetzung.*)

Derjenige Zustand, der in der Praxis Ihnen am meisten als ausgeprägtes Symptombild entgegentritt, ist die Paratyphlitis. Setzen wir den Fall des Beginnes einer Paratyphlitis bei einem bis dahin anscheinend gesunden Menschen. Der Beginn ist in der Regel ziemlich akut. Wir müssen uns nach dem Bisherigen allerdings sagen, dass schon eine längere stille Krankheitsarbeit in dieser Gegend vorhergegangen sein muss, um dieses Krankheitsbild zu Stande kommen zu lassen — denn wenn dies nicht der Fall wäre, müsste die Perforation ja gleich eine diffuse Peritonitis bewirken — nur ist dies übersehen worden. Die Kranken haben dabei normalen oder auch etwas retardirten Stuhl; man kann täglich Stuhl haben und es kann sich doch in dieser Sackgasse des Processus vermiformis Kothmasse anhäufen, während durch das Hauptthor, das Coecum, die Passage vollständig frei ist. Gleichviel also, ob Obstipation vorhergegangen ist oder nicht, haben die Leute öfter Schmerzen gehabt, es ist aber nicht beachtet worden, und so tritt die Krankheit scheinbar akut auf.

Gewöhnlich beginnt sie mit Schmerzen, die auch diesen kolikartigen Charakter haben können, und an welche sich dann erst der entzündliche Schmerz knüpft. Der heftige Schmerz, den die Kranken bezüglich der Zeit seines Eintrittes ziemlich präzis bestimmen, zwingt sie in der Regel das Bett aufzusuchen; öfter können sie damit auch noch herumgehen. Gleichzeitig treten Symptome auf, die wir auch bei anderen Peritonitiden häufig wahrnehmen, und dahin gehört das Erbrechen. Dieses Erbrechen wird als ein reflektorisches aufgefasst. Auch hier bei unserem Kranken ist es aufgetreten. Es kann während eines Tages bestehen, öfter sich wiederholen, es kann aber auch, und das bitte ich festzuhalten, vollständig fehlen.

Bei leicht erregbaren Individuen haben wir zuweilen ausgeprägte Schüttelfröste; daran schliesst sich aber ein Fieber, welches keinen ausgesprochenen Typus hat, welches sich vielmehr nach dem Verhalten des örtlichen Prozesses richtet. Die Temperatur kann niedrig sein, wie hier, wo wir ja gar keine bedeutende Temperaturerhöhung haben und der Kranke doch ein ziemlich bedeutendes Exsudat hat. Die Temperaturkurve ist dann entweder die einer Continua, oder wir haben durch einige Tage eine Remittens; das Fieber währt auch verschieden lange, zuweilen besteht es nur zwei, drei Tage, andere Male zieht es sich längere Zeit hin. Wenn namentlich Suppuration eintritt, können wir auch das Bild eines septischen oder pyämischen Fiebers bekommen.

Wenn Sie nun untersuchen, finden Sie, dass Schmerzhaftigkeit in der Ileocoecalgegend besteht, Druck ist daselbst empfindlich, das Hüftgelenk ist dabei gestreckt, zum Unterschied von der Psoïtis, dem Psoasabscess, der sich ja auch in dieser Gegend lokalisirt; erst wenn beim Fortschreiten des Prozesses einmal der Psoas in Mitleidenschaft gezogen ist, tritt auch die charakteristische Beugung im Hüftgelenke ein.

Wir finden nun bei der Palpation nach zwei, drei, vier Tagen einen Tumor. Dieser Tumor ist das pathognomonische Zeichen der Paratyphlitis, und bietet einige charakteristische Eigenthümlichkeiten. Die Begrenzung des Tumors ist ja selbstverständlich eine ganz wechselnde, er kann ziemlich schroff abfallen, oder diffus in die Umgebung sich verlieren, dafür gibt es keine bestimmte Regel. Wenn das Exsudat ziemlich gross ist, dann ist der Tumor härter; er hat nicht die Härte eines Carcinoms, aber doch eine ziemlich derbe Resistenz. Die Oberfläche pflegt ziemlich gleichmässig zu sein. Der Tumor ist ferner im Beginn in der Regel äusserst schmerzhaft; ist der Prozess mehr vorgeschritten, die akuten Zustände bei längerer Dauer etwas abgeklungen, dann lässt die Schmerzhaftigkeit etwas nach, und schliesslich, wie ich gleich bemerken will, wenn der Tumor, chronisch stabil wird, trägt ihn der Kranke ganz schmerzlos, Sie können ihn dann beliebig drücken, ohne Schmerzen zu verursachen.

Ein wichtiges differentialdiagnostisches Moment gegenüber den in dieser Gegend häufig vorkommenden Carcinomen kann sein, dass der Tumor nicht beweglich ist. Sie glauben aber gar nicht, wie oft da Fehldiagnosen gemacht werden. Ich entsinne mich z. B. eines Knaben von 11—12 Jahren — es sind 15 Jahre her, dass ich ihn sah, und zwar in der Klinik Jena — bei dem waren die Erscheinungen angeblich ziemlich rasch aufgetreten; er hatte einen bedeutenden Tumor in der Ileocoecalgegend, der sich ganz glatt anfühlte und unbeweglich war; Fieber hatte der Knabe nicht. Wir nahmen an, dass es sich um ein paratyphlitisches Exsudat handle, welches sich der Anamnese nach ziemlich rasch entwickelt haben sollte, und dass es sich jetzt in dem fieberfreien Stadium befinde. Der Zustand besserte sich aber gar nicht, der Knabe verfiel immer mehr, die Eiterung trat gar nicht ein. Die Necropsie ergab — ein Sarcom von der Grösse einer Faust, bei einem so jugendlichen Individuum ja ein seltener Befund.

Sie müssen also vorsichtig sein mit der Differentialdiagnose. Der Tumor ist unbeweglich, und wenn ein Tumor in dieser Gegend beweglich ist, so ist es sicher keine Paratyphlitis, das liegt ja auf der Hand. Ein Carcinom kann beweglich sein, es kann aber auch unbeweglich sein, wenn durch Adhäsionen diese carcinomatös infiltrirten Darmpartien an die Umgebung angeheftet sind. Wenn der Tumor also unbeweglich ist, fehlt ein wichtiges differentialdiagnostisches Zeichen und wir werden andere Anhaltspunkte auffinden müssen, und nur wenn der Tumor beweglich ist, ist es allerdings entschieden, dass es sich nicht um Paratyphlitis handle.

Es kommen noch andere Dinge vor, die differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten. Wir können z. B. unter Umständen hier tuberkulöse Entzündungen finden, tuberkulöse Geschwüre lokalisiren sich ja sehr häufig im untersten Ileum, und wir bekommen dann öfter eine circumskripte Peritonitis, die zur Bildung eines Tumor führen kann. Diese Prozesse können für die Diagnose auch Schwierigkeiten bereiten, weil, wenn tuberkulöse Prozesse in dieser Gegend sich so bedeutend entwickelt haben, dass wir eine deutlich wahrnehmbare Geschwulst vorfinden, diese immer auch schon adhärent und unbeweglich ist. Indessen dürfte dies für die Differentialdiagnose doch seltener in Betracht kommen als das Carcinom, weil diese tuberkulösen Prozesse selten so hochgradig werden.

Abgesehen von der bereits besprochenen konstanten Lokalisation der Geschwulst, ist die Richtung ihrer grössten

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 19, 20, 1893.

Ausdehnung abhängig von der etwas wechselnden Richtung des Prozessus vermiformis, also innerhalb gewisser Grenzen verschieden. Fast immer finden wir, wenigstens im Beginn, dass wir zwischen Darmbeinkamm und der Geschwulst eindringen können. Wächst die Geschwulst später, so kann sie sich natürlich auch zum Darmbeinkamm hin erstrecken.

Auf eines aber möchte ich Sie hinweisen, meine Herren das ist die Thatsache, dass das paratyphlitische Exsudat nach links hinüber selten die Mittellinie überschreitet; trotzdem ich schon sehr viele paratyphlitische Exsudate gesehen habe, kann ich mich nicht entsinnen, jemals eines gesehen zu haben, das die Mittellinie wesentlich überschritten hätte. Je mehr sich das Exsudat der Mittellinie nähert, desto mehr kommt dies Verhalten als Argumentation gegen die Annahme einer Paratyphlitis in Betracht, und wenn der Tumor diese Grenze überschreitet, würden wir erst dann uns gedrängt sehen eine Paratyphlitis anzunehmen, wenn die übrigen Erscheinungen zwingend dafür sprechen. Es könnte ja natürlich die Exsudation sich so weit verbreiten, aber es ist nicht häufig, und dies ist ein Moment, welches bei der Diagnose auch nicht vernachlässigt werden darf.

Sehr bedeutende Schwierigkeiten bietet zuweilen die Unterscheidung zwischen parametritischen und pratyphlitischen Exsudaten. Hier müssen Sie die Schwierigkeit eben durch Exploration per vaginam lösen und feststellen, ob die Exsudation mit dem Parametrium zusammenhängt.

Diese Geschwulst also bietet, wie gesagt, die charakteristischeste und typische Erscheinung für die Diagnose. Die Schmerzhaftigkeit des Abdomens bei Berührung beschränkt sich in der Regel auf die Geschwulst und deren nächste Umgebung. Es gibt Individuen, bei denen so lebhafte Empfindlichkeit besteht, dass selbst das ganze Peritoneum schmerzhaft sein kann, doch ist dies selten der Fall.

Wenn das Fieber einige Zeit bestanden hat, das Exsudat sich gebildet hat (bestehend aus einer Auswanderung weisser Blutzellen, Wucherung fixer Bindegewebszellen, seröser Infiltration, Hyperämie u. s. w.) wenn der Prozess damit seinen Höhepunkt erreicht hat, dann lässt er nach und wir haben es nun mit dieser Geschwulst zu thun. Andere Erscheinungen fehlen dabei in der Regel, höchstens finden wir etwas verringerten Appetit, vermehrten Indicangehalt des Urins, das wäre aber auch Alles; irgendwelche sonstige Begleiterscheinungen sind nicht zu konstatiren.

Ein Phänomen findet sich sehr merkwürdiger und überraschender Weise auch hier, wie wir konstatiren können. Bei einer aus irgend einem Grunde vorgenommenen Durchsicht unserer Krankengeschichten aus den letzten zehn Jahren, also so lange, als ich an der Klinik bin, hat Dr. Mannaberg, der dies vorgenommen hat, eine sehr auffallende Thatsache gefunden. In fast allen Krankengeschichten hat sich die Angabe gefunden, dass der zweite Ton über der Pulmonalis verstärkt sei. Seit jener Zeit haben wir darauf geachtet, und es hat sich dies immer bestätigt; eine ganz drollige Erscheinung, die Accentuation des zweiten Pulmonaltones, ohne dass am Herzen oder der Lunge oder sonst an einem Organ etwas besteht, worauf dies zurückzuführen wäre. Worauf dies beruhe, kann ich Ihnen heute noch nicht sagen, ich weiss nicht, wie das zu deuten sei. Es ist eine nebenher gehende Erscheinung, die sich auffallender Weise bisher bestätigt hat. Sonst also sind, wie gesagt, an den anderen Organen keine Veränderungen nachzuweisen.

Wie ist nun der weitere Verlauf der Perityphlitis und Paratyphlitis?

In der Mehrzahl der Fälle, meine Herren, ist bei einer verständigen, entsprechenden Behandlung der Verlauf der, dass das Fieber nachlässt, die Schmerzen geringer werden und aufhören; das Exsudat verkleinert sich allmälig, es wird resorbirt und es tritt Genesung ein. Diese Genesung kann entweder vollständig sein, so dass man hinterher gar nichts mehr findet und die Kranken sind wieder zur Norm zurückgekehrt; oder es bleiben peritonitische Adhäsionen, leichte peritonitische Verdickungen. Natürlich bleibt die ursprüngliche Veränderung im Processus vermiformis, die können wir nicht wegschaffen.

Wenn nun solche peritonitische Verdickungen bleiben, nachdem das entzündliche Infiltrat resorbirt wurde, dann ist der Verlauf folgender. Es kann nun der Kranke genesen sein und für lange Jahre, vielleicht für immer gesund bleiben; sehr häufig aber sehen wir den Verlauf, wie Sie ihn bei dem ersten der beiden vorgestellten Patienten finden, nämlich Recidive, und diese Recidiven sind bei der Peri- und Paratyphlitis etwas sehr zu Fürchtendes. Es ist hier ein locus minoris resistentiae und auf irgend welche Veranlassung hin tritt immer wieder eine Exacerbation ein, der Kranke wird immer wieder von Schmerzen, selbst entzündlichen Erscheinungen befallen. Sehr häufig bemerkt man in solchen Fällen eine kleine Resistenz, die natürlich nicht eine frische paratyphlitische Infiltration ist, sondern die alte Bindegewebsschwiele, die sich hier etablirt hat und die dauernd bald mehr, bald weniger deutlich zu fühlen ist, mitunter als ein Knoten, mitunter als ein Strang, mitunter als eine unbestimmbare Resistenz, die aber nicht weicht und natürlich vom Kothe zu unterscheiden ist. Diese Schwiele bildet den Ausgangspunkt für die Recidiven. Zuweilen ist nichts zu fühlen, entweder weil nichts Fühlbares vorhanden ist, oder aber weil die Resistenz so gelegen ist, dass der Darm sie überlagert.

Das sind also zwei Möglichkeiten des Verlaufes, entweder Restitutio ad integrum oder Verbleiben von peritonitischen Adhäsionen und beständige Recidiven.

Der Verlauf kann aber noch ein anderer sein. Es können bei diesen paratyphlitischen Exsudaten Eiterungen eintreten, Erweichungen, und wir bekommen dann einen wirklichen Abscess. Dieser Abscess kann einen ganz verschiedenen Verlauf nehmen.

Es gibt Fälle, bei denen der Abscess sich gegen die Haut hin weiter verbreitet, wir bekommen dann Röthung der Haut und schliesslich Durchbruch nach Aussen, entweder künstlich oder spontan, hier an der Klinik natürlich immer künstliche Entleerung des Eiters. Der Eiter kann sich auch gegen das Poupart'sche Band hin senken, so dass wir den Abscess dort eröffnen. Aber nicht blos nach Aussen, sondern auch nach Innen hin kann der Eiter durchbrechen. Wir hatten eine Kranke an der Klinik, bei der ein paratyphlitisches Exsudat in den Darm perforirte und Eiter und Fäcalmassen durch den Darm entleert wurden. Diese Perforation kann selbstverständlich in die verschiedensten Abschnitte des Darmes hinein erfolgen, in das Coecum oder Colon oder Ileum, je nachdem die eine oder andere Darmschlinge adhärent ist. Die Perforation kann auch bei Frauen in die Vagina, bei beiden Geschlechtern zuweilen in den Mastdarm hinein erfolgen, obgleich das letztere sehr selten ist; das gewöhnliche Vorkommen ist die Perforation in das Colon oder Coecum, häufig ist auch die Perforation in die Vagina.

Zuweilen, wenn nicht rechtzeitig die Eröffnung oder spontane Perforation des Abscesses geschieht, sehen wir das Bild eines septischen Fiebers mit allen wechselnden Erscheinungen auftreten, und den Consequenzen, die sich an die Sepsis knüpfen. Es kann natürlich Exitus lethalis durch Erschöpfung eintreten, wenn Sie nicht rechtzeitig eröffnen und antiseptisch behandeln.

Sie begreifen nach diesen wenigen Andeutungen, dass das ein sehr bedeutungsvoller Prozess ist, und Sie werden seine Bedeutung noch mehr verstehen und würdigen, wenn ich Ihnen sage, dass es ein sehr häufiger Process ist, der eine ganz respektable Perzentziffer der alljährlich ins Krankenhaus aufgenommenen Fälle aufweist, so dass Sie sich mit diesem Prozess sehr sorgfältig beschäftigen müssen.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 19. Mai 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Primarius Dr. Riehl: *Demonstration eines Falles von Herpes zoster gangränosus hystericus.*

Einem 18jährigen Mädchen wurde vor 2 Jahren eine Geschwulst am Schenkel exstirpirt und die Wundfläche nach THIERSCH überhäutet, welche aber später exulcerirte. Patientin kam hierauf am 21. Dezember 1892 mit einer thalergrossen gangränösen Stelle zur Beobachtung, welche trotz der regelrechtesten Antiseptik nicht zur Heilung kommen wollte. Da man an Simulation dachte, wurde ein fester Verband gemacht, unter dem aber nicht nur die Gangrän nicht schwand, sondern noch andere gangränöse Stellen sich hinzugesellten, so dass der Verdacht auf Simulation fallen gelassen werden musste. Merkwürdigerweise wurde auch die nach THIERSCH gedeckte Stelle gangränös. Die weitere Untersuchung ergab nebst sonst normalem Befunde der inneren Organe und des Harns einige anästhetische Partien, beträchtliche Einschränkung des Gesichtsfeldes bei normalem Spiegelbefunde. Diabetes und Syringomyelie sind auszuschliessen, ebenso eine Dermatitis arteficialis. Da bei Herpes zoster sich zumeist Hyperästhesie findet, so kommt auch dieser nicht in Betracht. Fasst man die nervösen und die Hautsymptome zusammen, bedenkt man ferner, dass eine starke Hyperästhesie der Ovarialgegend besteht, so ist der Schluss gestattet, dass es sich hier um einen H e r p e s z o s t e r g a n g r ä n o s u s h y s t e r i c u s handelt.

* * *

Dr. Büdinger: *Demonstration eines Falles von häufig recidivirendem Myxosarkom.*

Ein 16jähriges Mädchen zeigt eine Geschwulst der linken Gesichtshälfte, welche den Jochbogen und den Unterkiefer occupirt, in ihrem oberen Antheile deutliche Fluktuation zeigt und einen fadenziehenden, bernsteingelben Inhalt enthält, während der untere Antheil verschiedene Konsistenz besitzt und sehr druckempfindlich ist. Patientin hatte schon in ihrem 6. Lebensjahre einen apfelgrossen Tumor, der extirpirt wurde, bald aber recidivirte. Im Laufe der Zeit traten mehrere solche Rezidiven (10) auf, die operirt werden mussten. Einmal reichte der Tumor sogar bis in die Magengegend und griff über die Medianlinie hinüber. Es handelt sich hier um ein M y x o s a r k o m, bei dem die häufigen Rezidiven auffallend sind. Es ist zu verwundern, dass es bis jetzt noch zu keiner Allgemeininfektion gekommen ist, obwohl sich am Durchschnitte der Geschwulst Sarkomzellen fanden. Trotz der ungünstigen Prognose, muss hier die Operation vorgenommen werden, obwohl nur sehr geringe Hoffnung vorhanden ist, einer weiteren Rezidive durch dieselbe vorbeugen zu können.

* * *

Dr. Freund: *Ueber den Phosphorsäuregehalt des Harns.*

Die Phosphorsäure, welche in Form von Salzen im Harn sich findet, bildet einen regelmässigen Bestandtheil desselben. Sie stammt aus der eingeführten Nahrung und den Zersetzungsprodukten der phosphorsäurehaltigen Bestandtheile des menschlichen Organismus. Die tägliche Ausscheidung ihrer Salze beträgt $2^1/_2$—3 Gramm. Vermehrung findet sich bei fieberhaften Prozessen, chronischer Anämie und bei Morbus Brightii. Man weist sie nach, indem man dem Harn Ammoniak und Magnesiamixtur zusetzt, wodurch ein Niederschlag entsteht. Vortragender ist einigen Harnen begegnet, welche auf den erwähnten Zusatz klar bleiben und entweder nur sehr geringe Mengen oder überhaupt keine Phosphorsäure besitzen. So fand er dies kurz nach Eintritt von Pneumonie, doch gieng dieser Zustand rasch zurück. Mit der Abnahme der Phosphate nahm die Menge der Chloride zu und umgekehrt. Bei Malaria fand sich eine Verminderung während des Schüttelfrostes.*) Was die Ursache dieser Erscheinung anlangt, so könnte es sich darum handeln, dass der Phosphorstoffwechsel entweder ganz unterbleibt, oder dass die Phosphate im Organismus zurückgehalten werden. Vortragender konnte bei Malariakranken den Beweis erbringen, dass selbst die eingeführte Phosphorsäure im Organismus zurückgehalten werden kann.

* * *

Dozent v. Eiselsberg: *Ein Fall von Tuberkulose der Oberlippe und über die Gersuny'sche Methode der Deckung von Wangendefekten.* (Demonstration.)

I. Ein 52jähriger Mann acquirirte vor einigen Jahren ein hirsekorngrosses Knötchen an der Oberlippe, das ausgebrannt wurde. Er wurde dann luetisch inficirt, worauf das Geschwür grösser wurde, unter der antiluetischen Behandlung aber nicht schwand, sondern sich ein haselnussgrosser harter Tumor bildete, welcher von einer speckigen gelben Masse belegt war. Die Probeexcision zeigte unter dem Mikroskope eine grosse Anzahl von Riesenzellen und kleinzellig infiltrirtes Gewebe, so dass die Diagnose auf Tuberkulose sichergestellt ist. Die ganze Affektion wird nun excidirt, mit Lapis ausgebrannt und hierauf eine Plastik vorgenommen werden.

Prof. STÖRK bemerkt hiezu, dass er einen jungen Mann beobachtete, welcher nebst anderen tuberkulösen Erscheinungen ein daumengrosses tuberkulöses Geschwür der Oberlippe hatte, welches auf eine energische galvanokaustische Behandlung gänzlich schwand und übernarbte. Patient ging an Phthise zu Grunde.

II. Nach Noma, Excision von Neoplasmen u. s. w. finden sich oft ausgedehnte Wangendefekte, deren plastischer Verschluss mittels einfacher Plastik oft sehr schwierig wird, indem sich der Lappen entweder einrollt und zu Kiefersperre führt oder nekrotisirt. Die THIERSCH'sche Methode hat den Nachtheil, dass sich oft an der Stelle, wo der Lappen gedreht wird, eine Fistel bildet, welche dann eine zweite Operation nöthig macht. Die GERSUNY'sche Methode besteht nun darin, dass die Haut zu beiden Seiten unterminirt wird, wobei der Stiel des Lappens nur aus subkutanem Zellgewebe besteht. Der Lappen wird nun derart in den Defekt eingenäht, dass die äussere Fläche derselben gegen die Mundhöhle sieht. Die wunde Fläche wird durch Transplantation von Haut, welche der Nachbarschaft entnommen wird, gedeckt, so dass ein Doppellappen entsteht. Es besteht aber der geringe Nachtheil, dass die Haut gar keine Tendenz besitzt, sich in eine Schleimhaut zu verwandeln, so dass Männer sehr oft durch die in die Mundhöhle nachwachsenden Barthaare belästigt werden, was besonders der Fall ist, wenn der Lappen der Kinngegend entnommen wird. Es eignet sich daher zur Plastik besser die haarfreie Gegend unter dem Auge. Handelt es sich bloss um Schleimhautdefekte, so wird die äussere intakte Haut einfach gespalten und der Defekt ersetzt; bei Neoplasmen ist es rationell die Haut von unten zu nehmen und zugleich die erkrankten Drüsen mit zu exstirpiren. Die Stelle, woher der zweite Lappen genommen wurde, wird einfach nach THIERSCH gedeckt.

An der BILLROTH'schen Klinik wurde diese Operation mehrfach, und zwar mit gutem Erfolge ausgeführt, nur in einem Falle kam es zur Nekrose des Lappens. In Fällen, wo die ganze Wangenhaut verloren gegangen ist, empfiehlt es sich, das Material zur Deckung des Defektes aus entfernter liegenden Körperstellen herzuholen, am besten aus der Submentalgegend. Die Lappenbildung muss bei ad maximum geöffneten Munde vorgenommen werden, damit der Lappen nicht zu klein ausfällt. Zwischen beide Lappen Jodoformgaze einzulegen, ist nicht rathsam, da in einem Falle, wo dies geschah, Nekrose eintrat. Sieht der Lappen in den ersten Tagen nach der Operation etwas suspect aus, so empfiehlt es sich an den Rändern Blutegel anzulegen, um durch die Aspiration die träge Circulation in Gang zu bringen.

Vortragender demonstrirt nun einen 44jährigen Mann, welchem ein maligner Tumor der Wange exstirpirt wurde, worauf

---

*) Herr Dr. A. J o l l e s machte mir gelegentlich die private Mittheilung, dass er in einem Falle von sehr vorgeschrittener chronischer Nierenentzündung (Schrumpfniere?), bei welchem der Harn wiederholt in seinem Institute untersucht wurde, v o r ü b e r g e h e n d vollständiges Fehlen der Phosphate konstatiren konnte. *Dr. Em. Mandl.*

ein beträchtlicher Defekt zurück blieb, den man durch einen Lappen, welcher unmittelbar der Gegend unter dem Auge (wegen des Mangels an Haaren) entnommen wurde, deckte. Durch einen der Stirne entnommenen Lappen wurde wiederum die neugebildete Wundfläche gedeckt. Gänzliche Heilung.

In einem anderen Falle, wo es zur Nekrose des Lappens gekommen war, wurde der Defekt durch einen Hautlappen aus der Brust gedeckt, der anstandslos einheilte. In einem anderen Falle, wo einige Zeit nach der Operation der lethale Ausgang eintrat, zeigten sich die beiden Lappen bei der Sektion vollkommen aneinander geheilt.

Diese Methode GERSUNY's hat sich in chirurgischen Kreisen noch wenig eingebürgert; sie hat den Vortheil, dass man den Hautlappen aus der unmittelbaren Nachbarschaft entnehmen und dass ferner der Patient in verhältnissmässig kurzer Zeit geheilt werden kann.

Wiener medicinischer Club.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Sitzung vom 17. Mai 1893.

***Dr. Bickeles:** Ein Fall von Poliomyelitis.* (Demonstration.)

Ein 48 jähriger Mann erkrankte mit Diarrhöen, welche von heftigem Tenesmus begleitet waren. Drei Tage darauf fühlte er in den Fingerspitzen ein heftiges Kribbeln, die rechte obere Extremität wurde gelähmt, es trat Retentio urinae auf und in weiteren drei Tagen zeigte sich Paraparese aller 4 Extremitäten mit besonderer Betheiligung der Thoraxmuskulatur, so dass Patient jetzt vollständig hilflos ist. Die Lähmung ist keine gleichmässige, da einige Muskelgruppen zum Theil vollkommen gelähmt, zum Theile nur minimal paretisch sind. Muskulatur ganz schlaff, die tiefen Reflexe an den unteren Extremitäten ganz erloschen. Bauchdeckenreflexe nur schwach, Nerven nicht druckempfindlich, dagegen die Muskulatur. Gegen eine Hämorrhagie spricht der langsame Verlauf der Erkrankung. In den letzten Wochen ist eine symmetrische Atrophie der Interossei eingetreten, partielle Entartungsreaktion, was für Poliomyelitis spricht. Die Diarrhöe dürfte als Prodromalerscheinung aufzufassen sein. Allerdings ist in diesem Alter Poliomyelitis eine Rarität.

* * *

***Dr. H. Schlesinger:** Demonstration dreier interessanter Fälle.*

I. Vortragender demonstrirt einen 63 jährigen Mann, welcher einen eigenartigen bulbären Symptomenkomplex darbietet. Vor 3 Jahren erlitt Patient einen apoplektischen Anfall. Als er nach 18 stündiger Bewusstlosigkeit erwachte, war Lähmung der rechten Gesichtshälfte aber nicht des Stirnfacialis vorhanden, Abstumpfung des Gefühls der rechten Gesichtshälfte und Schlingbeschwerden aufgetreten. Die Erscheinungen gingen später zurück. Gegenwärtig besteht Abstumpfung des Gefühls an der rechten Gesichtshälfte für alle Qualitäten, eine Neurokeratitis des rechten Auges, leichte Lähmung des rechten Mundfacialis, Schlingbeschwerden (Verschlucken, Regurgition durch die Nase). Vortragender nimmt nach Erwägung differentialdiagnostischer Momente eine Blutung oder auch Erweichung im Halsmarke in einem kleinen Bezirke an, welcher die aufsteigende Trigeminuswurzel, den obersten Abschnitt des Nucleus ambiguus und die unteren Theile des Facialiskernes betrifft.

II. Weiters demonstrirt Vortragender aus der Klinik Prof. SCHRÖTTER's zwei Fälle von Osteomalacie, beide bei Nulliparis. Im ersten Falle könnte man an Myelitis denken, da Gürtelgefühl besteht, Schwäche an beiden unteren Extremitäten, Steigerung der Patellarrreflexe, Blasen-Mastdarmstörungen vorhanden sind. Es sind aber die Rippen, die Wirbelsäule, Beckenknochen, Tibien und Vorderarmknochen excessiv druckempfindlich, das Becken zeigt osteomalacische Form; der Sphincter ani ist als deutlich vorspringender Wulst beim Touchiren per vaginam zu fühlen, es ist Adduktorenkontraktion zu konstatiren. Die Blasen-Mastdarmstörungen finden ihre Erklärung in einem Genitalleiden.

Analog ist auch der zweite Fall. Die Therapie besteht in Phosphordarreichung; demnächst sollen beide Kranken einer protrahirten Chloroformnarkose, welche mehrmals von bedeutendem therapeutischen Erfolge gefolgt war, unterworfen werden.

Sehr bemerkenswerth ist, dass beide Fälle, welche in kurzer Aufeinanderfolge zur Beobachtung gelangten, Nulliparae sind. Vielleicht wird man in Hinkunft mit genauerer Kenntniss der Erkrankung auch bei Nulliparis dieselbe häufiger finden.

Dr. LATZKO bemerkt, dass auch Fälle von Osteomalacie vorkommen, ohne dass das Becken die geringsten Veränderungen zeigt. In solchen Fällen ist die Adduktorenkontraktur differentialdiagnostisch sehr gut zu verwerthen zur Unterscheidung von Myelitis. Von 25 osteomalacischen Fällen, die LATZKO in $^7/_4$ Jahren sammelte, ist der grösste Theil mit dieser Diagnose bedacht worden. Diese Erkrankung sei nicht so selten, die Fälle werden sich mit der Zeit häufen, wenn man öfter daran denken wird. Durch Phosphor werden fast 90 Perzent geheilt.

Dr. SCHLESINGER erwähnt, dass er aus dem Versorgungshause die Mittheilung erhalten habe, dass sich daselbst eine grosse Anzahl von Osteomalacischen befinde, die unter verschiedenen Diagnosen zur Aufnahme komme.

Dr. Heinr. WEISS. So offenkundig hier die Diagnose Osteomalacie ist, so muss man doch zugeben, dass solche Fälle, wenn sie frühzeitig zur Beobachtung kommen, leicht als Myelitis angesehen werden können. Insbesondere wenn nur in der Wirbelsäule Druckempfindlichkeit vorhanden ist und so wie hier im ersten Falle mit unfreiwilligem Harnabgang und Gürtelgefühl einhergehen. WEISS frägt, in welcher Periode die Adduktorenkontraktur auftritt, und ob diese schon zeitlich als differentialdiagnostisches Moment benützt werden können. Im ersten fortgeschrittenen Stadium, wie in diesem Falle ist dieses Symptom nicht von der Bedeutung, als im Anfange des Prozesses.

Dr. SCHLESINGER erwidert, dass in dem vorgestellten Falle die Blasen- und Mastdarmstörungen durch eine Retroflexio uteri, das Gürtelgefühl durch die Erweichung der Rippen hervorgerufen werden. Der gesteigerte Patellarreflex sei charakteristisch für die Osteomalacie.

Dr. LATZKO erwidert, dass die Kontrakturen sowohl spät, als auch ungemein frühzeitig entstehen und dass die Beschwerden bei der Osteomalacie bei geeigneter Therapie rasch verschwinden.

* * *

***Assistent Dr. Oskar Hovorka Edler von Zderas:** Beiträge zur Anatomie der äusseren Nase.* (Vorläufige Mittheilung.)

Die äussere Nase, welche dem Menschen gegenüber der Thierwelt ein exquisit anthropomorphes Merkmal verleiht, setzt sich aus einem Gerüste zusammen, welches in einen knöchernen und knorpeligen Antheil zu scheiden ist. Vortragender bespricht nun die einzelnen anatomischen Bestandtheile der Nase und macht in Bezug auf seinen Vortrag besonders darauf aufmerksam, dass man am Lebenden unterscheidet:

a) die Nasenwurzel, d. h., den zwischen beiden inneren Augenwinkeln gelegenen Theil,

b) den Nasensattel, d. h., die am Uebergange der Stirn zum Nasenrücken liegende Bucht,

c) Nasenrücken,

d) Nasenspitze,

e) Nasenlöcher,

f) Nasenflügel, d. h., die zu beiden Seiten der Nasenspitze gelegenen und nach hinten durch die

g) Flügelfurche (Sulcus alaris) abgezweigten hügelartigen Auftreibungen,

h) die Nasenläppchen, welche durch den unteren Rand der Nasenflügel gebildet werden,

i) Nasensteg, d. h., der unterste Rand der Nasenscheidewand.

Als Nasenlänge bezeichnet man die Entfernung des Nasions von der Nasenspitze, als Nasenbreite am Schädel die grösste Breite der Apertura pyriformis, am Lebenden den grössten Abstand der Nasenflügel, als Nasentiefe die Entfernung der Nasenspitze vom hintersten Abschnitte des Nasenstegs, als Nasenhöhe am Schädel den Abstand des Nasions vom Subnasalpunkte,

am Lebenden die Entfernung des Nasions vom hintersten Abschnitte des Nasenstegs.

Aus der Vergleichung der Nasenhöhe und der Nasenbreite ergibt sich sowohl am Schädel als auch am Lebenden der Transversalindex, die Beziehung der Nasenbreite zur Nasenfläche am Lebenden kennzeichnet den Tiefenindex.

Für die Klassifikation der Nasenformen wurden von mehreren Autoren verschiedene Typen aufgestellt. Vortragender hat zu diesem Behufe eine grosse Reihe von Schädeln der anatomischen und Hofmuseum-Sammlung untersucht und eine bedeutende Anzahl von Einzelmessungen an Lebenden in einigen Spitälern ausgeführt, sowie viele Gypsabgüsse an der Leiche und am Lebenden angefertigt. Auf Grund dieser Messungen ist nun Vortragender zu dem Schlusse gelangt, dass, wenn man alle einzelnen Theile der äusseren Nase in Betracht zieht, eigentlich nur der Nasenrücken in Bezug auf die Individualität der betreffenden Nasenformen ausschlagend sein kann. Vortragender stellt nun 3 Grundtypen auf, und zwar:

1. die gerade Nase,
2. die gebogene Nase,
3. die vertiefte Nase.

1. Die gerade Nase findet ihre schönste Repräsentantin in der griechischen Nase, welche durch eine sehr hohe Nasenwurzel und einen geraden Verlauf der Stirnebene in der Richtungslinie des Nasenrückens charakterisirt wird. Es gibt zwei Nebenformen der geraden Nase: a) eine lange, hohe, schmale, stark vorspringende Nase, und b) eine niedrige, kurze, breite, wenig vorspringende Nase und die gerade Nase mit kugeliger Nasenspitze.

2. Die gebogene Nase, zeigt ebenfalls zwei Nebenformen: a) eine lange, hohe, schmale, vorspringende (grosse gebogene) und b) eine niedrige, kurze, breite, wenig erhabene (kleine gebogene) Nase. Zu ersterer ist zu zählen die sogenannte Geier-, Habicht- und Adlernase, ebenso die Semiten- oder Judennase. Ferner gehört hierher die Höckernase, welche in der Mitte des Nasenrückens eine Erhabenheit besitzt. Bei der geknickten Nase erfolgt die Biegung unter einem scharfen Winkel, dagegen steht der Begriff der Judennase nicht so fest. Abgesehen davon, dass die Juden heute keine reine Rasse sind, sondern ein Mischvolk darstellen, ergibt die anatomisch-anthropologische Betrachtung der sogenannten Judennase, dass die ihr zugeschriebenen charakteristischen Merkmale bei ihr nicht als Regel gelten, so hauptsächlich der gebogene Nasenrücken. Perser, Armenier und amerikanische Indianer u. s. w. besitzen ebenfalls gebogene Nasen. Es finden sich bei Juden sowohl leicht als auch stark gebogene, geknickte, gerade und vertiefte Nasen, wie dies Vortragender aus den Untersuchungen, welche er im Rothschildspitale anstellte, erweisen konnte. Das von BLUMENBACH angegebene Merkmal eines vorspringenden Steges ist ebenfalls für die Judennase nicht charakteristisch, ebensowenig wie die nahe gerückten Augenwinkel, die hinaufgezogenen Nasenflügel, die hässliche Rundung der Nasenspitze und die nach abwärts gerichtete Krümmung derselben.

3. Zur vertieften Nase gehört: a) die schwach vertiefte Nase, b) die Stumpfnase, c) die Sattelnase, d) die platte Nase. Bei der ersteren steht die Nasenlochfläche senkrecht zur Gesichtsfläche, während dieselbe bei Letzteren nach aufwärts gerichtet ist. Die Sattelnase ist meist syphilitischen Ursprunges. Die platte Nase findet sich meist bei niedrigen Rassen (niedrige Nasenwurzel, bedeutende Nasenbreite und geringe Tiefe).

Diese verschiedenen Formenverhältnisse werden bedingt durch die verschiedene Stellung der Stirnfortsätze des Oberkiefers, durch die Form der Apertura pyriformis, durch die Gestalt und Stellung der Nasenbeine. Nähert sich die Stellung der Stirnfortsätze mehr der Medianebene, dann werden auch die Nasenbeine mehr sagittal gestellt sein und die Nase springt vor. Nähern sie sich dagegen der Frontalebene, dann schliessen die Nasenbeine einen mehr stumpfen Winkel ein und die Nase wird nur wenig erhaben sein. Auch die Sagittalkrümmung der Nasenbeine ist verschieden, je nach den drei Nasentypen. Bei allen drei Formen ist sie concav; bei der vertieften Form ist sie gleichmässig gehöhlt, bei der geraden setzt sie concav an und übergeht in eine gerade Linie, geradeso wie bei der gebogenen Nase, an deren unterem Ende aber eine Art Convexität sich zeigt. Vortragender gibt seinen Ausführungen an der Hand zahlreicher anatomischer Präparate, Photographien und Gypsabgüsse den richtigen Nachdruck. *Dr. Em. Mandl.*

XII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden.

Dr. Arnold Pollatschek (Karlsbad)*): *Haben die Karlsbader Wässer ekkoprotische Wirkung?* (Autoreferat.)

Präzise pharmakodynamische Kenntnisse von unseren so alten Thermen, so bekannt auch ihre Indikationen und Gegenanzeigen geworden sind, haben noch immer nicht allgemeine Verbreitung gefunden. Namentlich sind über die angezogene Frage ungenaue und selbst konträre Ansichten in sonst guten Büchern zu lesen. Auch liegt der Schwerpunkt für die therapeutische Verwendung der Karlsbader Wässer nicht — wie dies ebenfalls angenommen wird — in der abführenden Wirkung des Glaubersalzes, sondern in gleichem Masse in vielen anderen physiologischen Eigenschaften derselben, so ihrem Einflusse auf die verschiedensten Sekretionsorgane, in ihren den Chemismus der Säfte verändernden Eigenschaften und ihrer Einwirkung auf die Oxydationsvorgänge im menschlichen Körper. Die abführende Wirkung braucht nur in einem geringen Theile der zur Behandlung gelangenden Fälle tendirt zu werden und ist in anderen sogar von schädlichem Einflusse. Blos bei 139 unter 1000 Fällen war nach meinen Krankenprotokollen die Obstipation als belästigendes Symptom notirt und nur bei 37 Kranken gab habituelle Obstipation die primäre Indikation zur Karlsbader Kur.

Die Karlsbader Wässer stellen eine ungefähr einhalbperzentige freie und halbgebundene Kohlensäure enthaltende Auflösung von solvirenden Mittelsalzen dar, unter denen das Glaubersalz prävalirt. Die Temperaturen der einzelnen Brunnen variiren bedeutend; doch kommen auch bei einzelnen Quellen, so namentlich bei dem Mühlbrunnen im Laufe der Zeit ziemliche Aenderungen in ihren Wärmegraden vor.

In Folge ihrer chemischen Zusammensetzung und ihrer physikalischen Eigenschaften regen die Wässer in hohem Grade die Darmperistaltik an. Bei dem Zustandekommen der Peristaltik sind aber auch schon in normalen Zustande Nerveneinflüsse in besonderer Weise betheiligt und ist es höchst wahrscheinlich, dass sogar Endorgane der Nerven durch die reizende Wirkung der gedachten wegen ihrer verschiedenen Temperaturgrade bald sehr rasch, bald langsamer in den Darm geschobenen Solutionen direkt getroffen werden. Zur Stütze dieser Ansicht werden die Arbeiten von AUERBACH, LÜDERITZ, TRÜTSCHEL und CAPARETTI hervorgehoben. Allein bei den Darmbewegungen haben wir auch mit hemmenden Einflüssen zu rechnen. Auch die Peristaltik scheint von hemmenden Nerven und Nervenelementen beeinflusst zu werden. Dies gehe aus den Arbeiten von PFLÜGER, S. MAYER, CASCH, JOHANNES MÜLLER, EHRMANN und OSER hervor. Es können die Darmbewegungen reflektorisch und zwar in ebenfalls hemmendem Sinne ausgelöst werden, wie dies PAL, BERGGRÜN, BECHTEREW und MISLAVSKY und auch OSER nachweisen.

In der verschiedenen Art von Reizung, welche sich als theils vom Nervensystem reflektorisch veranlasste, theils als unmittelbare peristaltische Bewegung oder aber auch als Hemmung kundgibt und bei welcher die Richtung der Resultirenden durch die Stärke der in die Aktion eintretenden chemischen und physikalischen (nicht immer congruirenden) Congruenten bestimmt wird, ist die Ursache zu suchen, warum durch die Karlsbader Kur die Darmthätigkeit auch schon unter normalen Verhältnissen verschiedenartig sich gestaltet. Die Quantität des getrunkenen Mineralwassers, dessen Dosirung und Temperatur bilden den breiten Spielraum, innerhalb dessen bald kein merklicher Einfluss, bald eine fördernde oder aber retardirende Einwirkung auf die Darmthätigkeit ausgeübt wird.

*) Auszug aus einem am 15. April 1893 bei dem XII. Kongresse für innere Medizin in Wiesbaden gehaltenen Vorträge.

Kleine Mengen lauwarmen oder gekühlten Mineralwassers haben auf die Darmentleerung keinen merklichen Einfluss. Dagegen hemmen kleine Mengen heisser Quellen (auch bei der rektalen Anwendung) die Darmausscheidung. Mittelgrosse Dosen und auch kühlere zeigen abführende Eigenschaften, nur darf die Kur nicht in brüsker Weise eingesetzt werden. Im Laufe der Kur tritt aus verschiedenen Ursachen eine accummulirende Wirkung ein. Grosse Mengen von Mineralwasser kommen gegenwärtig zu ekkoprotischen Zwecken nur selten zur Verwendung. Man thut besser daran, die abführende Wirkung durch Beigabe des Karlsbader Salzes zu erhöhen. Die individuelle Veranlagung für Abführmittel, zumal für salinische, nach Möglichkeit anamnestisch erhoben und erwogen werden. Einen wichtigen Faktor für die Wirkung eines jeden gelinden Abführmittels bildet die inzwischen einzuhaltende Diät. Auch mit der sogenannten Karlsbader Diät darf nicht in brüsker Weise verfahren werden, weil die animalische Kost Nervosität hervorruft und diese zumeist Verstopfungen oder Obstipationen veranlasst; namentlich bei Nervösen (LEUBE und EWALD), welche unter den Besuchern eines Bades so zahlreich sind. Auch die hohen Wasserabgaben, namentlich durch Diurese und Schweissbildung, müssen anderweitig ersetzt werden. Ein die Grundursachen der Darmträgheit berücksichtigendes Kurverfahren liefert — wenn überhaupt reparable Verhältnisse vorliegen — gute und gewöhnlich nachhaltige Resultate. Es bessert oder heilt die pathologischen Zustände und wird gar oft der Wendepunkt für eine vernünftige Lebensweise. Dagegen setzt es eine jedesmalige Zugrundelegung der vielgestaltigen pathologischen Zustände voraus, nach welchen die oben skizzirte physiologische Wirkung modifizirt, aber nicht schablonenhaft angewendet werden darf.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Lungentuberkulose als Mischinfektion.

Von **Dr. Norbert Ortner,**

Assistent der I. medizinischen Abtheilung und gewesener Prosekturs-Adjunkt des Rudolf-Spitales in Wien

Mit 2 chromolithographischen Tafeln.

Aus dem Institute für pathologische Histologie und Bakteriologie (Prof. A. Weichselbaum) in Wien.

Verlag von Wilhelm Braumüller, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler Wien und Leipzig. 1893.

Die vorliegende Brochure bildet das erste Heft einer unter dem Titel »Beiträge zur klinischen Medizin und Chirurgie« von der Redaktion der Wiener Klinischen Wochenschrift herausgegebenen Zeitschrift. Den Inhalt der Arbeit hat Verfasser seinerzeit in der Gesellschaft der Aerzte vorgetragen und ist derselbe daher aus dem bezüglichen Referate unseren Lesern bekannt. Wir wollen hier nur kurz recapituliren, dass Verfasser durch ausgedehnte, unter WEICHSELBAUM's Leitung ausgeführte Untersuchungen zu dem Schlusse gelangt ist, dass die Lungentuberkulose, und zwar in all ihren verschiedenen Formen das Produkt einer Mischinfektion darstellt und dass neben dem Tuberkelbacillus der Diplococcus pneumoniae hier die Hauptrolle spielt. Nebst zwei schönen Farbendrucktafeln erläutern eingehende Beschreibungen der histologischen und bakteriologischen Befunde diese Verhältnisse. Bei der Wichtigkeit der Frage und der gründlichen Bearbeitung derselben in der vorliegenden Arbeit, kann letztere allgemeiner Beachtung sicher sein. Die Ausstattung ist eine vortreffliche.

Die Pleura-Erkrankungen.

Von **Prof. Dr. C. Gerhardt.**

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1892.

Die vorliegende Arbeit des berühmten Berliner Klinikers bildet die 43. Lieferung der »Deutschen Chirurgie«. Sie enthält die Pathologie und Therapie der Pleuritis und einen kurzen Abriss der Lehre vom Pneumothorax. Es deckt sich also der Inhalt des Werkes nicht ganz mit dem Titel, denn »die Pleura-Erkrankungen« sind mit diesen beiden Krankheitskategorien noch nicht erschöpft. Insbesondere würde in ein chirurgisches Werk über Pleura-Erkrankungen die Lehre von Pleuraechinococcus aufzunehmen sein. Dass aber Alles, was in GERHARDT's Buch zu lesen steht, den Stempel der Klassicität aufgeprägt trägt, ist ganz selbstverständlich. Klar und unzweideutig, prägnant, ohne ein einziges überflüssiges Wort anzuwenden, behandelt der Autor sein Thema. Besonders die Diagnostik der Pleuraergüsse, wie auch des Pneumothorax wird in unübertrefflicher Weise abgehandelt. Aber auch die Therapie wird in einer Weise erörtert, die für den Internisten und den Chirurgen gleich lehrreich und einleuchtend ist. GERHARDT nimmt für die Rippenresektion bei eitrigen Pleuraergüssen entschieden Stellung. Die grosse, in dieser Monographie kritisch verwerthete Literatur bildet einen weiteren Vorzug von GERHARDT's Buch. Alles in Allem ist es ein Werk, das in seiner Klarheit und Schlichtheit unbedingtes Vertrauen erweckt.

Die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Zellgewebes.

Von **Dr. A. von Winiwarter,**

Professor der Chirurgie in Lüttich.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1892.

Deutsche Chirurgie. Lieferung 23

In erschöpfender Weise behandelt das vorliegende, über 700 Seiten starke Werk die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Zellgewebes. Das grosse Thema hat Verfasser in folgende Abschnitte eingetheilt: Verletzungen, Anomalien der Blutvertheilung, akute Entzündungen, Gangraen, chronische Entzündungen, Neubildungen und Fremdkörper. Das circa 30 Seiten einnehmende Litteraturverzeichniss gibt einen Maassstab dafür, mit welcher Gründlichkeit WINIWARTER sich seiner Aufgabe entledigt hat. Es kommt aber überall neben der enormen Litteraturkenntnis auch die grosse eigene Erfahrung in vollstem Maasse zur Geltung. In Folge dessen gewährt das Studium dieses Werkes einen reichen Genuss, und dem Fachchirurgen wird es als Nachschlagebuch und Quellwerk wohl unentbehrlich werden. Eine eingehende Würdigung dieses Buches würde den uns zur Verfügung stehenden Raum überschreiten und daher müssen wir uns mit diesen allgemeinen Bemerkungen begnügen.

Zeitungsschau.

Dr. Tatzel Essen a./R. **Die Geburt in der Hypnose.** — (Zeitschrift für Hypnotismus, April 1893.)

Frau W., 25 Jahre alt, erschien bei Verfasser am 27. März vorigen Jahres. Die Frau ist seit vier Jahren verheiratet, hat zwei Kinder und glaubte, da die letzte Regel ausgegeblieben war, abermals schwanger zu sein. Sie war als Mädchen stets gesund gewesen, ebenso als Frau bis zu ihrem ersten Wochenbett. Sie hatte dabei sehr viel Blut verloren und hatte sich seither nie wieder recht gesund gefühlt. Hereditär ist sie nach keiner Richtung hin belastet.

Die Frau klagte über starke Magen- und Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Unlust zu jeder Thätigkeit, leichte Ermüdung, Herzklopfen und gänzliche Appetitlosigkeit.

Die Untersuchung ergab hochgradige Anämie, häufige, grossblasige Rasselgeräusche über der rechten Lungenspitze bis zur IV. Rippe; nach einiger Zeit konnte Schwangerschaft konstatirt werden.

Verfasser schlug der Frau Behandlung mittelst Hypnose vor; sie ging willig darauf ein und nach wenigen Sitzungen wurde sie eine gute Somnambule. Verfasser konnte im wachen Zustand Katalepsie, Anästhesie, Blindheit, Taubheit u. s. w. suggeriren.

Verfasser hypnotisirte sie zunächst alle Tage, später nur noch ein- bis zweimal die Woche. Nach acht Wochen war die Patientin wie umgewandelt. Sie hatte ihre Lebenslust und gute Laune wieder erhalten, Appetit und Schlaf waren vorzüglich, die Schmerzen waren gänzlich verschwunden. Auch die Rasselgeräusche verloren sich mit

der Zeit und die Untersuchung der Lunge ergab nichts Abnormes mehr.

Während des Sommers kam sie ab und zu zu Verfasser wegen Kleinigkeiten: wie Zahnschmerzen u. s. w.; jedesmal gelang es mir, durch Suggestion die Schmerzen gänzlich zu stillen. So wurde Verfasser am 14. Oktober zu ihr gerufen, fand sie wegen heftiger Zahnschmerzen sich auf dem Bett jammernd und stöhnend herumwerfen. Verfasser hypnotisirte sie, suggerirte Schmerzlosigkeit und weckte sie sofort wieder auf. Der Schmerz war vollkommen verschwunden, zu ihrem und der Anwesenden grössten Erstaunen.

Verfasser fiel die Aeusserung LIEBEAULT's ein, dass schwangere Frauen in der Hypnose das Geschlecht das Fötus errathen können. Verfasser war sehr neugierig, ob sich dies auch bei seiner Patientin bewahrheiten würde und als er sie wieder einmal hypnotisirte, suggerirte er ihr, sie würde jetzt träumen, ob sie einen Knaben oder ein Mädchen zur Welt bringen würde. Diese Suggestion schien nicht recht gewirkt zu haben, denn als Verfasser sie aufweckte, sagte sie ihm, sie hätte seine Frage mehr als Scherz angesehen, doch glaubte sie, es sei ein Knabe. Am nächsten Tage kam sie jedoch wieder zu Verfasser und erzähle ihm sie habe die ganze Nacht keine Ruhe gehabt und habe immer geträumt, es sei ein Mädchen, was sie gebären würde.

Die Zeit der Entbindung rückte allmählich heran und Verfasser war sehr gespannt, in wieweit Verfasser die Frau während des Geburtsaktes durch Suggestionen bezüglich der Schmerzlosigkeit würde beeinflussen können; Verfasser hatte gebeten, ihn bei Beginn der Wehen sofort zu rufen.

Am 6. November Vormittags 10 Uhr benachrichtigte ihm ihr Mann, die Wehen hätten seit dem frühen Morgen angefangen und die Hebamme liesse Verfasser sagen, der Muttermund sei in Fünfzig-Pfennigstück-Grösse geöffnet. Die Lage des Kindes sei normal, die Wehen gut und kräftig.

Leider war Verfasser anderweitig verhindert, dem Rufe sofort Folge zu leisten. Um 12 Uhr erschien der Mann wieder mit der Botschaft, der Muttermund sei bis auf Fünf-Markstück-Grösse erweitert, die Frau sei aber sehr schwach und die Wehen liessen nach.

Verfasser eilte sofort hin und fand die Frau in einem Zustande hochgradiger Erschöpfung; die Wehen war sehr schwach, der Muttermund fast verstrichen, die Blase noch nicht gesprungen.

Verfasser hypnotisirte die Patientin sogleich und suggerirte absolute Schmerzlosigkeit und kräftige Wehen, sowie tüchtiges Mitpressen.

Diese Suggestionen gelangen vollkommen, die Geburt ging sehr rasch vorwärts und die Kranke stöhnte nur ab und zu etwas Nach 20 Minuten kam der Kopf schon zum Durchschneiden; die Kranke schrie, wozu Verfasser sie auch aufmunterte, um das allzustarke Mittpressen zu vermeiden. Nach der Geburt des Kopfes hörten die Wehen aber wieder auf und das Gesicht des Kindes fing bereits an, ganz bedenklich blau zu werden. Doch alsbald verstärkte sich nach energischen Suggestionen die Wehenthätigkeit wieder und das Kind wurde rasch geboren. Es war ein Mädchen. Seit Verfassers Erscheinen war kaum eine halbe Stunde verflossen.

Die Kranke wurde nun aufgeweckt und gab an, eigentlichen Schmerz nur beim Durchschneiden des Kopfes gespürt zu haben, derselbe sei jedoch lange nicht so schlimm gewesen, wie bei den Wehen bevor Verf. kam. Während ihres hypnotischen Schlafes habe sie von der ganzen übrigen Wehenthätigkeit nichts gespürt als nur einen starken Druck im Leibe nach unten und einen gewissen Zwang zum Mitpressen.

Das Wochenbett nahm bis jetzt einen ganz normalen Verlauf.

Dieser Fall ist für uns wie Verfasser meint von ganz besonderem Interesse, er zeigt uns, welch' ungemein segensreiches Wirken in Zukunft bei geeigneter Vorbereitung gerade in der Geburtshilfe dem Hypnotismus beschieden ist. Wir haben nicht nur den ungeheuren Vortheil, den Geburtsverlauf fast schmerzlos zu gestalten, wir können auch die Wehenthätigkeit nach Belieben anregen, wobei uns die Kreissende, da sie den Schmerz nicht zu fürchten braucht, mit der ganzen Kraft ihrer Bauchpresse unterstützen wird. Dies Alles wird den Geburtsakt um ein bedeutendes verkürzen, ebenfalls ein nicht zu unterschätzender Vorzug.

Möchten doch recht viele Kollegen, so schliesst der Verfasser, offenen Sinnes und ohne Vorurtheil an das Studium der Suggestions-Therapie herantreten, sie werden es nicht bereuen. Es gibt wenig Fragen in unserer heutigen medizinischen Wissenschaft, die von gleichem Interesse und gleicher Wichtigkeit sind. Allen Gegnern aber unserer Methode, welche für dieselbe nichts als Spott und Hohn haben, möchte ich die schönen Worte recht warm ans Herz legen, welche vor 50 Jahren ein kluger, alter Praktiker, nämlich der biedere Johann Gottfried RADEMACHER schrieb: «Wie abweichend also auch unsere Wege im Reiche des Verstandes laufen mögen, meine Freunde, so lasst uns doch nie aneinander lieblos des Unverstandes zeihen; lasst uns vielmehr wohl bedenken, wie unvollkommen der menschliche Verstand ist und wie wir bei aller Verschiedenheit unserer Verstandesansichten doch als wahrhafte Aerzte den Willen haben, der Menschheit Leiden zu mildern, also im Gottesreich der Liebe allesammt nur einen Pfad wandeln. Gegenseitiger Glaube an ein treues Streben nach diesem frommen Zwecke der Kunst und Friede und Eintracht sei mit uns für und für.»*)

Dr. Otto Lanz, I. Assistenten der chirurg. Klinik in Bern. **Zum Begriffe des «Genius epidemicus».** (Deutsche medizin. Wochenschrift, Nr. 10 1893).

Von 8 Patienten, welche von Prof. KOCHER am gleichen Tage wegen Struma mittelst Excision operirt wurden, erkrankten im Laufe der beiden nächstfolgenden Tagen bei tadellosem Wundverlauf 5 an Pneumonie.

Dieser auffallende Pneumonieausbruch legte den Verdacht einer Infektion nahe und thatsächlich ergab die Nachforschung deutlich den Weg, den die Infektion gegangen war.

Es befanden sich nämlich zu gleicher Zeit auf der Station 3 Fälle von postpneumonischer Strumitis, bei denen der FRÄNKEL'sche Pneumoniecoccus im Punktionseiter nachgewiesen wurde. Bei zweien von ihnen bestand noch reichliche Expectoration. (Die eine Patientin benützte eine Spuckschale mit 5% Karbolwasser, die andere hatte versteckter Weise ihr Sputum in ihrem Taschentuch versorgt.) In beiden Sputis, sowie in den Sputis der an Pneumonie erkrankten Strumectomirten fanden sich in reichlicher Menge dieselben Pneumoniekokken. Die Infektion war aller Wahrscheinlichkeit nach durch die in die Zimmerluft gelangten Diplokokken erfolgt.

An diese auffällige Erscheinung der 3 postpneumonischen Strumitiden, welche wieder eine Pneumokokken-Zimmerepidemie hervorgerufen hatten, knüpft Verfasser eine längere Auseinandersetzung über den zu Ende des letzten Jahrhunderts geläufig gewesenen Begriff der Constitutio (sc. morbi).

Der hippokratische Begriff der Κατάστασις, mit welchem «der Vater der Medizin» den von Temperatur und Feuchtigkeitsverhältnissen beeinflussten Turnus der akuten Krankheiten, im Verlauf eines jeden Jahres und zugleich deren verschiedenen Charakter einerseits nach der mehr oder minder grossen Bösartigkeit, andererseits nach den verschiedenen Aeusserungen ikres Auftretens, (als katarrhalisch, rheumatisch, entzündlich, gallig etc.) zusammenfasst, muss heutzutage, nachdem er durch die französische Medizin, besonders durch SYDENHAM als Constitution medicale weiter ausgebildet und mit den Ausdünstungen des Erdinnern in Beziehung gebracht, zu Anfang dieses Jahrhunderts jedoch rundweg geleugnet worden, nach den nunmehr herrschenden Ansichten über die epidemischen Krankheiten in den wichtigsten Punkten wieder zur Geltung kommen und zwar 1. dass die akuten Krankheiten eine gewisse Regelmässigkeit der Aufeinanderfolge besitzen; dass die gleichen Krankheiten in verschiedenen Jahren, verschiedenartig auftreten, während verschiedene Krankheiten, die zu gleicher Zeit

*) Rechtfertigung der von den Gelehrten misskannten verstandesrechten Erfahrungsheillehre. Johann Gottfried RADEMACHER Berlin 1846.

herrschen, oft eine ausgesprochene Analogie der Krankheitsbilder darbieten.

Diese letztere Analogie der verschiedenen coexistirenden Krankheiten wurde von unseren Vorfahren als «Genius epidemicus» bezeichnet; wir können zeitgemäss von einem «epidemisch vorwaltenden Krankheitscharakter» sprechen.

Dieser Genius ist heutzutage als kleinstes Lebewesen erkannt worden, das je nach seinem Charakter den verschiedenen Krankheiten seinen Stempel aufdrückt, wobei allerdings auch klimatische Verhältnisse, Disposition des Organismus d. h. seine mehr oder minder grosse Widerstandskraft gegen den Krankheitskeim und Virulenz dieses Keimes in Betracht kommen.

Die oben beschriebenen Fälle, in denen durch schwächende Einflüsse (Narkose, eingreifende Operation) thatsächlich eine erhöhte Disposition zur Erkrankung gegeben war, bilden einen Beitrag zur Frage der Contagiosität der Pneumonie. Es geht daraus hervor, dass alle Bestrebungen darauf gerichtet sein müssen, das infektiöse Sputum der Pneumoniker unschädlich zu machen, was um so wichtiger ist, als der sehr widerstandsfähige Pneumoniecoccus auch viele andere Infektionsformen bedingt.

Prof. KOCHER hat auf Grund der vorliegenden Beobachtung als specielle prophylaktische Massregel den Vorschriften für die Vorbereitung auf die Narkose die allgemein obligatorische antiseptische Mundtoilette hinzugefügt. *B. S.*

Dr. Richard Frommel: Zur Behandlung des Erbrechens während der Schwangerschaft. (Centralbl. f. Gynäkologie Nr. 16, 1893.)

Verfasser hat Gelegenheit genommen, 4 jungen Frauen im Alter von 20—30 Jahren, worunter sich zwei 1.-, eine 2.- und eine 3.-Geschwängerte befanden, die von PAAL dargestellte Orexinbase bei sehr häufigem Erbrechen in der Schwangerschaft zu verordnen. Zwei dieser Frauen befanden sich im 3., eine im 4. und eine im 6. Monate der Gravidität und gaben die beiden Mehrgeschwängerten an, dass sie bei ihren letzten Schwangerschaften bis zum Ende der Gravidität ununterbrochen erbrochen hätten; die 3.-Geschwängerte will bei beiden vorausgegangenen Schwangerschaften in Folge des Erbrechens stark abgemagert sein. In sämmtlichen 4 Fällen war der Erfolg der Orexindarreichung ein recht prompter, bei zweien der Frauen hörte das Erbrechen nach nur zweitägigem Gebrauch des Mittels vollkommen auf, während bei den beiden anderen bald nach dem Beginne der Behandlung das Erbrechen nachliess und innerhalb 14 Tagen ebenfalls vollständig ausblieb. In einem 5. dem Verfasser bekannten Falle war der Erfolg ein ebenso guter. Die Dosirung der Orexinbase ist 0·3 pro dosi; die Verabreichung geschieht zwei- bis dreimal täglich in einer Oblate oder Gelatinekapsel. Das Präparat wird von KALLE in Bieberich hergestellt.

Hector W. G. Mackenzie: Ueber chronische Lungenphthise im höheren Lebensalter. (The medical press and circular, 5. Oktober 1892. — Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 34, 1893).

Die Erfahrungen des Verfassers beruhen auf einer sehr ausgedehnten Krankenreihe, von denen 42 letale Fälle einer besonders sorgfältigen Prüfung unterzogen wurden. Von diesen letzteren befanden sich im Lebensalter von 55—60 Jahren 23, von 60—65 Jahren 14, von 65—70 Jahren 3, von 70—75 Jahren 2, und von sämmtlichen 35 männliche und 7 weibliche. Aus diesem relativ geringen statistischen Beitrage ergibt sich die bei weitem stärkere Betheiligung der Männer als der Frauen an dieser Affektion und die Gründe für diese Erscheinung, die anatomischen Veränderungen der verschiedenen Organe, die Symptome, die Behandlung etc. werden vom Verfasser sehr ausführlich geschildert und können in folgenden Schlüssen resumirt werden:

1. Wenn im höheren Lebensalter die chronische Lungenphthise auch seltener angetroffen wird als im jugendlichen, so ist sie in jenem doch nicht eine ungewöhnlich vorkommende.

2. Das männliche Geschlecht wird häufiger als das weibliche von derselben befallen.

3. Der Einfluss der Heredität, der zwar weniger merklich ist, kann jedoch in einigen Fällen erwiesen werden.

4. Die Krankheit ist in ihrer Form wesentlich chronischer Art.

5. Eine erhebliche Anzahl von Fällen ist auf die Erkrankung einer Lunge beschränkt.

6. Tuberkulöse Erkrankung des Larynx und Darms ist in gleichem Verhältniss im frühzeitigen wie im späteren Lebensalter anzutreffen.

7. Der Beginn der Erkrankung ist gewöhnlich ein sehr latenter (insidiös).

8. Husten und Abmagerung mit Schwäche bei älteren Individuen muss stets den Verdacht auf Möglichkeit einer Phthise erwecken.

9. Ausgenommen in den Stadien, ist Hämoptoe ein seltenes Symptom, die in jenen tödtlich wirken kann.

10. Die Krankheitssymptome können bisweilen, wenn besonders Darm- und Bauchfelltuberkulose gegenwärtig sind, täuschen und Unterleibskarcinom simuliren.

11. Mitunter sind die physikalischen Symptome an der hinteren Seite der Lungenspitze am deutlichsten markirt.

12. Die Krankheit kann mit chronischer Bronchitis und Emphysem komplicirt auftreten, welche letzteren die physikalischen Symptome maskiren und ohne Untersuchung der Sputa leicht übersehen werden.

13. Die Dauer der Krankheit ist eine sehr prolongirte, aber klinisch schwer anzugeben wegen des latenten Beginnes der letzteren.

14. Die Erhaltung der Kräfte und Ernährung, sowie der ruhige Puls sind bezüglich der Prognose günstig, während das Gegentheil und Komplikation die Prognose verschlechtern.

Beck: Ueber die Influenzapneumonie. (Charité-Annalen XVII. Jahrg. p. 857 ff. — Centralbl. f. klin. Medizin Nr. 19, 1893).

Die Influenzapneumonie zeigt einen ganz erheblichen und eigenartigen Charakter, so dass schon allein aus der physikalischen Untersuchung die Diagnose gestellt werden kann. Die Patienten erkranken plötzlich, häufig mit Schüttelfrost, Kreuz- und Gliederschmerzen, fast ausnahmslos mit Kopfweh; einzelne hatten heftige Stiche in der Brust, sie boten in der Regel das Bild eines Schwerkranken dar, frequente Athmung und leichte Cyanose liessen auf eine Lungenerkrankung schliessen. Der Puls war frequent, hohe Temperatursteigerung bis zu 40 Grad und darüber, sehr häufig mit tiefen morgendlichen Remissionen; Appetitlosigkeit, Stuhlgang in der Regel angehalten, niemals profuse Diarrhöen. Der Lungenbefund nach der Dauer der Erkrankung verschieden, aber stets charakteristisch. In ganz frischen Fällen meist an der hinteren unteren Partie eine Dämpfung mit deutlichem Bronchialathmen, das aber selbst wieder ganz charakteristisch meist wie aus der Ferne kommend sich anhörte, daneben fein- und grobblasiges Rasseln. In anderen Fällen spielte sich der Verlauf mehr in den Spitzen ab und die physikalische Untersuchung bot mehr das Bild einer tuberkulösen Spitzenaffektion, die aber nach Ablauf der Krankheit sich wieder vollständig verlor. Andere Fälle boten wieder das Bild der Wanderpneumonie dar, indem die Erkrankung von einem Lappen auf den anderen übersprang. Das Sputum, das regelmässig in grossen Mengen entleert wurde, hat während des ganzen Krankheitsverlaufes und auch nach längerer Zeit während der Rekonvalescenz eine gelbliche bis hellgrüne Farbe und zähe schleimige Beschaffenheit, so dass es von den Patienten nur mit Mühe expektorirt werden kann. In dem Sputum finden sich auf der Höhe der Erkrankung die Influenzabacillen in Reinkultur und sind sehr häufig auch noch lange Zeit während der Rekonvalescenz zu beobachten. Niemals hatte das Sputum rothbraune Färbung und niemals fand sich der FRÄNKEL'sche Diplococcus. — Das Fieber zeigte einen der Febris hectica der Phthisiker ähnelnden Charakter mit steilem Ansteigen gegen Abend und tiefen morgendlichen Remissionen; nach Aufhören der groben Lungenerscheinungen nimmt die Temperatur wieder ihren normalen Verlauf an.

Pathologisch-anatomisch stellt sich die Influenzapneumonie als eine wahre Bronchopneumonie und zwar als eine solche von eitriger Beschaffenheit dar.

Die Prognose richtet sich im Allgemeinen nach dem Gesammtzustand und ist günstig; ungünstig ist sie nur bei alten dekrepiden Personen, Potatoren und Phthisikern.

Bei der Behandlung ist von Antipyrin etc. wegen der Gefahr des Collapses mit Herzparalyse abzusehen. Gegen Fieber mit Kopfschmerzen hatte Chinin vielfach guten Erfolg. Der Kräftezustand ist durch Darreichung von Alkoholicis zu heben. Prophylaktisch muss das Sputum unschädlich gemacht werden.

Standesfragen und Korrespondenz.

XV. Balneologen-Congress.

(Schluss.)

Dr. DÜHRSSEN (Berlin): Ueber die Heilerfolge von Bädern bei Frauenkrankheiten. Der Vortragende hält vom Standpunkt des Spezialisten aus die Heilerfolge am erfreulichsten, welche durch Moor- und Soolbäder bei chronischer Para- und Perimetritis erzielt werden. Was die Art der Erfolge anbelangt, so muss man unterscheiden zwischen einer wirklichen Resorption und völliger Heilung, welche bei para- und perimetrischen Exsudaten und Exsudatresten erreicht wird und einer symptomatischen Heilung, welche bei para- und perimetrischen Strängen dadurch zu Stande kommt, dass unter dem Einfluss der genannten Bäder die Schmerzhaftigkeit jener Stränge verschwindet. Eine wirkliche Resorption dieser Stränge ist aus anatomischen Gründen unmöglich. Die Beseitigung der Schmerzhaftigkeit dieser Stränge erklärt der Vortragende durch die Heilung der Endometritis, welche in solchen Fällen meist vorhanden ist. Bezüglich der Heilung der Endometritis weist Redner auch auf das Curretement und die intrauterinnen Aetzungen hin, welche die Endometritis sicherer, als eine Badekur heilen, allerdings auch eingreifender sind. Eine Aetzbehandlung des Endometriums während einer Badekur sollte nur einmal wöchentlich stattfinden; die häufigen Aetzungen von Erosionen allein sind dagegen zu verwerfen. Eine ausschliesslich allgemeine Behandlung mit Bädern hat in den Fällen stattzufinden, wo neben der Endometritis noch ein Exsudat oder ein Exsudatrest besteht. — Keinen dauernden Erfolg kann die Badebehandlung in den Fällen erzielen, wo neben para- und perimetrischen Strängen Lageveränderungen des Uterus und der Ovarien bestehen und diese Gebilde durch perimetrische Verwachsungen fixirt sind. Hier müssen ganz andere Maasnahmen vorgenommen werden. Für ein zutreffendes Urtheil über die durch eine Badekur erreichten Erfolge ist eine genaue Diagnose unerlässlich, wie sie ohne Zuhilfenahme der Narkose vollkommener als bisher durch die Untersuchungsmethode nach Thure BRANDT zu gewinnen ist. — An der Diskussion betheiligen sich ausser dem Vortragenden die Herren WEISSENBERG-Colberg, LIEBREICH-Berlin, MARCUS-Pyrmont, HÜLLER-Driburg.

* * *

Dr. MARCUS (Pyrmont): Ueber die Behandlung der BASEDOW'schen Krankheit. Der Vortragende gibt eine Darstellung der Anschauungen über das Wesen der BASEDOW'schen Krankheit, wie sich in dem halben Jahrhundert seit der Feststellung ihrer Symptome zu einen einheitlichen Krankheitsbilde durch Carl v. BASEDOW geschichtlich entwickelt haben. Der ursprünglich BASEDOW'sche Symptomenkomplex ist um viele andere Erscheinungen vermehrt worden, die theils beständig, theils nur zeitweise während der Dauer des einzelnen Krankheitsfalles zur Beobachtung kommen und in ihrer Bedeutung für das Wesen der Krankheit nicht alle von gleichem Werthe und zum Theile nur zufällige Begleiterscheinungen sind. — Anämie und Chlorose stehen zur BASEDOW'schen Krankheit in einem nahen Verhältnisse und disponiren zur Erkrankung an Morb. Based. Todesfälle an reinem Morb. Based. ohne Komplikation sind wohl kaum beobachtet worden. Aber auch das Zustandekommen einer vollständigen Heilung muss angezweifelt werden. Ueber den anatomischen Sitz des Leidens sind die Ansichten noch immer getheilt. Redner gibt eine Schilderung derselben und weist als besonders wichtig auf den MENDEL'schen Obduktionsbefund hin. — Ausführlich erläutert MARCUS die Behandlung der BASEDOW'schen Krankheit in arzneilicher Beziehung und hinsichtlich der Behandlung der sonst in Anwendung kommenden therapeutischen Verfahren. Ein spezifisches Heilmittel gibt es nicht, aber vortreffliche Erfolge und so wesentliche Besserung, dass die Patienten ihren Geschäften und Vergnügungen wie zuvor nachgehen können und auch äusserlich gesund erscheinen, sind viellfach erzielt worden. MARCUS weist auf die Berichte der Elektropathen, sowie auf die Erfolge der hygienisch-diätetischen und besonders der balneologischen Methode hin. — In einzelnen Fällen hat die Höhenluft Vorzügliches geleitet; diese wird aber von der Mehrzahl der BASEDOW-Kranken wegen übler Zufälle, wie Schlaflosigkeit, Athemnoth und Herzklopfen, nicht vertragen. Dasselbe gilt von den Seebädern, die nur mit grösster Vorsicht zu gestatten und chlorotische BASEDOW-Kranken ganz zu verbieten sind. Hierauf erörtert der Vortragende die chirurgische Behandlung der BASEDOW'schen Krankheit der mittels Herausschneidung Schilddrüse oder Unterbindung der Art. thyreoid. und kommt zu dem Schluss, dass die Ansicht einzelner Chirurgen: die Struma-Operation sei ein souveränes Mittel gegen die BASEDOW'sche Krankheit, nicht zutrifft und dass ihre Forderung, an jedem BASEDOW-Kranken die Struma-Operation ausführen zu lassen, auf's Entschiedenste zurückgewiesen werden muss. Die BASEDOW'sche Krankheit muss ihrem Wesen nach ein Gegenstand des Heilverfahrens der inneren Medizin und ihrer Methoden verbleiben. — An der Diskussion über diesen Vortrag betheiligten sich ausser dem Vortragenden die Herren SENATOR-Berlin, v. CHLAPOWSKY-Kissingen, KOLBE-Reinerz, v. LIEBIG Reichenhall, PUTZAR-Königstein, WEISSENBERG-Colberg, KELLER-Rheinfelden.

* * *

Dr. PUTZAR (Königsbrunn): Ueber neurasthenische gastrointestinale Atonie. Der Vortragende erläutert zunächst den Begriff «nervöse Dyspepsie» und hebt hervor, dass dieselbe als eine der häufigsten Theilerscheinungen der Neurasthenie Gegenstand ärztlicher Behandlung ist. Es wird sodann darauf hingewiesen, dass die ursprüngliche Bezeichnung LEUBE's «nervöse Dyspepsie» mit Recht als unzureichend befunden wurde. Die neueren Untersuchungsmethoden von EWALD und BOAS über den Mageninhalt haben zweifellos ergeben, dass die als nervöse Dyspepsie bezeichnete Erkrankung einen weit komplizirteren Zustand mit Veränderungen der Drüsen und Muskeln, sowie der Thätigkeit der betreffenden Nervengeflechte auf Grund einer erhöhten allgemeinen Reizbarkeit darstellt. Diese Untersuchungsmethoden haben daher zu der Auffassung «gastrisch-neurasthenischer Atonie» Veranlassung gegeben auf Grund nachweisbarer, objektiver Veränderungen der Strukturverhältnisse des Magendarmkanals. — Bei dem noch in vieler Beziehung dunklen Nervenleiden muss man auch auf die subjektiven Kennzeichen und Beschwerden der Erkrankung Werth legen. Der Vortragende beschreibt nun die objektiven Symptome der gastro-intestinalen neurasthenischen Atonie, welche der Neurose grössere Bedeutung beizumessen geeignet erscheint, indem es zu tiefen Ernährungsstörungen und Veränderungen kommen kann und mitunter eine ernste organische Erkrankung vortäuscht, aber doch ihren Sitz und Ursprung ausschliesslich im Nervensystem hat. — Bezüglich der Aetiologie erwähnt Redner, dass vorwiegend bei Frauen die schwerere Form und die häufigeren Komplikationen der Atonie vorkommen, welche durch zwei äussere Umstände: zu feste Einschnürung der Taille und wiederholte Schwangerschaft mit starker Ausdehnung der Bauchwand herbeigeführt wird. Hinsichtlich der Therapie empfiehlt PUTZAR die Berücksichtigung der Diät und der physikalischen Heilmethoden, besonders der Hydrotherapie, Massage, Mechanotherapie und Elektricität. Die medikamentöse Behandlung ist im Allgemeinen ohne Erfolg. Der längere Aufenthalt in einer gut geleiteten offenen Kuranstalt und häufig die Einleitung einer WEIR-MITCHEL'schen Mastkur mit körperlicher und geistiger Ruhe, Isolirung u. s. w. hat oft Heilung gebracht.

(Berliner Klinische Wochenschrift. Nr. 14, 15, 16.)

Tagesnachrichten und Notizen.

(Aerztliches Vereinsleben in Wien.) Bei der am 24. d. M. abgehaltenen Sitzung des Wiener medizinischen Klubs demonstrirte Dr. Erben einen interessanten Nervenfall, worauf Dozent Dr. Freud seinen angekündigten Vortrag: «Ueber hysterische Lähmungen» hielt, in welchem er die Aehnlichkeit derselben mit den cerebralen Lähmungen hervorhob, auf die Unterschiede zwischen Beiden aufmerksam machte und hervorhob, dass die hysterischen Lähmungen nicht auf anatomischer Basis beruhen. Der Vorsitzende, Dr. Herz, machte hierauf die Mittheilung, dass der medizinische Klub seine Versammlungen mit dieser Sitzung schliesse und dieselben erst wieder im Oktober aufnehme. Den ausführlichen Bericht bringen wir in der nächsten Nummer. — Bei der am 26. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte machte der Vorsitzende die Mittheilung, dass Professor Boeck aus Christiania ein Dankschreiben für seine Ernennung als korrespondirendes Mitglied der Gesellschaft eingesandt habe. Die Sitzung selbst brachte einige sehr interessante Demonstrationen. Zuerst demonstrirte Dr. Gleich drei Fälle von cavernösen Tumoren u. zw. ein Mädchen mit einem angeborenen cavernösen Tumor der Zunge, einen jungen Mann mit ebensolchen Tumoren des Ober- und Unterarmes und einen Mann mit einem sehr grossen cavernösen Tumor an der rechten Hinterbacke. Prof. Fuchs demonstrirt hierauf zwei Fälle von angeborener Missbildung u. zw. einen Fall von doppelseitigem Kryptophthalmus bei einem zwei Tage alten Kinde, sowie einen 26jährigen Mann, bei dem sich neben anderen angeborenen Missbildungen der rechten Gesichtshälfte zwei Dermoidcysten unterhalb der Cornea des rechten Auges vorfanden. Dr. Weiss stellt hierauf einen Fall aus der Nervenabtheilung des Prof. Benedikt vor, der mit dem unter dem Namen Erythromelalgie beschriebenen Symptomenkomplex übereinstimmt. Prof. Kaposi wendet sich entschieden gegen diese Bezeichnung, da die ihr zu Grunde liegende Hyperhydrosis mit allen ihren Folgeerscheinungen ein alltägliches und bekanntes Vorkommniss seien. — Hierauf hält Dr. M. Sternberg seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Lähmung und Krampf», in welchem Vortragender ein Resumé seiner eigenen jahrelangen Untersuchungen gibt und hervorhebt: 1. dass die Contrakturen bei Rückenmarkserkrankungen in der Regel anderer Art sind als bei Hirnerkrankungen, während nach dem üblichen Schema nur eine Art von spastischer Lähmung möglich ist. 2. Ferner die Fälle von Querschnittsläsion im Rückenmarke mit schlaffer Lähmung und Verlust der Sehnenreflexe in den unterhalb der Läsion gelegenen Körpertheilen. 3 Gewisse Fälle von Contraktur mit Fehlen der Sehnenreflexe bei bestehender absteigender Degeneration der Pyramidenbahnen. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung findet sich in der nächsten Nummer dieses Blattes.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Zum Rektor der Universität in Klausenburg für das Studienjahr 1893/94 wurde der o. ö. Professor der Chirurgie, Dr. Josef Brandt, zum Dekan der medizinischen Fakultät der o. ö. Professor der allgemeinen Pathologie und Therapie, Dr. Josef Loete ernannt.

(Allgemeine Poliklinik in Wien.) An Stelle des dahingeschiedenen Direktors der Poliklinik, Prof. Schnitzler, wurde Prof. Monti, an Stelle Prof. Monti's Prof. Ludwig Mauthner zum Direktor-Stellvertreter gewählt.

(Auszeichnungen.) Dem Hofrathe Universitäts-Professor i. P. in Wien, Dr. Josef Spaeth wurde das Commandeurkreuz mit dem Sterne des königl. spanischen Ordens Isabella's der Katholischen verliehen. — Der k. k. a. o. Professor an der Universität in Wien, Dr. Moriz Kaposi, wurde zum Offizier, Dozent Dr. Gustav Riehl zum Ritter der französischen Ehrenlegion ernannt. — Dem Hausarzte der Männer-Strafanstalt in Prag, Dr. Josef Slavik, wurde der Titel eines kaiserlichen Rathes verliehen. — Dr. Sedlitzky, k. und k. Hofapotheker in Salzburg, erhielt für das von ihm dargestellte Halleiner Mutterlaugen-Salz zur Erzeugung natürlicher Soolenbäder im Hause bei der internationalen hygienischen Ausstellung in London die höchsten Preise, nämlich Ehrenkreuz und goldene Medaille.

(Jacob Moleschott†). Der berühmte Physiologe Jacob Moleschott ist in Rom im Alter von 71 Jahren gestorben. Er war ein geborener Holländer aus Herzogenbusch und lebte anfangs als praktischer Arzt in Utrecht, hatte aber seine wissenschaftliche Ausbildung in Deutschland genossen. Im Jahre 1847 habilitirte er sich als Privatdozent für Physiologie, Anthropologie und Anatomie in Heidelberg und errichtete daselbst ein Laboratorium, in dem er seine epochemachenden physiologischen Untersuchungen anstellte. In den ersten Fünfziger Jahren veröffentlichte er jene Werke, die seinen Ruf als einen der hervorragendsten modernen Naturforscher begründeten: Die «Physiologie der Nahrungsmittel» (1850), die «Physiologie des Stoffwechsels» (1851) und der «Kreislauf des Lebens» (1852). Letzteres Werk war aus seiner wissenschaftlichen Polemik Moleschott's und Liebig hervorgegangen, die allgemeines Aufsehen in Deutschland erregt hatte. Da er im Jahre 1854 wegen seiner materialistischen Naturauffassung auf Befehl der badischen Regierung vom Senate der Universität Heidelberg eine Verwarnung erhielt, legte er sein Lehramt nieder und folgte 1856 einer Berufung an das Polytechnicum in Zürich, wo er bis 1861 als Professor der Physiologie thätig war. In diesem Jahre wurde er an die Universität in Turin berufen und 1878 von der italienischen Regierung an die Universität in Rom versetzt, nachdem er zwei Jahre vorher zum Senator des Königreiches Italien ernannt worden war. Seine naturwissenschaftlichen Arbeiten erschienen gesammelt in den Jahren 1880 bis 1887. — Moleschott starb an Wundrothlauf nach kurzer Krankheit. Seine Leiche wurde in Campoverano verbrannt.

Die Ophthalmologische Gesellschaft hält ihre Jahresversammlung vom 6. bis 9. August in Heidelberg ab. Vorträge und Demonstrationen sind bei Dr. W. Hess in Mainz anzumelden.

München. Der nächste Kongress für innere Medizin, zu dessen Vorsitzenden Prof. Dr. Quinke (Kiel) gewählt wurde, wird in München abgehalten.

Dresden. Wegen Ausstellung unrichtiger ärztlicher Zeugnisse wider besseres Wissen (§ 278 des Strafgesetzbuches) hatte sich am 17. Mai der als Impfgegner bekannte praktische Arzt Dr. med. Ignaz Böhm in Dresden vor dem Landgericht zu verantworten. Zu der Verhandlung, der auch der Justizminister Dr. Schurig als Zuhörer beiwohnte, waren nicht weniger als 24 Zeugen sowie eine grosse Zahl von Sachverständigen geladen. Der Anklage lag die Thatsache zu Grunde, dass Dr. Böhm im Mai v. J. in Meissen 14 Kinder in unzureichender Weise geimpft und dann wider besseres Wissen bescheinigt hat, dass die Impfung erfolgreich war. Das Urtheil des Gerichtshofes lautete auf 2 Monate Gefängniss. (Münchener med. Wochenschrift.)

Hamburg. Der fünfte Verbandstag der «Vereine deutscher Sprache für Reform des Bestattungswesens und fakultative Feuerbestattung» hat einen Preis von 500 Mark für die beste medizinisch-hygienische Arbeit über die Feuerbestattung ausgesetzt. Das Verlagsrecht an der preisgekrönten Arbeit steht dem Verbande zu, dem Verfasser bleibt jedoch das Recht der Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Zeitschrift. Das Preisrichteramt haben die Herren Prof. Dr. Leopold Schrötter von Kristelli, Universitäts-Professor, Wien, Hofrath Dr. Eduard Ritter von Hofmann, Präsident des obersten Sanitätsrathes, Universitäts-Professor, Wien, Dr. Max Schede, Oberarzt der chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses, Hamburg, und Geh. Ober-Regierungsrath Spinola, Verwaltungs-Direktor der Charitee in Berlin, übernommen. Bewerbungsschriften sind an den Vorsitzenden, Dr. Eduard Brackenhoeft in Hamburg, Neuer Wall 10, spätestens bis zum 31. Januar 1894 einzusenden.

Rom. Zu Vorsitzenden der 15 Sektionen des Internationalen medizinischen Kongresses wurden folgende Herren gewählt: 1. Anatomie: Prof. Todaro (Rom); 2. Physiologie: Prof. Moleschott (Rom); 3. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie: Prof. Bizzozero (Turin); 4. Pharmakologie: Prof. Semmola (Neapel); 5. Innere Medizin: Prof. Baccelli (Rom); 6. Chirurgie: Prof. Durante (Rom); 7. Geburtshilfe: Prof. Pasquale (Rom); 8. Laryngologie: Prof. Massei

(Neapel); 9. Otologie: Prof. de Rossi (Rom); 10. Ophthalmologie: Prof. Raymond (Turin); 11. Feldchirurgie und Medizin: G.-St.-A. Baroffio (Rom); 12. Hygiene: Prof. Pagliani (Rom); 13. Dermatologie: Prof. de Amicis (Neapel); 14. Gerichtliche Medizin: Prof. de Grecchio (Neapel); 15. Odontologie: Dr. Couilliaux (Mailand).

Italien. Eine Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie hat sich auf die Initiative von Professor De Amicis, Maiocchi, Pellizzari und Barduzzi konstituirt; Präsident ist Prof. De Amicis in Neapel.

(Todesfälle.) In Berlin starb am 24. Mai Dr. Paul Gutmann, Sanitätsrath und Direktor des Moabiter Krankenhauses. Der Name des Verstorbenen war in medizinischen Kreisen weit über die Grenzen seines engeren Vaterlandes insbesondere durch sein Lehrbuch der klinischen Diagnostik bekannt geworden. Berlin verliert in ihm einen seiner angesehensten und beliebtesten Aerzte. — Dr. Medowic ist in Belgrad 88 Jahre alt, gestorben. Er stammte aus Galizien, promovirte in Wien, kam 1841 nach Serbien, wo er zum obersten Chef des Sanitätswesens und Professor der gerichtlichen Medizin an der Hochschule in Belgrad ernannt wurde. — Der bekannte Bade-Arzt von Ischl, kaiserlicher Rath Dr. Heinrich Kaan, ist in Wien im Alter von 77 Jahren gestorben.

(Influenza.) In Paris 52 Todesfälle an Influenza gegen 62 in der Vorwoche, in London 28 gegen 40. In New-York verringerte sich die Zahl der Influenzatodesfälle um mehr als die Hälfte, nämlich von 31 auf 13; daneben wurden 346 Todesfälle an akuten Erkrankungen der Athmungsorgane gegen 408 in der Vorwoche beobachtet. Ein vereinzelter Todesfall an Influenza ist aus Amsterdam gemeldet worden. In Kopenhagen 2 Todesfälle und 83 Erkrankungen, in Stockholm 6 Erkrankungen. In Moskau 2 Todesfälle an Influenza gegen 4 in der Vorwoche, in Köln 4 Todesfälle an Influenza gegen 15 in der Vorwoche, in Dresden 5 Todesfälle, in Frankfurt a. O. 22, in der Umgebung der Stadt 33, im Reg.-Bez. Posen und in Nürnberg je 2 und im Reg.-Bez. Sigmaringen (März) 55 Erkrankungen an Influenza vor.

(Flecktyphus in Frankreich. Erkrankungen und Todesfälle bis zum 15. April: In Paris (einschliesslich Nanterre) 85 : 32, Lille 39 : 12, Amiens 93 : 35, Abbeville 33 : 6, St. Riquier (Somme) 6 : 1, Beauvais 20 : 5, Pontoise 20 : 3, Mantes 1 : 1, Versailles 3 : 0, Poissy 3 : 0, insgesammt 303 : 95. Kleine Seuchenheerde bildeten sich in Chambly, Maricel und Méru.

Neue verbesserte Batterien für Galvanokaustik und elektrische Beleuchtung.

Die unleugbaren Vortheile, ja man kann sagen Unersetzlichlichkeit des elektrischen Stromes für Kaustik und diverse Beleuchtungszwecke sind zu allgemein bekannt, um noch besonders hervorgehoben werden zu müssen. Ebenso bekannt dürfte es aber auch sein, dass häufig die zur Stromerzeugung verwendeten Batterien nicht allen Anforderungen entsprechen, die billigerweise an sie gestellt werden müssen. Es dürfte daher nicht unerwünscht sein, wenn wir hier auf Verbesserungen hinweisen, welche die auf elektro-medizinischem Gebiete rühmlich bekannte Firma Reiniger Gebbert & Schall, Wien*), Erlangen, Berlin bei der Konstruktion ihrer galvanokaustischen Batterien berücksichtigt.



REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN.

In erster Linie sei hervorgehoben, dass die Batterien vermittelst eines sehr bequemen, einfachst zu handhabenden Umschalters für zweierlei Zwecke: Galvanokaustik und Licht zu gebrauchen sind. Die Zink-Elektroden bestehen aus einer Legirung von Quecksilber und Zink und erspart man dadurch das lästige Amalgamiren.

Die grosse Oberflächen bietenden Kohlen sind in doppelter Anzahl der Zinke vorhanden (daher der innere Widerstand der Elemente sehr gering ist), von vorzüglicher, kräftiger Wirkung und ist deren Armatur durch ein eigenartiges, sorgfältiges Verfahren auf's Beste gegen Oxydation geschützt.

Das Eintauchen der Elemente wird durch eine exakt arbeitende Kurbel-Hebvorrichtung besorgt, die bequem zu bethätigen und ein graduelles Steigen des Flüssigkeits-Niveaus ermöglicht. Die Regulirung der Stromstärke geschieht durch einen Rheostat mit progressiv zunehmendem Widerstand (aus dreierlei Metall bestehend) der daher für Licht und auch Kaustik dienen kann. Vermittelst dieser feinen Regulirung des Stromes ist ein Durchbrennen der Kauter und Glühlampen sehr leicht zu vermeiden.

Als Erregungsflüssigkeit wird Chromsäure benutzt und ist die Füllung sehr einfach zu bewerkstelligen. Die Säurebehälter sind mit Höhenmarke versehen.

Jede Füllung, die, wenn selbst hergestellt, nur einige Kreuzer kostet, hat — technisch ausgedrückt — eine Kapacität von 3 Amperès-Stunden d. h. man kann damit circa 30—40 galvanokaustische Operationen oder doppelt so viel Untersuchungen mit elektrischem Licht machen.

Es lassen sich selbstverständlich mit den Batterien auch gewisse elektrolytische Operationen vornehmen.

Wir geben hier die Abbildungen einer der beschriebenen Batterien und zugleich eines in allgemeinem Gebrauch stehenden verbesserten galvanokaustischen Universalgriffes.

*) VIII., Alserstrasse 43.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in D o n a u f e l d, polit. Bez. Gross-Enzersdorf (Niederösterreich), mit einer jährlichen Remuneration von 600 fl. Bewerber um diese Stelle, welche Doktoren der gesammten Heilkunde sein müssen, haben ihre belegten Gesuche bis längstens 6. Juni d. J. bei dem Gemeindeamte in Donaufeld zu überreichen.

Gemeindearztesstelle in S c h i l t e r n bei Langenlois (Niederösterreich) mit 3 Gemeinden. Landessubvention 400 fl. und 100 fl. für Todtenbeschau und Armenbehandlung von der Gemeinde Schiltern, überdies Entschädigung für diese Funktionen von den andern zwei Gemeinden. Auskunft ertheilt die Gemeindevorstehung Schiltern, an welche die betreffenden Gesuche bis 1. August l. J. zu richten sind.

Gemeindearztesstelle in F r a n k e n b u r g, Station Redl-Zipf (Oberösterreich), mit 5000 Einwohnern. Bewerber haben sich behufs näherer Auskunft bis August l. J. an die Gemeindevorstehung Frankenburg zu wenden.

Gemeindearztesstelle in R e i s c h d o r f, Bahnstation, Bezirk Kaaden (Böhmen), mit einem Jahresgehalte von 300 fl. Der Gemeindearzt hat blos die Praxis in dem 3500 Einwohner zählenden Orte auszuüben und könnte auch die in der Entfernung von einer halben Stunde stark bevölkerten 5 Ortschaften übernehmen. Bewerber um diese Stelle, welche Doktoren der ges. Heilkunde und deutscher Nationalität sein müssen, haben ihre gehörig belegten Gesuche mit Altersangabe bis 31. Mai l. J. beim Gemeindeamte Reischdorf einzubringen.

Distriktsarztesstelle mit dem Sitze in dem Markte M i s s l i t z (Mähren) mit 6 Gemeinden, einer Einwohnerzahl von 3871 Personen und 48 Quad.-Kilm. Gehalt 390 fl. und 110 fl. Reisepauschale. Bewerber, welche Doktoren der gesammten Heilkunde sein müssen, haben ihre Gesuche bis 31. Mai l. J. an den Obmann des Distriktsausschusses Johann Haselstein einzusenden.

Gemeindearztesstelle in S o l t a (Dalmatien) mit einem Jahresgehalte von 2000 fl. Bewerber müssen der kroatischen Sprache vollkommen mächtig sein und wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis 31. Mai d. J. an die Gemeindeverwaltung Solta einsenden, wo auch jede diesbezügliche Auskunft ertheilt wird.

Neu creirte Distriktsarztesstelle für die Gemeinde St. G e o r g e n a m L ä n g s e e mit dem Wohnsitze in St. Georgen. Jahresbestallung 600 fl. und zwar 300 fl. aus dem kärntn. Landesfonde und 300 fl. aus Mitteln der Gemeinde. Ferner sind dem Distriktsarzte die in der Kundmachung der k. k. Landesregierung vom 12. Februar 1885, Z. 1156 für die Vornahme der Todtenbeschau, Armenbehandlung, für Durchführung der Impfung, sowie für die Reisen in Sanitätsangelegenheiten der politischen Verwaltung und Gemeinden normirten Gebühren, endlich auch der Genuss einer Naturalwohnung gesichert. Für auf den Posten reflektirende graduirte Aerzte ist seitens der Gutsinhabung St. Georgen am Längsee überdiess noch die Bestallung als Badearzt für die gleichnamige Seebad- und Sommerfrisch-Station in Aussicht genommen. Der Distriktsarzt ist verpflichtet in St. Georgen eine Hausapotheke zu führen und wöchentlich 2 Mal in Launsdorf unentgeltliche Ordination für Arme abzuhalten. Ordnungsgemäss mit dem Tauf-, beziehungsweise Geburtsscheine, Diplome und Zeugnissen über die seitherige Verwendung instruirte Gesuche um diese, unter der Bedingung gegenseitiger zweimonatlicher Kündigung zu verleihende Stelle sind bis 30. Juni l. J. unmittelbar oder im Wege der vorgesetzten Behörde an die k. k. Bezirkshauptmannschaft St. Veit einzusenden.

Gemeindearztesstelle in der Sanitätsgemeinde W a l s e r t h a l, Bezirk Bludenz (Vorarlberg); 5 Gemeinden mit 2000 Einwohnern; 600 fl. Wartgeld, Ganggebühren per Kilom. für den Hinweg 45 kr., bei Gemeindearmen 20 kr. Hausapotheke nothwendig. Eintritt Ende Juni; Gesuche an die Gemeinde-Vorstehung Fontanella, Walserthal, Bezirk Bludenz bis Ende Mai.

K. k. Sanitätsassistentenstelle. In T i r o l und V o r a r l b e r g ist die Stelle eines k. k. Sanitätsassistenten in vorläufiger Verwendung bei k. k. Statthalterei in I n n s b r u c k mit einem Adjutum von 500 fl. zu besetzen. Für diese Stelle wird ausser den allgemeinen Erfordernissen für eine Anstellung im Staatsdienste der erlangte Grad eines Doktors der gesammten Heilkunde, der Nachweis einer nach Erlangung des Doktordiplomes vollstreckten, wenigstens einjährigen Verwendung in einem allgemeinen Krankenhause und der Nachweis körperlicher Gesundheit und Rüstigkeit erfordert. Bewerber um diese Stelle haben ihre mit dem Geburtsscheine, Heimatscheine, Doktorsdiplom, dann Zeugnissen über die bisherige Verwendung und dem ärztlichen Zeugnisse belegten Gesuche bis 31. Mai d. J. beim k. k. Statthalterei-Präsidium für Tirol und Vorarlberg einzubringen.

Distriktsarztesstelle in D i w i s c h a u, Bezirk Beneschau (Böhmen), mit 12 Gemeinden, 7011 Einwohnern und 81·2 Quadr. Kil. Gehalt 400 fl., Reisepauschale 200 fl., Haltung einer Hausapotheke. Der provisorisch für ein Jahr anzustellende Arzt hätte auch die Stelle als Krankenkassenarzt und als Schlossarzt zu übernehmen. Bewerber haben ihre nach § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes vom 23. Februar 1888 belegten Gesuche bis Ende Mai l. J. an den Bezirksausschuss in Wlaschim einzusenden.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

ANZEIGEN.

VII. Jahrgang. **Wien, 4. Juni 1893** **Nr. 23.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2·50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber die antidyspeptische Medikation.

Von

Professor Hayem. *)

Während vieler Jahre wurde die Behandlung der Magenkrankheiten dem Zufalle überlassen, und der Arzt, wenn er einem Magenkranken gegenüber stand, war häufig gezwungen im dunklen Herumtappen nach dem Regime zu suchen, das seinem Kranken Erleichterung bringen sollte, wobei der Kranke oft auch geschädigt wurde. Dank den chemischen Forschungen, die nach dieser Richtung angestellt wurden und der genauen Kenntniss des Zustandes des Magens, konnte man seit einigen Jahren der Behandlung der Magenkrankheiten eine wissenschaftliche Richtung geben, die — die Zukunft wird uns das lehren — von ausgezeichneten Erfolgen gekrönt sein wird. — Es wird gewiss noch viel Zeit und Arbeit brauchen, bis man dahin gelangen wird, die verschiedenen Typen, welche dem Kliniker unterkommen, zu klassificiren und die Beziehungen darzuthun, die zwischen ihnen und den typischen chemischen Befunden bestehen; es wird noch langer Zeit bedürfen, um die für jeden Fall geeigneten Behandlungsformeln aufzustellen; aber die Resultate, wie sie schon jetzt erzielt werden, sind ausgezeichnet und ungemein ermuthigend. Prof. Hayem führt im vierten Bande seiner Vorlesungen über Therapie aus, welchen Nutzen man bereits aus der Anwendung der Chemie in Bezug auf die Therapie der Magenkrankheiten gezogen und welche Fortschritte man bereits nach dieser Richtung gemacht hat. Er behandelt in diesem Bande ausführlich die Methode, die man befolgen muss, um zur sicheren Diagnose der verschiedenen Formen der Gastritis zu gelangen; er unterzieht sowohl von einem klinischen Standpunkte als auch vom anatomisch-pathologischen Standpunkte die verschiedenen Typen der Gastropathie einer eingehenden Studie; er lässt alle Regime und alle diesbezüglichen Medikamente, die man bis jetzt angewandt hat, Revue passiren und er beschreibt die Medikation, welche ihm als die geeignetste erscheint für die verschiedenen Formen der Gastropathie, die ihm die Klinik und die Chemie zu diagnosticiren möglich gemacht hatten.

Referent fasst nun die wichtigsten Kapitel aus diesem interessanten Werke zusammen.

Die Dyspepsie ist keine Krankheit, sie ist ein Symptom, welches auch bestehen kann, ohne dass das Individuum darunter leiden würde, im Gegensatze zur Behauptung von Lasègue, und sie ist charakterisirt durch ein abweichendes Verhalten des chemischen Typus. Die Dyspepsie bedeutet ein schlechtes Funktioniren des Magens, die nicht in Schmerz ihren Ausdruck zu finden braucht, sondern die sich in einer Aenderung der Produkte der Verdauung äussert. — Die in Rede stehende Krankheit verdient um so mehr Aufmerksamkeit, als sie den ganzen Organismus in Mitleidenschaft zieht und bei vielen Kranken auch die Ursache für die Neurasthenie abgibt.

Wenn man vom normalen chemischen Typus ausgeht, so kann man von Dyspepsie sprechen, ein jedes Mal, wenn die Analyse des Magensaftes eine Verminderung oder eine Vermehrung der verdauenden Kraft oder eine Störung in der Evolution der Verdauung erkennen lässt.

Die Typen der Gastropathie können in folgende drei Kategorien gebracht werden:

Hyperpepsie, Hypopepsie und Apepsie.

Diese Eintheilung findet sich klinisch und chemisch wieder; es besteht eine Beziehung zwischen diesen zwei Forschungsmethoden, und noch mehr, die pathologische Anatomie findet sich im vollkommenen Einklange mit den klinischen Thatsachen, indem sie darthut, dass ein jeder dieser Zustände auf Rechnung ganz bestimmter Läsionen kommt.

Klinisch. — Das Studium des chemischen Vorganges bei den Magenkrankheiten hat Prof. Hayem dahin geführt, drei Arten von Störungen zu unterscheiden, nämlich: die quantitativen, die qualitativen und die Evolutions-Störungen.

Bei der Hyperpepsie beobachtet man eine Vermehrung der Salzsäure-Sekretion, sei es, dass die Salzsäure frei ist, sei es, dass sie an organische Nahrungssubstanzen gebunden ist (Hyperchlorhydrie in dem ersten Falle und allgemeine Hyper-

*) Nach den «Leçons de thérapeutique», par H. Hayem. Les médications. IV. série. H. Masson éditeur. — Mitgetheilt in «La Médecine moderne» vom 17. Mai 1893 von Dr. E. Thiercelin.

pepsie in dem zweiten Falle). — Das sind die quantitativen Störungen.

Wenn die Hyperacidität auf Rechnung abnormer Gährungsvorgänge kommt (Anwesenheit von organischen Säuren oder höher zusammengesetzter Säuren), so hat man es mit einer falschen Hyperacidität zu thun.

Dieser letztgenannte Umstand bildet die qualitative Störung

Endlich ist auch die Evolution der Verdauung in gleicher Weise gestört. Es gibt eine Verlängerung der stomachalen Funktion, welche sich sogar bis über die Verdauung hinaus erstreckt. Der Magen secernirt fortwährend unter dem Einflusse einer persistirenden Reizung. — Auch ist dieser Zustand von Gastrosuccorrhoea begleitet.

Das Studium der Verdauungs-Evolution zeigt auch, dass bei dem Hyperpeptischen die Hyperchlorhydrie auf die allgemeine Hyperpepsie folgen kann.

Bei der Hypopepsie beobachtet man, im Gegensatze zu dem letztgenannten Zustande, eine Beschleunigung des Verdauungsvorganges und eine frühzeitige Entleerung

Namentlich in diesen Fällen begegnet man den abnormen Gährungsvorgängen und den falschen Hyperaciditäten. Das Studium der Evolution zeigt auch, dass die Magen-Verdauung in den intensiven Fällen oft vor Ablauf einer Stunde beendigt ist. — Der Magen entleert sich vollkommen der Nahrungsmittel, die er nicht verdauen kann, und übergibt sie dem Duodenum, welches gewissermassen beauftragt ist, den Magen, der nicht im Stande ist diese Funktionen zu erfüllen, zu substituiren.

Bei der Apepsie ist — sozusagen — keine Verdauungsarbeit vorhanden; es ist dies ein höherer Grad von Hypopepsie.

K l i n i s c h. Bei der allgemeinen oder chloro-organischen Hyperpepsie ist der Appetit erhalten, häufig sogar gesteigert und besonders stark. Die Digestion ist eine mühsame, verbunden mit Unbehaglichkeit, Gefühl von Ballonnement und Völle im Magen, seltener mit Krämpfen. — Regurgitationen finden sich oft. Oft wird der Hunger wieder intensiv, bevor die Verdauung beendigt ist, und der Kranke häuft in seinen bereits dilatirten Magen neue Nahrungsmittel an. Das Erbrechen ist selten, die Verstopfung eine habituelle, die Zunge im Allgemeinen rein, der Durst wenig intensiv, die nervösen Symptome sehr häufig. die Hyperpepsie prädisponirt zu Psychosen und in den meisten Fällen ist der Hyperpeptische mager.

Bei der Salzsäure-Dyspepsie ist der Appetit sehr gereizt, der Durst intensiv und die Verdauung ist eine mühsame und eine schmerzliche.

Die Krämpfe und die habituellen Gastralgien treten mit Vorliebe in der Nacht auf und erreichen bisweilen die Intensität der Schmerzen bei der hepatischen Krise, die Regurgitationen sind häufig, die Zunge bleibt rein, aber die Pyrosis ist die Regel. Zumeist besteht Stuhlverstopfung.

Das Epigastrium ist empfindlich, der Schmerz strahlt von da nach allen Richtungen aus und besonders nach den Lenden. Die Verdauung ist verlangsamt, auch beobachtet man fast immer Dilatation des Magens. — Das Erbrechen ist häufig, speziell bei Vernachlässigung des Regimes und das Erbrechen tritt häufig in Form von Krisen auf. Der Magen kann im nüchternen Zustande enorme Quantitäten von Salzsäure secerniren, die er auswirft; das ist die saure Gastrosuccorrhoea; die nervösen Symptome und die Schlaflosigkeit sind sehr ausgesprochen. der Kranke erwacht häufig während der Nacht in Folge ausserordentlich lebhafter Schmerzen.

Bei der intensiven Hypopepsie ist die Magenerweiterung seltener als bei der Hyperpepsie; starkes Erbrechen ist auch sehr selten, aber Aufstossen kommt häufig vor; man findet auch in diesen Fällen Verstopfung oder Diarrhoe; die Gastralgie ist selten. Es besteht auch Abgeschlagenheit und Somnolenz; die Kranken sind eher dick als mager. Die Verdauung ist im Allgemeinen eine rapide und oft ist der Magen nach einer Stunde leer, ausser wenn es sich um ein mechanisches Hinderniss handelt; in diesen Fällen handelt es sich um Gährungen und der Kranke magert ab.

In diesen Fällen kann man auch, ebenso wie bei der Hyperchlorhydrie, gewisse Fälle von Hypersekretion der Magenschleimhaut antreffen, eine wahre Gastrosuccorhoea, so dass man diese Hypersekretion nicht zum Charakteristicum einer besonderen Erkrankung des Magens machen kann.

Bei der Apepsie begegnet man denselben Symptomen wie bei der Hypopepsie, in Bezug auf welche sie nur einen höheren Grad darstellt, und was merkwürdig ist, auch hier kann der Allgemeinzustand der Kranken ein befriedigender bleiben. Dennoch beobachtet man bei ihnen zumeist Schwäche und Abmagerung.

(Schluss folgt.)

Ueber neuere Fortschritte der allgemeinen und lokalen Anästhesie und ihre Bedeutung für die poliklinische Krankenbehandlung. *)

Von **Dr. V. Ritter v. Hacker.**

(Fortsetzung und Schluss.)

Am letzten Chirurgenkongress 1892 hat nun SCHLEICH Mittheilungen gemacht über die sogenannte Infiltrationsanästhesie.

Seine Versuche haben ergeben, dass man durch diffuse Infiltration der Gewebe mit verschiedenen gegenüber dem Serum und den Gewebssäften differenten Flüssigkeiten Anästhesie erzeugen könne. In dieser Art wirkt z. B. 0·2 perzentige Kochsalzlösung deren Verwendbarkeit durch Zusatz von geringen Mengen Cocäin wesentlich gesteigert wird. Ich habe nun auf diese Empfehluag hin Versuche angestellt mit einer 0·1 Perzent Cocain und 0·2 Perzent Chlornatrium enthaltenden Lösung. (Aqu. destill. oder sublimat. 100, Cocain 0·1, Chlornatr. 0·2.) 10 PRAVAZ'sche Spritzen dieser Lösung enthalten 1 *cgr.*, 50 erst das von manchen als Minimaldosis hingestellte Quantum von 5 *cgr* Cocain. Man muss beim Gebrauch dieser Lösungen mehrere Spritzen voll in und u n t e r die Haut einspritzen, so dass dadurch eine ödematöse Infiltration entsteht, kann aber dann wirklich schmerzlos kleinere Operationen ausführen. Will man selbst den Einstich in die Haut unempfindlich machen, so kann man das erreichen durch Zerstäubung des später zu erwähnenden Aethylchlorid auf die Haut als Einleitung zu den Cocaininjektionen.

Ich habe nun schon eine Reihe kleinerer Operationen mit dem Mittel ausgeführt und war mit dem Erfolge sehr zufrieden. Ich will hier nur einige Operationen, wo vollkommene Anästhesie auftrat, anführen:

Art der Operation	Anzahl der Spritzen
Corpus alienum sub. ungue.	$^1/_2$
2 Mal Unguis incarnatus	2—3
2 Mal Naevi pil. (Thermocauter)	1—2 Spr.
1 Mal Angiom der Lippe	$^3/_4$ Spr.
3 Mal Atherome verschiedener Grösse	je 2, einmal $3^1/_4$
2 Mal Operation der Phimose, eine mit Abschneiden der Zipfel und eine mit Bildung eines ROSER'schen Läppchen	1
2 Mal Epitheliom der Unterlippe. Keilexcision und Naht	4
Excision eines Stückes des Praeputium wegen exulc. Atherom	$2^1/_2$
Excochleation eines tuberc. Ulcus an der Stirne	3

Da wir die Haut vor dem Einstechen nicht anästhesirten, wurde der Einstich und der Beginn der Injektion in einzelnen Fällen als etwas schmerzhaft bezeichnet. Bei dem Unterlippencarcinom war nur der Schnitt und die Naht am untersten Winkel, wohin die Infiltration nicht gereicht hatte, schmerzhaft, alles Andere unempfindlich.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 18, 1893.

Bei einem Panaritium ossale war bei der Incision die Anästhesie keine vollkommene, ebenso bei einer Incision bei Periostitis des Oberkiefers.

Es ist ein grosser Vortheil dieser Art der Cocaininjektion, dass man viele Injektionen machen kann, ohne auch nur im mindesten eine Cocainintoxikation fürchten zu müssen. Eines muss aber noch erwähnt werden, nämlich, dass die starke Infiltration, das förmliche Oedem der Gewebe, das namentlich bei den Phimosenoperationen sehr auffällig war, das aber auch vor der Nath etwas ausgedrückt werden kann, die prima intentio in meinen Fällen nicht hinderte, dass dasselbe aber in Fällen, wo man während der Operation gewisse Differenzen der Gewebe genau erkennen will, etwas störend sein kann.

Es ist mir nichts bekannt geworden, dass anderwärts von dem SCHLEICH'schen Verfahren der Infiltration schon Gebrauch gemacht worden wäre. Die übertriebene Art und Weise, in der SCHLEICH die Infiltrationsanästhesie am Kongresse als geradezu in Konkurrenz mit der allgemeinen Narkose tretend hingestellt und empfohlen hat, dürfte das Vertrauen in die Methode selbst beeinträchtigt haben. Endlich möchte ich noch von dem neuesten Anästheticum zur lokalen Anästhesie, dem reinen Aethylchlorid, sprechen. Ich habe das französische Präparat aus der Lyoner Fabrik.*) verwendet. Das Aethylchlorid ist, eine farblose Flüssigkeit von angenehmem ätherischem Geruch die bei 10° C. siedet. Es wird in 10 *gr* fassenden Glasgefässen geliefert, die an dem einen Ende in ein Capillarrohr ausgezogen und zugeschmolzen sind, das etwa 2 *cm* vom Ende entfernt cirkulär eingeritzt ist. Zum Gebrauch bricht man das Röhrchen an der Marke, am besten mit einem Nadelhalter oder auch mit den durch ein Tuch geschützten Fingern, ab. Nimmt man das mit der Ausflussöffnung nach abwärts gerichtete Gefäss in die volle Hand, so genügt diese Erwärmung, dass die Flüssigkeit in einem Strahl aus dem Röhrchen austritt und zerstäubt. Den austretenden Strahl richtet man auf die zu anästhesirende Hautfläche und entfernt, während der Strahl immer diese Richtung einhält, das Röhrchen ziemlich schnell von einer Entfernung von etwa 10 *cm* bis auf eine von 25—40 *cm*. Hat man das Röhrchen zu nahe gehalten, dann wird die Hautpartie nass und das Mittel tropft und rinnt ab, wirkt der Strahl in der richtigen Entfernung ein, dann nimmt die Haut nach kürzester Zeit ($^1/_4$—$^1/_2$ Minute) im Centrum der Abkühlungsstelle eine schneeweisse Farbe an, beschlägt sich wie mit Reif, wird hart und gefühllos. Diese weisse Insel gewinnt mit fortgesetzter Zerstäubung rasch an Ausdehnung, namentlich wenn man mit dem Strahl gleichsam immer grössere Kreise um das zuerst weiss gewordene Centrum beschreibt, so dass man auf einer ein bis mehrere Thaler grossen Stelle ein solches Weisswerden erzielen kann. Solche Partien sind beim Einschneiden hart und schmerzlos. Will man bei einer tieferen oder breiteren Incision der Anästhesie ganz sicher sein, so verwende man das ganze oder fast das ganze in einem Fläschchen enthaltene Quantum; bei ganz kleinen Einschnitten genügt oft das Drittel oder die Hälfte des Inhaltes. Um den Rest aufbewahren zu können, respect. vor Verdunstung zu schützen, wurden im Anfang (ich verwende das Mittel etwa seit Juni 1892), kleine Gumikäppchen zum Ueberziehen des Röhrchenendes mitgegeben, jetzt, was besser ist, ein Gummiring, der über die Ausflussöffnung und die Mitte des Bodens ausgespannt wird.

In der Regel verdunstet der Inhalt aber trotzdem, nur im Winter kann man, wenn man das Fläschchen (auch offen) aufrecht vor das Fenster stellt, den zurückgebliebenen Rest nach kurzer Zeit ($^1/_2$—1 Stunde) weiter verwenden. Empfindliche Hautstellen, besonders im Gesicht, bestreicht man vorher leicht mit Vaselin, Oel oder Glycerin, damit kein Ekzem oder ein kleiner Schorf (ähnlich dem Chloroformschorf) entstehe. Da die Flüssigkeit sehr leicht entzündbar ist, muss man vermeiden, in der Nähe einer Flamme zu operiren. Die Anästhesie der Haut und der darunter liegenden Theile ist eine ähnliche, wie bei Zerstäubung von Aether sulf. und Hydramiläther.

Das Mittel ist für kleinere chirurgische Operationen, namentlich zur Anästhesie bei den so schmerzhaften Entzündungs- und Eiterungsprozessen an den Fingern, besonders den Nagelgliedern, zur Eröffnung von Furunkeln, Incision bei Anthrax, Operation des eingewachsenen Nagels, sehr zu empfehlen, in welchen Fällen allen es sich mir bewährt hat. Der Einstich einer Nadel zur intra- und subkutanen Cocaïninjektion in entzündetes Gewebe ist, wenn er auch an einer entfernten Stelle gemacht wird und die Nadel während der tropfenweisen Injektion allmälig ins entzündete Gewebe vorgeschoben wird, ebenso wie die letztgenannte Prozedur dennoch recht schmerzhaft; für solche Fälle eignet sich das Aethylchlorid entweder allein oder mit der SCHLEICH'schen Infiltration kombinirt.

Durch die Einwirkung der Kälte entsteht zwar auch bei Anwendung des Aethylchlorid zuerst eine brennende etwas schmerzhafte Empfindung an der betreffenden Hautstelle. Da die ganze Prozedur aber hier ungleich viel rascher vorüber geht als bei Aetherzerstäubung, scheint das Brennen hier nicht so unangenehm empfunden zu werden, da die Kranken fast nie darüber klagen.

Da die Stellen, wo das Mittel einwirkt, erstarren und hart werden, muss man sich vor der Operation genau über die Grenzen entzündlicher oder neoplasmatischer Infiltration orientirt haben, um darnach die Tiefe und Breite der Stiche oder Schnitte zu richten. Dort, wo man sich über die Beschaffenheit der Wundflächen und ihre eventuellen pathologischen Veränderungen orientiren will, eignet sich das Mittel nicht, da die Gewebe ziemlich homogen erscheinen.

Der Umstand, dass bei der Operation des eingewachsenen Nagels das Einstechen des Scheerenblattes unter den Nagel, die Durchschneidung des Nagels durch die Matrix, das Ausreissen des umschnittenen Stückes und der Bogenschnitt um die Nagelfurche absolut schmerzlos zu machen ist, liess schliessen, dass die Anästhesie bei dem Mittel ziemlich tief gehe. Es entstand ferner die Frage, ob man nicht verhältnissmässig oberflächlich liegende sensible Nervenstämme von der Haut aus anästhesiren kann und damit ihr ganzes Ausbreitungsgebiet. Es muss das erst durch weitere Versuche konstatirt werden. Für diese Annahme spricht die Wirksamkeit des Mittels bei Zahnextraktionen und bei Neuralgien.

Ich habe bisher bei Zahnextraktionen absichtlich den Aethylchloridstrahl nur äusserlich auf die Haut und die darunterliegenden Knochenwandungen des Unter- und Oberkiefers und die darinliegenden Zahnnerven wirken lassen, da dieser Vorgang für den Kranken angenehmer ist, als die Einwirkung des Mittels auf das Zahnfleisch oberhalb des betreffenden Zahnes, und da ich auch die Wirkung des Mittels auf die Nervenstämme erproben wollte. Ich habe zum Theile dort, wo wenige Weichtheile sind, wie in der Mitte des Unter- und Oberkieferalveolarfortsatzes das Mittel von aussen auf die Haut und die Wandung des Plexus dentalis über dem zu extrahirenden Zahn wirken lassen, theils auf die Gegend des Austrittes des N. alveol. superior (der die drei oberen Mahlzähne versorgt) aus dem Oberkieferknochen, also auf die Gegend vor dem Ohr, theils auf den mit dem Infraorbitalis austretenden N. dental. sup. anterior, der die übrigen Zähne versorgt, also auf die die fossa canina bedeckende Hautpartie. Unter 26 Zahnextraktionen, von denen einzelne recht schwer waren, sind nach Befragen der Kranken 18 absolut schmerzlos, 6 etwas empfindlich und 2 schmerzhaft gewesen. Ein intelligenter Kranker theilte mir mit, dass er zwar gar keinen Schmerz, aber eine unangenehme Sensation beim Fassen und Umwerfen des Zahnes verspürt habe. Es ist übrigens äusserst schwer, bei unintelligenten Ambulanten genau zu erfahren, was sie spürten.

Es wäre möglich, dass man durch weitere Versuche über die Applikationsweise des Mittels bei den verschiedenen Zähnen dahin gelangen könnte, dieselben immmer schmerzlos zu ziehen, aber selbst, wenn es nur in dem früher genannten Perzentsatz gelingt, so ist das Mittel sehr werthvoll, da die

*) GILLARD, T. MONNET, CARTLER.

Zahnextraktion sehr schmerzvoll ist und doch keine so grosse Operation, wegen welcher man sich den Gefahren einer Allgemeinnarkose aussetzen will. Es könnte sich das Mittel wohl auch für einzelne andere kurz dauernde aber sehr schmerzhafte Eingriffe in der Zahnheilkunde eignen. Schliesslich will ich nur kurz erwähnen, dass ich auch in einem Falle von Trigeminusneuralgie im zweiten Aste nach äusserlicher Applikation von einem ganzen Fläschchen auf die Haut oberhalb des Austrittes des Nerven ein Aufhören der Schmerzen erzielt habe, die am nächsten Tage in weitaus viel geringerem Grade wiederkehrten. In 6 Tagen wurde die Zerstäubung 4 Mal gemacht, vorgestern das letzte Mal. Die Frau, die zur Operation gekommen war, ist sehr zufrieden mit dem Erfolg, und wenn auch noch hie und da etwas Schmerz wiederkommt, möchte Sie jetzt nicht operirt, sondern nur mit der Zerstäubung weiter behandelt werden.

Es wird sich in Zukunft zeigen, inwieweit die zwei zuletzt erwähnten neuesten Erzeugungsarten lokaler Anästhesie sich weiter verwerthen lassen. Ich werde demnächst Gelegenheit nehmen, Ihnen die einzeln besprochenen Anästhetica, sowohl die zur allgemeinen, als die zur lokalen Anästhesie, in ihrer Anwendung am Lebenden zu zeigen.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 26. Mai 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Dr. Gleich: *Demonstration dreier cavernöser Tumoren*

I. Ein 17 jähriges Mädchen zeigte bei der Geburt ein Cavernom der Zunge, welches später so rasch wuchs und die Patientin im Sprechen und Essen so sehr behinderte, dass unter Unterbindung der Arteriae linguales zur Excision des Tumors geschritten werden musste. Jetzt ist eine lineare Narbe zu sehen, neben derselben einige kleine nachwachsende Carvernome, welche eine neuerliche Operation erheischen.

II. Der zweite Fall betrifft einen 17jährigen Mann, bei dem wegen ausgebreiteter Cavernome des rechten Ober- und Unterarmes, welche heftige Schmerzen verursachten, eine partielle Excision vorgenommen werden musste.

III. Der letzte Fall, ein 30jähriger Mann, hat am linken Gesässe ein enorm grosses Cavernom nebst ausgebreiteten Varices am Unterschenkel. Dieser Fall zeichnet sich durch seine besondere Grösse aus.

* * *

Prof. Fuchs: *Demonstration zweier Fälle von angeborener Missbildung seltener Art.*

I. Ein zwei Tage altes Kind, in dessen Familie von Missbildungen nichts konstatirt werden konnte, zeigt an der Stelle beider Augen eine über dieselben hinwegziehende Haut ohne jede Andeutung von Lidspalte und Cilien; unter der Haut ist kein Tarsus, wohl aber die Bulbi mit staphylomatös vergrösserter Cornea zu tasten, an denselben kann man associirte Bewegungen und Lichtempfindung konstatiren. Von anderen Anomalien besteht eine leichte Syndaktylie, indem die 2. und 3. Zehe des linken Fusses mit einander verwachsen ist.

Ein Fall, den Vortragender schon früher vorgestellt hatte, hatte mit einem von ZEHENDER beschriebenen Falle gemeinsam, dass beide Fälle Syndaktylie an allen Extremitäten zeigten, dass staphylomatös vergrösserte Bulbi mit Lichtempfindung vorhanden und beide Fälle Zwitter waren. Der von FUCHS vorgestellte Fall hatte die Anomalie an einem Auge, ZEHENDER's Fall dagegen an beiden Augen. Im ersten Falle hat Vortragender die Haut gespalten; da sich aber vom Bindehautsack nur ein Rudiment und ein zum Sehen untaugliches staphylomatöses Auge fand, liess er die Haut wieder verwachsen. Man bezeichnet diese Fälle als Kryptophthalmus. Ein solcher kann dadurch entstehen, dass entweder die vorgebildeten Lider durch Entzündungsprozesse wieder verwachsen, oder dass niemals Lider vorhanden waren. Da sich in keinem der in der Literatur verzeichneten Fälle Narben oder zapfenartige Anhängsel fanden, so ist die Muthmassung, dass es sich um eine Verwachsung der Gesichtsfläche mit dem Amnion handeln könnte, nicht sehr gerechtfertigt.

II. Bei einem 26jährigen Manne ist die ganze rechte Gesichtshälfte gegenüber der linken im Wachsthum zurückgeblieben, die vom Facialis versorgte Muskulatur rechts schwächer als links; der Unterkiefer weicht beim Oeffnen des Mundes ein wenig nach rechts ab; rechte Ohrmuschel verkrümmt, am Kopfe angewachsen und wie die Nase mit zapfenartigen Vorsprüngen besetzt. Am unteren Rande der Cornea des rechten Auges zwei stark behaarte Dermoidgeschwülste, im inneren Augenwinkel eine Thränensackfistel und ein Gebilde, welches wie eine zweite Karunkel aussieht. An beiden Augen komplete Abducenslähmung. Dieser Fall lässt annehmen, dass es sich hier um eine Verwachsung des Gesichtes mit dem Amnion handeln dürfte. Interessant ist die Duplicität der Dermoide und deren starke Behaarung. Vortragender will die Geschwülste abtragen und am Ohre eine kosmetische Verbesserung anbringen.

Prof. BERGMEISTER hat vor einigen Jahren ein Mädchen beobachtet, welches symmetrisch an beiden Augen Dermoide und ähnliche Missbildungen, sowie eine nur theilweise geschlossene Fissura buccalis mit hahnenkammartigen Fortsätzen hatte, die gegen das Ohr hinzogen. Auch in diesem Falle dürfte es sich um Reste amniotischer Stränge gehandelt haben.

* * *

Dr. H. Weiss: *Ein Fall von Erythromelalgie.*

Ein junges Mädchen kam auf die Abtheilung des Prof. BENEDIKT mit der fertigen Diagnose «Gelenksrheumatismus» Seit 2 Monaten bestanden heftige Schmerzen in beiden Fussgelenken, die sich bei Berührung steigerten, bei tiefem Drucke aber nicht sehr heftig waren. Haut über beiden Knöcheln intensiv geröthet. Patientin schwitzte so stark in beiden Füssen, dass das ganze Bett nass wurde, und die Haut an beiden Fussohlen wie macerirt erscheint. Die Patientin zeigt kein einziges hysterisches Stigma. Auf Applikation eines LEITER'schen Apparates auf den unteren Theil der Wirbelsäule giengen die Schmerzen und Schweisse zurück; dafür bestehen aber jetzt starke Schmerzen, intensive Röthung und Schweisssekretion in beiden Händen. Dieses Leiden ist als ein centrales aufzufassen, und unter jene Fälle einzureihen, die in der Charité als Erythromelalgie in der letzten Zeit vorgestellt wurden.

Prof. KAPOSI hält es nicht für angezeigt, für eine Summe von Erscheinungen, die man tagtäglich beobachten könne, einen eigenen Namen zu schaffen, da man unter Erythromelalgie leicht an eine neue Erkrankung denken könnte. Die Hyperhydrosis der Palmae manus und der Plantae pedis finde sich sehr oft bei Bleichsüchtigen, sowie bei Personen, welche an einem Mangel der Energie der Herzthätigkeit leiden. Der Schweiss kann die Epidermis so maceriren, dass der Papillarkörper ganz exponirt wird und in Folge der Reizung der Nerven ein eigenthümliches schmerzhaftes Stechen in den afficirten Theilen auftritt; dabei kann die Schweisssekretion eine so kolossale werden, dass die Patienten ganz berufsunfähig sind. Dieser Zustand kann gewiss als eine vasomotorische Erscheinung aufgefasst, aber auch durch psychische Momente ausgelöst werden. Dazu gesellen sich Cyanose, eigenthümliche Neuralgien, trophische Störungen u. s. w., so dass die Fingerbeeren ganz verunstaltet werden können. Das Leiden findet sich meist bis zur Pubertät, seltener bei Erwachsenen, dauert meist 3—5 Jahre und hört auf, wenn die Herzthätigkeit energischer wird. Für jeden Fall handelt es sich hier nur um einen Mangel der Energie der Gefässinnervation. Vortragender berichtet über einen Arzt, welcher durch ein solches Leiden durch 8—10 Jahre ganz berufsunfähig wurde, mit der Zeit aber davon genas.

Dr. WEISS erwidert, dass Prof. BENEDIKT selbst gegen die Bezeichnung «Erythromelalgie» Stellung nehme und dieses Leiden lieber als «schmerzhaften Schweissfuss» bezeichnet wissen wolle.

* * *

Dr. Maximilian Sternberg: «*Ueber Lähmung und Krampf*».

Nach der gegenwärtig allgemein acceptirten Anschauungsweise pflegt man sich die Beziehungen zwischen den organischen Erkrankungen des Nervensystems und den durch sie hervorgerufenen Störungen der Motilität durch ein Schema zu versinnlichen, welches drei Bahnen enthält: 1. die Bahn von der motorischen Ganglienzelle des Vorderhorns zum Muskel, 2. die Pyramidenbahn, welche von der Hirnrinde zur motorischen Ganglienzelle führt, 3. eine sensorische Bahn von den Hintersträngen zur motorischen Ganglienzelle, welche den Sehnenreflex vermittelt. Eine Läsion der Bahn 2 setzt eine «cerebrospinale spastische Lähmung», eine Läsion der Bahn 1 eine «spinoperipherisch schlaffe Lähmung»; die erstere ist mit Contractur und Steigerung der entsprechenden Sehnenreflexe verbunden, die zweite mit Herabsetzung oder Verlust der Sehnenreflexe. Eine Läsion von 3 verursacht keine eigentliche Lähmung, sondern Ataxie mit Verlust der Sehnenreflexe; eine kombinirte Läsion von 2 und 3 erzeugt schlaffe Lähmung mit Verlust des Sehnenreflexes. Die prägnanten obigen Ausdrücke rühren von Ross her.

Mit dieser herkömmlichen Vorstellungsweise stehen eine Reihe von Thatsachen im Widerspruche. Hievon hebt der Vortragende hervor: 1. die Thatsache, dass die Contracturen bei Rückenmarkserkrankungen in der Regel anderer Art sind, als bei Hirnerkrankungen, während nach dem üblichen Schema nur eine Art von spastischer Lähmung möglich ist, 2. die Fälle von Querschnittsläsion im Rückenmarke mit schlaffer Lähmung und Verlust der Sehnenreflexe in den unterhalb der Läsion gelegenen Körpertheilen, wie ein solcher z. B. jüngst von Wagner veröffentlicht wurde, 3. gewisse Fälle von Contractur mit Fehlen der Sehnenreflexe bei bestehender absteigender Degeneration der Pyramidenbahnen. Die verschiedenen Versuche, das Schema zu ergänzen und die erwähnten Ausnahmsfälle damit in Einklang zu bringen, sind sämmtlich ungenügend.

Der Vortragende gibt nun ein Resumé seiner eigenen jahrelangen Untersuchungen über diese Fragen. Er hat systematische Experimentaluntersuchungen über die Sehnenreflexe mit den Hilfsmitteln des Wiener physiologischen Institutes ausgeführt, Krankenbeobachtungen an der Klinik weiland Meynert und der Abtheilung Redtenbacher angestellt, pathologisch-anatomische Untersuchungen durchgeführt und die Oirginalkrankengeschichten der gesammten einschlägigen Literatur durchgearbeitet.

Die Sehnenreflexe sind wahre Reflexe. Ein jeder von ihnen ist von einem Mechanismus abhängig, welcher aus dem im Rückenmarke gelegenen Reflexcentrum und einem darauf wirkenden «Beeinflussungsapparate» besteht. Der letztere setzt sich aus drei Abschnitten zusammen, die im Rückenmarke, den grossen subcorticalen Ganglien und der Hirnrinde gelegen sind. Er wird durch sensorische Einflüsse von der Peripherie aus fortwährend in Thätigkeit erhalten und sendet dem Reflexcentrum hemmende und bahnende (verstärkende) Einflüsse zu. Für diese sind drei Bahnen anzunehmen: 1. kurze intersegmentäre im Rückenmarke, 2. die «indirekte cortico-muskuläre Bahn» Flechsig's, welche wahrscheinlich auch aus kurzen Bahnen zusammengesetzt ist, 3. die Pyramidenbahn. Das Gleichgewicht aller hemmenden und bahnenden Einflüsse bedingt das normale Verhalten eines Sehnenreflexes. Die anatomische Grundlage für diese Verstellungsweise geben die neueren Untersuchungen über Anatomie des Centralnervensystems von Golgi, Ramon y Cajal, Köllicker u. s. w.

Unter pathologischen Bedingungen kann die Funktion des Reflexmechanismus mannigfache Störungen erleiden. Die Läsionen zerfallen je nach ihrer Lokalisation im Mechanismus eines Sehnenreflexes in periphere, reflexocentrale, d. h. solche, welche das Reflexcentrum treffen, und supracentrale, d. h. solche, die den übergeordneten Beeinflussungsapparat treffen. Eine jede Läsion vermag sowohl eine unterbrechende, als ein reizende Wirkung zu entfalten. Läsionen im Beeinflussungsmechanismus können bahnende oder hemmende Einflüsse sowohl reizen als lähmen. Mit Hilfe dieser Anschauungsweise lassen sich alle Fälle befriedigend erklären, so z. B. die Rückenmarkscompression mit schlaffer Lähmung. Indem nämlich eine Querschnittsläsion die Einflüsse von den über ihr gelegenen Theilen des Beeinflussungsmechanismus abschneidet, vermag sie, wenn sie dauernd eine reizende Wirkung entfaltet, in dem zwischen ihr und dem Reflexcentrum gelegenen Rückenmarksabschnitte, Hemmungen in Thätigkeit zu erhalten und vermittelst der «Strangzellen» auf das Reflexcentrum zu wirken, auch wenn die Pyramidenbahn durch absteigende Degeneration ausgefallen ist.

Für die Kontrakturen, ein argverworrenes Gebiet der Pathologie, ist zunächst eine Verständigung über die Nomenclatur nöthig. Das Wort «contractura» wird im medizinischem Sinne erst am Ausgange des Mittelalters gebraucht. Theophrastus Paracelsus hat in seiner Monographie «de contractis membris» den Begriff in der Weise gefasst, wie ihn die Chirurgie auch heute gebraucht, nämlich im weitesten Sinne, für «dauernde Fixation eines Gelenkes». Jede andere Verwendung des Wortes, insbesondere jede Einschränkung des Begriffs ist etwas künstliches und führt zum Widerstreite mit dem Sprachgebrauche, daher zur Unklarheit. Beschränkt man sich auch auf die sogenannten neuropathischem Kontrakturen, so ist eine Abgrenzung zwischen «Kontraktur» und «tonischem Krampf» unmöglich, weil die jetzt übliche Terminologie gänzlich schwankend ist. Daher ist es besser, den Begriff Contractur im weitesten, traditionellen Sinne zu gebrauchen und desto genauer die einzelnen Formen zu studiren.

Der Vortragende unterscheidet nach der Beziehung zu den Sehnenreflexen drei Gruppen von Kontrakturen: 1. solche, welche konstant mit Steigerung der Sehnenreflexe verbunden, sind: «reflexophile», 2. solche, welche konstant mit Herabsetzung oder Verlust der Sehnenreflexe verbunden sind: «reflexodepressorische», 3. solche, welche ohne Einfluss auf die Sehnenreflexe sind, sowohl bei gesteigerten, als bei fehlenden auftreten können: «reflexoneglectorische» (negligere = vernachlässigen). Diese Eintheilung ist nicht blos auf ein äusserliches Kennzeichen gegründet.

Die reflexophilen Kontrakturen sind bei peripheren oder supracentralen Erkrankungen zu finden. Sie sind im Einklange mit den Erörterungen von Charcot, Strümpell, Falma u. s. w. — als Reflexerscheinungen aufzufassen. Sie entstehen unter denselben Bedingungen wie die Steigerung der Sehnenreflexe. Bei peripheren Erkrankungen beruhen sie auf Bahnung und stellen ein Schutzmittel des Organismus gegen schädliche Eingriffe dar (Gelenkserkrankungen). Bei supracentralen sind sie Effekt von Gleichgewichtsstörung im Reflexmechanismus (Rückenmarkserkrankungen u. Ae.).

Die reflexodepressorischen Kontrakturen zerfallen in peheriphere, reflexocentrale und supracentrale. Die peripheren beruhen auf Muskelerkrankung (Myositis, Trichinose, bindegewebige Entartung der Muskeln verschiedenen Ursprungs) der Verlust der Sehnenreflexe auf Schädigung der kontraktilen Substanz. Die reflexocentrale Form lässt sich am Trismus bei Erkrankungen im Bereiche des motorischen Trigeminuskerns studiren. Die supracentralen Kontrakturen mit Herabsetzung der Sehnenreflexe finden sich bei Rückenmarks- und Hirnerkrankungen, u. zw. bei «progressiven Läsionen»: Tumoren, Abszesse, Hämatom der Dura; multiplen Erweichungen u. s. w. Sie entstehen dadurch, dass mit dem Impulse zur dauernden Muskelaktion gleichzeitig eine Hemmung für den Sehnenreflex ins Rückenmark gesendet wird. Sie finden sich auch bei absteigender Degeneration der Pyramidenbahn, indem dann die Impulse die indirekte motorische Bahn, resp. die kurzen intersegmentären Bahnen des Rückenmarks durchlaufen.

Die reflexoneglectorischen Kontrakturen sind pheripheren oder centralen Ursprungs. Peripher bedingt ist die «nutritive Verkürzung» der Muskeln, welche bei dauernder Annäherung ihrer Ansatzpunkte eintritt. Sie addirt sich häufig zur reflexophilen Kontraktur hinzu. So bildet sie mit ihr zusammen die gewöhnliche «hemiplegische Kontraktur». Zu den centralen Kontrakturen, welche unabhängig von den Sehnenreflexen sind, gehören verschiedene, z. B. noch wenig studirte Zustände tonischen Krampfes, so die «paradoxe Kontraktur» Westphal's, tonische Krämpfe bei Tabes, multipler Sclerose etc., Zwangsstellung bei Hirnleiden, die «athetotischen Kontrakturen» u. s. w.

Für die Kontrakturen bei *toxischen* und «*funktionellen*» Erkrankungen, lassen sich mit Hilfe des Verhaltens der Sehnenreflexe und des auseinandergesetzten Schemas manche Aufschlüsse über die Beziehungen zu den Centralorganen erhalten. So gehör z. B. der tonische Krampf der Tetanie zu den typischen reflexo-depressorischen Kontrakturen. *Dr. Em. Mandl.*

Wiener medicinischer Club.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Sitzung vom 24. Mai 1893.

Dr. Erben: *Demonstration und Besprechung eines Nervenfalles.* (Autoreferat.)

Hier ist ein Mann vor Ihnen, dessen beide Hände an die Krallenhand erinnern; beiderseits sind der Daumen- und Kleinfingerballen geschwunden, auch die übrigen kleinen Handmuskeln sind atrophisch. An beiden Vorderarmen vermisst man die Kontur der vom Ulnaris versorgten Muskeln, die Deltoidei sind beiderseits abgeflacht und atonisch. Entsprechend der Atrophie ist die Kraft dieser Extremitäten vermindert. In der Nähe wird Jeder erkennen, dass die atrophischen Muskeln fibrillär zucken. Diese Amyotrophien werden Sie Alle als spinale erkannt haben. Wenn der Mann einige Schritte macht, sehen Sie, dass er besonders den rechten Fuss am Boden schleift, dass er das rechte Knie steif hält, und dass er sich in kleinen Schritten fortbewegt; er demonstrirt Ihnen damit einen spastisch-paretischen Gang. Seine tiefen Reflexe sind an den oberen und unteren Extremitäten durchaus erhöht, der Tonus an beiden Biceps femoris und den Adductoren ist derart vermehrt, dass der dadurch gegebene Widerstand bei passiven Bewegungen der Oberschenkel nicht überwunden werden kann. Keine Empfindungsqualität zeigt eine Alteration. Der Kranke bietet also ein durchaus motorisches Krankheitsbild und Sie machen die Diagnose *amyotrophische Lateralsclerose.*

Doch wäre das zu wenig, um ihn in unserem Kreise vorzustellen. Jetzt erst bitte ich um Ihre Aufmerksamkeit. Sie sehen die schlaffen Gesichtszüge des Kranken, horchen Sie auf seine hesitirende Sprache, achten Sie auf die Paraphasie bei den Sprechproben und auf die Vergesslichkeit beim Nachsagen eines zusammengesetzten Wortes, er selbst sagt Ihnen, wie ihn das Gedächtniss für die geläufigsten Dinge in seinem Berufe (er ist Zimmermann) in den letzten Jahren verlassen hat. Sie erfuhren eine Reihe von Merkmalen, welche sich auf cortikale Störungen beziehen.

Die degenerative Atrophie in den Muskeln verräth uns einen Prozess in den Vordersäulen des Rückenmarks, die spastischen Phänomene deuten auf eine Leitungsunterbrechung in den Pyramidenbahnen. Es sind hier also zwei der angenommenen Systeme erkrankt, das System der Vorderhörner und das der Pyramidenbahn; eine *kombinirte Systemerkrankung*, sie betrifft zwei Systeme, die innerhalb des Rückenmarks räumlich auseinander liegen. Man hat die Pathogenese darum lange nicht verstanden, bis es zuerst KAHLER und PICK gelungen war, in einem Falle von amyotroph. L. die Degeneration der Pyramidenbahn durch den Pons, Hirnschenkel und intracerebral bis zu deren centralem Ende in den motorischen Ganglienzellen der Centralwindungen und Paracentrallappen zu verfolgen; in der letzten Zeit berichteten noch CHARCOT und MARIE, sowie ein schwedischer und russischer Beobachter über gleiche Befunde. Dies schlug ein und nun ergibt sich der Zusammenhang der anatomischen Veränderungen darin: Es erkrankt bei der amyotroph. L. der cortico-muskuläre Apparat auf seiner ganzen Strecke, angefangen von den Ganglien der Centralwindungen durch die Pyramidenkreuzung hindurch und in seinem intramedullaren Verlauf; hier tritt jede der motorischen Bahnen an die entsprechende Ganglienzelle, im Vorderhorn (dieser gleichwerthig sind für die bulbären Nerven die Ganglien der bulbären Kerne), die sich mit ihrem Riesenausläufer — periphere Nervenfaser — nach entsprechender Auftheilung an die Muskelfibrille mittels der Endplatte anlegt.

Darauf will ich nicht eingehen, wie man sich zurechtlegt, warum in dem einen Fall mehr der Muskelschwund und im anderen mehr die spastischen Symptome überwiegen, so dass Uebergänge zwischen der spinalen Muskelatrophie und der amyotroph. L. existiren; der Prozess ist eben bei beiden Krankheitsbildern der gleiche, es ist ein Prozess der motorischen Bahn. Leicht wird es dadurch auch verständlich, wie sich zu unserer Symptomengruppe häufig bulbäre Phänomene anreihen.

Dass man selbst *im Leben* die Mitbetheiligung der Centralwindungen bei der amyotroph. L. nachweisen kann, wollte ich durch diesen Fall Ihnen demonstriren.

* * *

Dozent Dr. Freud: *Die hysterischen Lähmungen.*

Vortragender berichtet, dass er in den Jahren 1885 und 1886 mit seinem Lehrer CHARCOT einen lebhaften Meinungsaustausch über so manche Themen aus der Neuropathologie gepflegt habe, die meistentheils die hysterischen Neurosen betrafen. Seit 7 Jahren also beschäftigte er sich mit dieser Frage, der Schluss derselben habe sich aber erst aus der gemeinsamen Arbeit mit Dr. BREUER ergeben.

Um ein richtiges Urtheil über das Wesen der hysterischen Lähmungen zu bekommen, muss man dieselben mit den organischen Lähmungen vergleichen. Die motorische Bahn, welche die Gehirnrinde mit der Muskulatur verbindet, wird seit MEYNERT in drei Strecken eingetheilt, doch lassen sich die Lähmungen entsprechend denselben nicht in drei verschiedene Arten gliedern. Die neuere Gehirnanatomie kennt nur zwei Strecken der anatomischen Bahn, und zwar reicht die eine von der Rinde bis in die Nähe der Vorderhornzellen, die zweite von der Ausbreitung der Vorderhornzellen bis zu den Muskeln. Die Histologie des Nervensystems spricht von neuro-fibrillären Einheiten, die sich scharf von einander absetzen. Die Klinik kennt nur zwei Arten von Lähmungen, die *peripher-spinale* und die *cerebrale* Lähmung. Die Erstere ist detaillirt, es kann bei ihr jeder einzelne Muskel für sich gelähmt sein, unabhängig von seinem Nachbar, während Letztere eine Lähmung en masse ist, ganze Abschnitte oder komplicirte Apparate betrifft. Wohl kann sich die cerebrale Lähmung detailliren, aber ihre Einschränkung ist keine freie, es kann kein beliebiger Theil isolirt gelähmt werden. Der Grundsatz der ganzen Anatomie ist der: Es gibt keinen Theil des Körpers, welcher mit der höheren grauen Station (Rindengrau) direkt verbunden wäre, ohne dass er die niedrigere Station (Rückenmark) passirt hätte; jeder einzelne Muskel hat sein zugehöriges Stück im Rückenmarksgrau. Die Peripherie ist geradezu projicirt auf das Rückenmarksgrau und es ist daher für die peripher-spinale Lähmung der Namen *Projectionslähmung* empfehlenswerth, für die cerebrale Lähmung der Namen *Repräsentationslähmung*, da vom Rückenmark zur Peripherie viel mehr Fasern gehen als vom Rückenmark zum Gehirngrau, so dass die vom Gehirn kommenden Fasern mehrere Punkte vertreten.

Die Hysterie ahmt aber nur die *cerebrale* Lähmung nach, während die Projectionslähmung kein Analogon unter der hysterischen Lähmung hat. Es gibt keine hysterische Facialis-, Radialis-, Ulnarislähmung u. s. w.

Die hysterischen Lähmungen unterscheiden sich von den cerebralen aber noch durch Folgendes:

1. Während es der cerebralen Lähmung schwer fällt, sich zu isoliren, können sich die hysterischen Lähmungen viel leichter dissociiren, sie geniessen dieselbe Freiheit wie die peripher-spinalen, sich einen beliebigen Theil auszusuchen.

2. Die Hysterie hat die Neigung zur excessiven Ausbildung; so bleiben z. B. dem Aphasischen stets noch einige Worte, während der Hysterisch-Aphasische absolut stumm ist. Diese zwei Charaktere (gesteigerte Intensität und Verwischung der Detaillirung) können sich nun kombiniren und gerade in dieser Vereinigung liegt der Hauptunterschied zwischen der hysterischen und cerebralen Lähmung.

3. Bei der cerebralen Lähmung ist die leichtere Funktion besser erhalten als die schwerere, was bei der Hysterie nicht der Fall ist. Spricht z. B. Jemand deutsch als Muttersprache, französisch als später erworbene Sprache und wird er aphasisch, so behält er

zum Theile das Vermögen, deutsch zu sprechen, während ihm das französische verloren geht; bei der Hysterie ist dies umgekehrt.

4. Bei der Hysterie finden sich nicht gewisse Associationen von Lähmungen, wie bei der organischen Lähmung; so findet sich z. B. bei der Hysterie nicht Facialislähmung und Lähmung der oberen Extremität; rechtsseitige Hemiplegie und motorische Aphasie u. s. w.

5. Gewisse Lähmungen kommen bei der Hysterie überhaupt nicht vor, so z. B. Hemianopsie; es sind auch alle Versuche, eine solche in der Hypnose zu erzeugen, misslungen, während sich sonst alle anderen Lähmungen bei der Hysterie reproduciren lassen.

6. Charakteristisch ist ferner das verschiedene Verhalten der Motilität und Sensibilität. Bei der organischen Lähmung überwiegt die Motilitätsstörung gegenüber der Sensibilitätsstörung, während dies bei der Hysterie gerade umgekehrt ist.

Woher kommen nun die Eigenthümlichkeiten der organischen und der hysterischen Lähmung? Die Eigenthümlichkeiten der cerebralen Lähmung hängen zusammen mit der Gehirnanatomie. Jede organische Lähmung kann durch die Gehirnanatomie begründet werden, umgekehrt aber schliessen wir auch aus der Eigenthümlichkeit der cerebralen Lähmung auf die Struktur des Nervensystems. Die hysterische Lähmung kann durch die Gehirnanatomie nicht erklärt werden. Es fragt sich nun, welche Art der Läsion haben wir bei der hysterischen Lähmung anzunehmen? Man hat für die Entstehung derselben Oedem und Gefässkrampf beschuldigt und nannte eine solche Lähmung eine dynamische. Man verwechselte dabei aber die Ausdrücke «dynamisch» und «flüchtig», da das Oedem nichts Anderes ist als eine organische Läsion, die aber schwinden kann. Ein Oedem kann aber nie so excessive und isolirte Lähmungen machen, sondern musste auch wieder eine organische Lähmung zur Folge haben, so dass die hysterische Lähmung nicht durch solche Läsionen erklärt werden kann. Wir nehmen also an, dass es sich bei der hysterischen Lähmung an der betreffenden Stelle der Rinde um eine Veränderung der Funktion handelt, aber ohne dass eine anatomische Veränderung stattfinden würde. Die hysterischen Lähmungen benehmen sich so als ob es keine Gehirnanatomie geben würde. Die Hemianopsie kommt bei der Hysterie nicht vor, weil die Hysterie von einer solchen nichts weiss. Die hysterische Lähmung wird stets beherrscht von der Vorstellung der Funktion, die cerebrale Lähmung von der Gehirnanatomie. Die hysterische Lähmung des Armes besteht z. B. darin, dass die betreffende Person die Innervationsvorgänge des Armes nicht treffen kann, dass der Vorstellungskreis für diesen Arm unerregbar ist. Die hysterische Lähmung besteht in einer associativen Unzugänglichkeit des betreffenden Vorstellungskreises. Wenn z. B. Jemand eine hysterische Armlähmung besitzt, so steckt dieser Arm in der Erinnerung eines hysterischen Traumas, das derzeit unerledigt ist, und der Arm versagt sich für eine andere Association, obwohl das Centrum für die Armbewegung intakt ist. Die hysterische Lähmung ist funktioneller Natur und ist meist mit psychischen Vorgängen in Verbindung zu bringen.

Dr. Herz bemerkt, dass es möglich sei, die hysterische Lähmung auf anatomische Veränderungen zu stützen, wenn man sich vorstellt, dass es isolirte Zellen gibt, deren freie Enden sich an einander legen. Die Zelle, welche den Arm versorgt, steht z. B. in Verbindung mit Zellen, welche es ermöglichen, von der Peripherie Wahrnehmungen aufzunehmen. Ziehen diese Zellen ihre Fortsätze ein, so tritt eine Unterbrechung ein und es istein Weg gefunden, eine anatomische Läsion für die Hysterie aufzufassen, so dass die Theorie der funktionellen Veränderungen fallen gelassen werden kann.

Dozent Freud erwidert, dass keine anatomische Läsion, welcher Art sie immer sei, die Eigenthümlichkeiten der hysterischen Lähmung erklären könne. Dr. Herz habe nur eine andere Art der Unterbrechung gezeigt, die aber wieder nur eine organische Lähmung bewirken könne.

Dr. Em Mandl.

Société de dermatologie et de syphiligraphie zu Paris.

Sitzung vom 9. März 1893.

Dr. Quinquaud: Ueber trophische Affekt on der Hand und des Vorderarmes.

Dr. Quinquaud stellt der Gesellschaft einen 50jährigen Mann vor, der eine ganze Reihe kleiner rundlicher Brandschorfe in Dimensionen eines 50 Centimes-Stückes aufweist. Dieselben liegen entsprechend den letzten Verästelungen des nervus cubitalis. Im Anfang ähnelten sie einem vesiculösen Ekzem, indessen zeigte jedes Bläschen sehr bald Neigung zum Verschorfen. Es bestand vollkommene Unempfindlichkeit gegen Druck, ausserdem Unempfindlichkeit gegen Temperatur-Unterschiede, Unempfindlichkeit gegen schmerzhafte Reize in der betreffenden Gegend der oberen Extremitäten. An der oberen Grenze der erkrankten Zone fand man an einigen Punkten die Sensibilität erhalten, an anderen einzelne Qualitäten fehlend, andere noch vorhanden. So konnte man an einzelnen Punkten der oberen Grenze des erkrankten Gebietes die Contact-Empfindlichkeit noch konstatiren, während Analgesie und Thermoanästhesie bestand. Objektiv war eine erhebliche Herabsetzung der Temperatur in der betreffenden Gegend nachweisbar. Umfangreiche Untersuchungen führten Verfasser zu dem Resultat, dass es sich um eine exquisite Neuritis handelte. Verfasser glaubt somit, dass es sich hier um ascendirende Neuritis im Anschluss an eine Verwundung zweier Finger handelte, welche die qu. Erkrankung zur Folge hatte. Die Behandlung bestand in antiseptischem Verbande der Ulceration und Watte-Einwickelung des Vorderarmes. Unter dem Einfluss derselben beobachtete man ein Verschwinden der Läsionen. Nachdem jedoch die Behandlung ausgesetzt war, vergrösserten sich die Geschwüre wieder. Besonders weist Vortragender an dieser Stelle auf die Nothwendigkeit der stricten Durchführung der antiseptischen Behandlungsmethode hin, zumal es auf Grund der vorliegenden Untersuchung sicher ist, dass es sich, was bisher stets verkannt worden, um Mikroben-Invasion in die Geschwüre handle. Was die Prognose der Affektion anlangt, so glaubt Verfasser, dass dieselbe nicht so ungünstig ist, wie man bisher anzunehmen geneigt war. Er hält eine wenn auch erst nach langer und mühevoller Behandlung eintretende Besserung für wahrscheinlich.

* * *

Dr. Lejars: Doppelter syphilitischer Schanker der dorsalen Fläche des Daumens und Zeigefingers durch Biss.

Nachdem vor kurzem Fournier eine Reihe von interessanten Beobachtungen syphilitischer Ulcerationen an der Hand publicirt hat, berichtet Vortragender über einen jüngst von ihm beobachteten ähnlichen Fall von atypischer Lokalisation des Schankers. Derselbe betrifft einen 30jährigen starken und kräftigen Mann, welcher verflossenen Sommer gelegentlich seiner Thätigkeit als Schwimmmeister mit einem Gaste in Streit gerieth und hierbei seinem Gegner einen Faustschlag auf den Mund versetzte. Er traf die obere Zahnreihe seines Gegners und fügte sich auf diese Weise eine doppelte Wunde an der Dorsalfläche des gekrümmten Daumens und Zeigefingers im Bereiche der Articulatio interphalangea der betreffenden Glieder zu. Die beiden kleinen Wunden schlossen sich sehr schnell. Einen Monat später wurde die Haut über beiden Narben etwas erhoben und es bildeten sich nun 2 Ulcerationen, welche langsam zunahmen und sich sehr schnell mit wuchernden Granulationen bedeckten. Zur Zeit der Aufnahme des Patienten in das Hospital ähnelten die beiden Wundflächen nichts weniger als Schanker. Am Zeigefinger beobachtete man eine die Grösse eines Zweifrancs-Stückes übertreffende Wunde, welche die gesammte Dorsalfläche des I. Interphalangeal-Gelenkes einnahm. Sie war oval, ihr Rand bläulich-violett, umgeben von Haufen von der Unterlage abgelösten Eperdermoidalzellen, der Grund mit kreisförmigen dunkelrothen Granulationen bedeckt, die Basis des Geschwürs weiss. Die Geschwüre waren äusserst schmerzhaft, an der Innenfläche des Armes fand man einen dicken 2—3 Finger breiten, ziemlich festen Strang, welcher sich bis zum oberen Drittel des Oberarmes erstreckte. Zwei Monate nach dem Biss führte Verfasser die Excision der

beiden Ulcerationen aus, die Wunde wurde mittels Jodoformverbandes verbunden und heilte schnell. Drei Wochen später erkrankte Patient unter Symptomen der Dysphagie und Dyspnoe. Bei der Untersuchung entdeckte man eine typische Roseola, Plâques muqueuses im Rachen etc. Die Diagnose war somit völlig zweifellos. Patient wurde sofort einer energischen Schmierkur unterworfen. Sehr bald entwickelte sich Effluvium capillitii, ausserdem zeigten sich Plâques der Mundschleimhaut, welche sehr hartnäckig blieben rauhe Stimme, heftiger Husten, Dysphagie, das Allgemeinbefinden des Patienten selbst wurde täglich schlechter. Die Wunden selbst blieben geschlossen, die Schleimpapeln in der Innenfläche des Unterarmes waren verschwunden. Nach einer sorgfältigen kombinirten Bäder- und Frictionsbehandlung genas Patient. Gegenwärtig befindet sich am Daumen eine schmale Narbe, am Zeigefinger besteht eine kleine Ulceration, welche nichts Besonders darbietet und zweifellos darauf zurückzuführen ist, dass Patient viel in Berührung mit reizenden und schmutzigen Stoffen kommt.

In der sich an den Vortrag anschliessenden Diskussion berichtete Dr. THIBIERGE über eine ähnliche von ihm vor einigen Monaten gemachte Beobachtung, welche er anfänglich für eine tuberkulöse Knochen-Affektion gehalten hatte.

(Allgem. Med. Central-Zeitung Nr. 34, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Syphilis und die venerischen Krankheiten.

Von **Dr. Ernest Finger,**
Dozent an der Universität in Wien.

Dritte wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage.

Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1892.

Bei dem Umstande, als das Studium der venerischen Krankheiten nach der bestehenden Lehrordnung immer noch dem Eigenfleisse der Studirenden anheimgestellt ist, kann das Erscheinen einer 3. Auflage eines, das Spezialfach behandelnden Lehrbuches, das seiner Bestimmung nach — dem Lernenden eine rasche Orientirung in der Disziplin zu ermöglichen, seinen Leserkreis doch hauptsächlich aus der Reihe der Studirenden rekrutirt — als ein grosser Erfolg bezeichnet werden, zumal wenn dieselbe nach so kurzem Zeitraume der 2. Auflage folgt, wie dies beim FINGER'schen Lehrbuche der Fall ist.

Was Inhalt und Rahmen anbetrifft, hat die Neuauflage entsprechend den geringen Fortschritten, die in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Syphilisforschung zu verzeichnen sind, keine wesentliche Aenderung erfahren, und ist die in der Aufschrift angekündigte Vermehrung hauptsächlich auf die Einschaltung der im Jahre 1890 (Archiv für Dermatologie und Syphilis) veröffentlichten Syphilistheorie des Verfassers zu beziehen.

Von den modernsten bakteriologischen Prinzipien ausgehend, unterscheidet Verfasser die Wirkungen des syph. Virus, wie sie sich in dem Primäraffekte, dann Roseolis, Papeln und all den Herdsymptomen der sekundären Periode kundgeben, von den Folgen der Stoffwechselprodukte der Bakterien.

Die Stoffwechselprodukte sind vor dem Auftreten der Syphilide in der Eruptionsperiode zu konstatiren: Fieber, Abgeschlagenheit, Glieder- und Gelenkschmerzen mit nächtlicher Exacerbation, rasch vorübergehende Albuminurien, kurz dauernder Ikterus, Schwankungen der Reflexerregbarkeit, Neuralgien, Hyperämien der Netzhaut etc. sind viel zu ephemere, wechselnde Erscheinungen, als dass man sie durch örtliche Herde des Virus bedingt glauben könnte; so sind auch die chloranämischen Erscheinungen der Sekundärperiode, ferner die Alopecie, Seborrhoe etc. durch Toxine des Virus bedingt. Die bald nach dem Auftreten des Primäraffekts zu constatirende Immunität sei durch chemische Umstimmung vermittelst der Ptomaine zu erklären, ähnlich das PROFETA'sche und COLLES-BEAUMÉS'sche Gesetz.

Das Tertiärstadium betrachtet FINGER als eine durch die Syphilistoxine erzeugte chronische Intoxication, eine spezifische Kachexie, die tertiären Symptome sind ihm, wie ja auch manchem vor ihm, keine syphilitischen mehr, sie sind nicht contagiös, nicht vererbbar, mit Reinfektionen verträglich, vom Jod als Specificum, vom Mercur schwer zu beeinflussen.

Obgleich nun die, auf Analogieschlüsse aufgebaute, höchst interessante Infektionstheorie an sich sehr sinnreich und consequent durchgeführt ist und andererseits der Verfasser auch Sorge getragen hat, die einzelnen, aus seiner Hypothese ableitbaren Erklärungsversuche der verschiedenen Phänomene und Gesetze, durch Anwendung kleiner Druckschrift vom Thatsächlichen, Feststehenden auch äusserlich zu trennen, so können wir doch nicht umhin, bei der durchaus unsicheren Stellung, welche die Toxine in der Pathologie einnehmen, die Aufnahme einer Theorie, die von der Existenz von Stoffwechselprodukten selbst noch unbekannter Mikroorganismen ausgeht, in ein Lehrbuch als bedenklich zu bezeichnen.

Die dem Buche beigegebenen, musterhaft ausgeführten Abbildungen histologischer Veränderungen haben durch Aufnahme einer, der Abhandlung des Verfassers über «Chronische Urethralblenorrhoe» (Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1891, I.) entnommene chromolithographirte Tafel, eine instruktive Bereicherung erfahren

Die Ausstattung auch dieser Auflage verdient in Hinsicht auf Reinheit des Druckes und getreue Wiedergabe der Abbildungen als besonders gelungen hervorgehoben zu werden. *N.*

Die animalischen Nahrungs- und Genusmittel des Menschen.

Mit Berücksichtigung der österreichischen und deutschen Gesetzgebung.

Von **August Postolka** und **Anton Toscano**,
beamtete Thierärzte der Stadt Wien.

Zum Gebrauche für Thierärzte, Sanitätsbeamte und Physikatskandidaten

Mit 33 Abbildungen.

Verlag von Moritz Perles. Wien 1893.

Das in diesem Werke niedergelegte Materiale entspricht vorwiegend den von Verfassern gelegentlich des Dienstes auf den grossen Märkten und in den Schlachthäusern der Stadt Wien gemachten Erfahrungen, wobei dieselben bemüht waren, alle auf die animalischen Nahrungsmittel bezughabenden, wichtigen gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen anzuschliessen. Die Herausgabe des Werkes entsprach der Absicht, den mit der Kontrole der animalischen Nahrungsmittel des Menschen betrauten Sanitätsbeamten einen Behelf zu bieten, welcher den Bedürfnissen der Praxis entsprechen sollte, was den Verfassern auch trefflich gelungen ist. *E K.*

Zeitungsschau.

Prof. A. Pick (Prag): **Ueber reflektorisch von der Nase aus ausgelöste psychopathische Erscheinungen.*)** — (Prager Medizinische Wochenschrift Nr. 16, 1893.)

Während die Lehre von den reflektorisch von der Nase aus hervorgerufenen Neurosen nach verschiedenen Wechselfällen einen gewissen gesicherten Standpunkt erreicht, fehlt trotz eines vielversprechenden Anfangs vorläufig noch fast gänzlich das nöthige Material an Thatsachen für die Feststellung etwaiger ähnlicher Beziehungen zwischen Nasenleiden und Psychosen; einen Beitrag dazu zu liefern ist der Zweck der nachstehenden Mittheilung.

Sehen wir ab von einer älteren Mittheilung von SAUVAGES aus dem vorigen Jahrhundert, der 2 Fälle von Psychosen berichtet in Folge von Larven in der Nasenhöhle und von einer Erwähnung ARNDT's von einem Falle, der durch Behandlung der bestehenden Nasenaffektion geheilt wurde, so reducirt sich, soviel man übersehen kann, der Rest auf zwei kurz erwähnte Fälle HACK's, desjenigen

*) Bei der Wichtigkeit des hier behandelnden Gegenstandes bringen wir denselben ausführlich. Die präzise Darstellung gestattet auch nicht leicht eine Kürzung.

Autors, der bekanntlich soviel für die Lehre von der nasalen Reflexneurose geleistet.

Im Anschluss an die Mittheilung von reflektorisch von der Nase aus ausgelösten Erscheinungen, die er als Aequivalente des Asthma's ansieht, Alpdrücken, Angstanfälle, Herzklopfen u. A. berichtet er über zwei Fälle, von denen er selbst sagt, dass sie den Beweis dafür erbringen, dass — ebenso wie von anderen Organen aus — auch von den Nasenschleimhäuten aus psychische Alterationen ihren Ausgangspunkt nehmen können; der erste betrifft eine Frau, bei der asthmatische Anfälle mit Zuständen einer sinnverwirrenden Angst abwechselten, in denen die Patientin den Gedanken nicht los werden konnte, sie könne ihre Umgebung durch Nadeln und andere unbedeutende Gegenstände in die grösste Lebensgefahr bringen; während die Asthmaanfälle durch die rhinochirurgische Behandlung zum Schwinden gebracht wurden, war die Zwangsvorstellung zur Zeit der Mittheilung noch unbeeinflusst.

Der 2. Fall betrifft einen Mann, bei welchem das den Angstanfall einleitende Gefühl der plötzlichen Nasenverstopfung die Angst so steigerte, dass er durch heftiges Herunterstürzen grosser Mengen von Spirituosen bis zur Trunkenheit seine Angst zu bemeistern suchte. Die Behandlung brachte den ganzen Symptomenkomplex zum Schweigen, doch starb Patient später an Typhus.

Nur anmerkungsweise wäre noch zu gedenken der Thatsache, das L. MEYER (Archiv f. Psych. XX. pag. 5) von einem Kranken mit Anfällen von Höhenschwindel berichtet, dass derselbe, wohl im Zusammenhange mit Nasenpolypen, längere Zeit an asthmathischen Zuständen litt, welche durch Entfernung der Nasenpolypen behoben wurden bei Fortbestehen der abnormen psychischen Erscheinungen. Es erscheint dieses Nebeneinanderbestehen von Zwangsgefühlen und Asthma bei Nasenpolypen deshalb bemerkenswerth, weil auch in dem einen Falle HACK's die psychischen Erscheinungen das Gepräge von Zwangsvorstellungen trugen und auch wie gleich hier bemerkt in dem jetzt mitzutheilenden Falle die anscheinend mit der Nase in Beziehung stehenden psychischen Erscheinungen dieser Kategorie nahe standen.

Am 14. Feber v. J. wird die 23jährige Maria Sch., verheirathet, Arbeitersfrau, zur Klinik aufgenommen.

Vater lebt, ist gesund; Mutter an Tuberkulose gestorben, wird als exzentrische, bös angelegte Natur geschildert; eine Schwester der Patientin leidet an Epilepsie. Sie selbst litt in ihrer Jugend viel an Augenentzündungen; seit 5 Jahren verheiratet, hat sie zweimal geboren, das Jüngste ist 3 Jahre alt; sie war bis in den Herbst 1891 gesund, ihre Verhältnisse waren geordnet. Seit etwa 3 Monaten klagte sie über Herzklopfen, das vom Arzte als nervös bezeichnet und durch die ärztliche Therapie nur wenig gebessert wurde. Etwa seit Neujahr litt sie an garstigen Träumen: «dass sie den Nasenkrebs bekommen habe», — in ihrem Wohnorte sollen Frauen mehrfach Geschwüre der Nase und des Gesichts haben — «zwei Männer hatten sie erschiessen wollen» und «ein schwarzer Mann hätte durch's Fenster geschaut», «dass sie einen Jungen beissen wollte.» In Folge dessen war sie oft ängstlicher Stimmung auch des Tags über, der Schlaf und Appetit waren schlecht. Dieser Zustand verschlechterte sich in der letzten Zeit, zeitweise wurde Patientin sehr ängstlich, zitterte am ganzen Körper und gab als Grund dafür an, ein böser Geist befehle ihr, sie müsse ihren Mann und ihre Kinder umbringen; diese Gedanken kamen nach ihrer eigenen, vom Manne spontan am Tage der Aufnahme, also auch vor Kenntnisnahme des später supponirten pathogenetischen Zusammenhanges, mitgetheilten Aeusserung von der Nase her; Patientin klagte auch oft, dass sie die Nase voll habe, dass der böse Geist aus der Nase komme und ihr keine Ruhe gebe; die Gedanken kommen bloss zeitweise und dann plötzlich, zeitweise hatte sie wieder Ruhe; in diesen freien Zeiten soll die Kranke von Verstimmung frei sein. Von einem Nasenleiden der Frau weiss der Mann nichts.

Ueber das Verhalten der Kranken macht er folgende Angaben: sie fiel zuweilen über die Kinder her, um sie zu beissen, einmal versuchte sie sich mit einer Schnur zu erdrosseln und wollte den Mann, der sie daran hinderte, erwürgen. Der behandelnde Arzt berichtet, dass die Patientin öfters nach Messern suchte, einmal nahm sie auch thatsächlich ein Rasiermesser in's Bett mit; einmal kam ihr der Gedanke, wie es wäre, wenn sie Nachts aufstünde und ihren Mann erdrosselte, ein andermal schlug sich mit einem Hammer gegen den Kopf, von welcher Verletzung noch Spuren bei der letzten ärztlichen Untersuchung am 9. Februar sichtbar waren. Diese Gedanken kommen anfallsweise über die Kranke, sie klagt weinend, dass ihr dieselben durch den Kopf gehen und bittet sie zu halten, falls sie sich vergreifen sollte.

Patientin ist bei ihrem ersten Examen anfänglich völlig ruhig, später weint sie; ihre Aeusserungen ergaben zusammengefasst etwa Folgendes;

Ausser dem Augenleiden habe sie schon als Mädchen eine «böse» Nase gehabt, der Vater sagte ihr damals, sie werde den Krebs bekommen. Seit der letzten Geburt sei sie schwach geworden, habe damals wenig gegessen und später habe sich Herzklopfen eingestellt; doch wäre sie noch im vorigen Sommer gesund und munter gewesen; etwa seit Neujahr, wo sie die bösen Träume hatte, sei sie krank; sie habe so eigenthümliche Gedanken gehabt, es sei ihr durch den Kopf gegangen, dass sie Jemanden erstechen solle, so dass man alle Messer verstecken musste; das erstemal, aber auch nur einmal des Nachts habe sie mit den Ohren gehört: «Du! ersteche.» Die Gedanken kommen des Nachts sofort wenn sie aufwache, sie kämen aber nur, wenn die Nase voll wäre, daran schliesse sich ein Jucken im Gesichte und ein Zittern des Körpers und dann kommen die Gedanken; sie habe selbst die Kinder weggeschafft, damit sie ihnen nichts anthue. Einmal kam ihr eine Hitze und dann kam es in die Zähne, als ob sie die Kinder beissen müsste, ein andermal hätte es sie aus dem Bette gezogen, sie solle den Mann erwürgen, sie habe die Hände unter der Decke versteckt; sie habe öfters gebeten, man möge sie binden, damit sie nichts anstelle. Unter heftigem Weinen bittet sie, sie möchte sterben, verlangt Gift, sie wolle nicht gesund werden, nicht mehr nach Hause kommen.

Der Status somaticus ergibt von wesentlicheren Befunden:

Beträchtliche Abmagerung, Anämie, angewachsene Ohrläppchen, Dämpfung über der rechten Lungenspitze, darunter verschärften Inspirium, deutlich hörbares Exspirium mit deutlich bronchialem Beiklang, über der linken Spitze Rasseln. Der Nasenbefund von der Klinik Prof. ZAUFAL lautet: Rhinitis hypertrophica der unteren Nasenmuscheln besonders an den hinteren Partien, Operation dringend indicirt. Am Nachmittag klagte Patientin bei der Visite über Vollsein der Nase und ein eigenthümliches Gefühl, das ihr in die Zähne omme; dabei war Patientin sehr ängstlich. Am 15. sagt Patientin, sie sei schon vollkommen hergestellt, seit gestern seien keine Gedanken gekommen; bittet mit weinlicher Stimme, sie zu entlassen und fängt dann heftig an zu weinen: die Nase wolle sie nicht behandeln lassen; will lieber sterben. Nachmittags etwas freier, nicht deprimirt. In der Nacht zum 16. schlecht geschlafen, war sehr ängstlich, verlangte am Morgen, man möge ihr etwas geben, damit sie endlich todt werde.

Am 16. wird sie in der Vorlesung demonstrirt, die sich etwa in folgendem Gedankengange bewegt:

Es handle sich symptomatologisch um einen jener Fälle, die unrichtig als selbstständige Krankheitsform, als impulsives Irresein bezeichnet werden, in welchen die sich aufdrängenden Zwangsvorstellungen sofort auch zur That drängen: die dämonomanische Deutung derselben wird aus einschlägigen Beobachtungen erläutert.

Die Depression der Kranken wird vorwiegend aus dem peinlichen Inhalt der Impulse, theils als durch das Heimweh der Kranken verstärkte selbstständige melancholiche Depression erklärt. Der hereditäre Charakter dieser «Form» des Irreseins trete hier deutlich hervor, ebenso auch die Aehnlichkeit mit epileptoiden Zuständen (GRIESINGER); pathogenetisch dürfte man an einen Zusammenhang mit dem Nasenleiden denken, insoferne die präcisen Angaben der Kranken selbst denselben nahe legen; dass die psychopathischen Erscheinungen trotz des langen Bestandes des Nasenleidens erst jetzt auftreten, sei wohl so zu erklären, dass die seit der letzten Geburt abnehmde Ernährung und die Tuberkulose in der Melancholie das Terrain für jene erst gezeitigt hatten; vielleicht spiele die seit mehreren Monaten ausgebliebene Periode auch dabei mit; entscheidend für den supponirten pathogenetischen Zusammenhang werde der Erfolg der Operation sein.

Gegen Abend wird die Schleimhaut vom hinteren Antheil der rechten unteren Nasenmuschel mit der kalten Schlinge entfernt; Blutung gering. Kurze Zeit nach der Operation giebt Patientin an, sie fühle sich bedeutend besser; sie schläft auch trotz grosser Unruhe im Inspektionszimmer die ganze Nacht. 17. Februar: Verharrt bei ihrer Angabe, dass ihr bedeutend besser sei; auf die Frage, was sie an der Nase verändert fühle: «dass die Gedanken heraus sind»; dann aber äussert sie: «Der böse Geist thut noch in mir.» Spielt, was sie bis dahin nicht gethan, freundlich mit einem idiotischen Kinde. Von Mittag ab wieder ängstlich, weint öfters.

18. Februar. Ist traurig, verlangt ihren Vater zu sehen: examinirt sagt sie, die Operation habe ihr gut gethan, sie glaube sie sei nicht mehr die, die sie war, die Nase ist nicht mehr so voll, der böse Geist sitze nicht mehr in der Nase, gebe aber immer noch keine Ruhe; die Gedanken seien fort; trotzdem sie nun ihre Befriedigung darüber äussert, weint sie doch viel und motivirt es damit, dass sie nach Hause wolle; droht es durch Nichtessen zu erzwingen.

19. Februar: Neuerliche Vorstellung in der Vorlesung; sie ist vollkommen ruhig und korrekt, Stimmung deprimirt; gibt Folgendes an: «Als ich das erstemal vorgestellt wurde, waren die Gedanken noch in der Nase; seit dem Tage, wo ich operirt wurde, ist mir ganz gut»; das Gefühl von Völle auf der operirten Seite sei verschwunden, über ihre Depression befragt, gibt sie an, sie sei schon immer von trauriger Gemüthsart gewesen, schon ihr Vater habe ihr immer gesagt, sie solle lustiger sein. (Siehe auch die Angaben des Mannes am Schlusse der Beobachtung.)

Abendvisite: Es gehe ihr besser, sie habe keine Angst mehr, der böse Geist und die Gedanken seien fort. Operation links. 20. Februar. Sehr weinerlich, man möge sie sterben lassen. Angst habe sie keine, es sei ihr nach der Operation besser geworden; jammert über ihr Schicksal.

21. Februar: Nachts schlecht geschlafen, hatte angeblich keine Ruhe: tagsüber deprimirt; die Nase sei gut, die Gedanken fort.

22. Februar; Als Ursache der Depression gibt sie Heimweh an, die Nase sei gut.

23. Februar: Seit gestern Nachmittags freier: sie fühle sich erst seit der 2. Operation an der Nase wohl; in der Folgezeit noch wechselndes Verhalten. Briefe vom Hause verschlimmern die Stimmung.

Am 3. und 10. März werden die Nasenmuscheln, da die Entfernung der hyperplastischen Schleimhaut keine völlige war, galvanocaustisch behandelt. In der Folgezeit bessert sich der Zustand noch mehr. Verstimmung ist nicht mehr zu beobachten. Patientin beschäftigt sich und nachdem die Schleimhaut der Nase völlig normal ist und Patientin sich auch im körperlichen Aussehen sehr gebessert hat, wird sie zu Ostern auf das Drängen ihres Mannes entlassen, der angibt, dass sie immer etwas schwermüthig gewesen und jetzt so wie vor ihrer Erkrankung sei.

Aber schon am 4. Mai wurde die Kranke wieder zur Klinik gebracht; den vom Arzte mitgetheilten Angaben nach sei sie ihrem Mann am ersten Tage normal vorgekommen, habe verständig von ihrem Aufenthalte in der Anstalt gesprochen, an Allem Interesse gehabt; aber schon am folgenden Tage sei sie in ihre frühere Schwermuth verfallen «es sei für sie keine Hilfe,» bat, sie zu verbrennen; sie müsse sich selbst umbringen; in den nächsten Tagen beruhigte sie sich jedoch wieder und erst in den Tagen vor ihrer neuerlichen Einbringung trat wieder eine Verschlimmerung ein, in der sie auch in's Wasser sprang.

Bei dem ersten Examen gibt die Kranke Folgendes an: Die ersten 8 Tage sei sie ganz gesund gewesen; dann kam ihr plötzlich der Gedanke, dass sie nicht mehr leben könnte, sich tödten müsse; das kam ihr in den Mund, sie war gezwungen, das immer zu wiederholen; es kam aber nicht von der Nase; sondern aus dem dem Kopfe: erzählt auch von dem Suicid-Versuche dann weiter, sie habe kein Blut in sich, weil sie die Regel nicht habe und deshalb wolle sie sterben; bittet um einen neuen Leib, einen neuen Kopf, sonst könne sie nicht gesund werden.

Während des Examens wird sie immer deprimirter, weint später; als ihr versprochen wird, sie gesund zu machen, wird sie plötzlich heiter, lacht.

Nach einer wenig Tage andauernden Beruhigung, wird die Kranke in der Folgezeit sehr agitirt, macht wiederholte Selbstmordversuche und wird am 20. Oktober 1892 zu einer andern Abtheilung transferirt.

Angesichts des im Vorstehenden skizzirten weiteren Verlaufes bedarf die anfänglich über die Stellung der reflektorisch von der Nase ausgelösten Erscheinungen im ganzen Krankheitsbilde aufgestellte Ansicht einer gewissen Korrektur; zuerst kommt die erst später gemachte Angabe des Mannes von der Kranken zu ihrem Rechte, insofern wir es offenbar mit einer ab origine «minderwerthigen» Person zu thun hatten; man wird weier wohl anzunehmen haben, dass die Zwangsvorstellungen und Impulse Begleiterscheinungen des auch nachträglich persistirenden melancholischen Zustandes waren; dagegen ist wohl auch bei diesem Sachverhältnis die Deutung acceptabel, dass es sich dabei um reflektorisch ausgelöste Erscheinungen gehandelt; im Hinblick auf das Vorangehende wäre es dann auch verständlich, wie trotz der Entfernung der anfänglich auslösenden Ursache der Grundzustand bestehen bleibt und auch die Zwangsvorstellungen und Impulse wieder auftraten, ein Verhältnis das ebenso wie in den Eingangs erwähnten Fällen HACK's mit psychopathischen Erscheinungen, wie auch in zahlreichen Andern mit einfach nervösen bekanntlich statt hat.

Man darf sich aber nicht verhehlen, dass die Erscheinungen, tritt man nur mit der gebotenen Skepsis an dieselben heran, auch noch einer anderen Deutung zugänglich sind; es ist durchaus zulässig die Lokalisation der Impulse in der Nase als suggestiv von der Lokalaffektion bedingt zu deuten, wodurch sich ganz ungezwungen in gleicher Weise die nur kurze Zeit andauernde Wirkung der Operation erklärt.

Thayer: Lupus exendens und dessen Behandlung. (Centralbl. f. Chirurgie Nr. 16, 1893).

Wenn man die Sonnenstrahlen mittelst einer Brennlinse gesammelt auf die Haut einwirken lässt, so beginnt die getroffene Stelle alsbald zu rauchen und wird in wenigen Sekunden zerstört, wobei weder Entzündung noch Schmerz entsteht; Heilung folgt ohne jegliche Narbe. Diese Beobachtung führte THAYER dazu, kleine Geschwülste der Haut mittelst Sonnenlichts zu zerstören und das Verfahren auch bei eiterndem Lupus zu versuchen. Der Erfolg war vorzüglich, die während der etwa 2 Minuten währenden Einwirkung bestehenden mässigen Schmerzen hörten nach Wegnahme der Linse sogleich auf. Auf die versengten Stellen wurde Zinksalbe aufgestrichen, darüber feuchte Karbolwatte, darüber trockene Watte gelegt. Der Verband wurde täglich gewechselt. Nach 2 Wochen tritt Heilung mit oberflächlicher weicher Narbe ein, und die Röthung der Umgebung des lupösen Geschwüres verschwindet.

Dr. R. Langerhans. Ueber die Veränderungen der Luftwege und der Lungen in Folge von Karbolsäurevergiftung. (Deutsche mediz. Wochenschrift, Nr. 12, 1893)

Eine 33jährige Malerin trank in selbstmörderischer Absicht eine Quantität Acid. carbolic. liquefact. concentr. Trotz Magenausspülung mit Solut. Magnesiae ust. verschlimmerte sich der anfangs ziemlich erträgliche Zustand; es stellte sich Husten mit schleimig-eitrigem Sputum ein und schon am 3. Tage war absolute Dämpfung und Bronchialathmen im rechten Oberlappen, am 5. Tage leichte Dämpfung und Bronchialathmen auch l. h. u. nachweisbar. Darauf in der Nacht Exit. letal.

Der Sectionsbefund ergab ausser Anätzung des Larynx, der Trachea, der Bronchien der rechten Lunge, eitriger Bronchitis, linkerseits eine katarrhalisch-fibrinöse Pneumonie des linken Unterlappens und eine ebensolche des rechten Oberlappens. Ausserdem parenchymatöse Nephritis, eine circumscripte Entzündung des Oesophagus in der Höhe des Kehlkopfs, Gastritis katarrh.

Die Pneumonie, die klinisch als Schluckpneumonie diagnosticirt wurde (es fehlte für eine fibrinöse Pneumonie das rostfarbene

Sputum), war keine solche im gewöhnlichen Sinn; denn man fand in den pneumonisch erkrankten Partien im eigentlichen Lungengewebe keine Aetzwirkung von etwa bis dahin eingedrungener Karbolsäure. Es war vielmehr ein fortgeleiteter bronchitischer Prozess, ganz nach Art der katarrh. Bronchopneumonie, nach dem makro- und mikroskopischen Befund als katarrhalisch-fibrinös zu bezeichnen. (Mikroskopisch fanden sich neben dem Diplococcus lanceolat FRÄNKEL zahlreiche Streptokokken).

Bei Vergleichung der Literatur findet sich meist keine erhebliche Verätzung im Verdauungskanal, dagegen im Kehlkopf und in den oberen Luftwegen intensivere Veränderungen durch Hineingelangen der Säuren wahrscheinlich in Folge der grösseren Empfindlichkeit des Flimmerepithels. Trotz der schweren Erscheinungen im Kehlkopf ist doch Lungenentzündung bei Karbolsäurevergiftung ziemlich selten. Dass sie ohne Perforation des Oesophagus auftreten kann, beweist der beschriebene Fall und vier andere aus der Literatur kurz citirte Fälle.

In ähnlicher Weise tritt auch Pneumonie auf bei Schwefelsäurevergiftung, wovon ein Fall mitgetheilt wird.

In allen diesen Fällen fand sich intensive Verätzung der Luftwege, katarrh. Bronchitis und im Anschluss daran fibrinöse Bronchopneumonie, die nach des Verfassers Auseinandersetzungen also nicht als Aspirationspneumonie im engeren Sinn, sondern als fortgeleiteter bronchitischer Prozess aufzufassen wäre. *B. S.*

Dr. Osler: Ueber einen Fall von Neuritis in Folge von Arsenikvergiftung. (Montreal Med. Journal April 1893.)

Ein Kranker, der an der HODKINGS'schen Krankheit litt, nahm in 65 Tagen 80 *gr* Arsensäure zu sich, und zwar in der Form von arsensaurem Kalium in Lösung. — Es traten folgende Erscheinungen auf: Diarrhoe, eine ausgesprochene Pigmentation der Haut, Verlust des Patellarreflexes, Schwäche in den unteren Extremitäten mit Verminderung der elektrischen Erregbarkeit, kurz die Symptome einer toxischen Neuritis.

Was die Frage betrifft, ob die Idiosynkrasie dabei eine Rolle gespielt habe, so gibt dies Dr. OSLER zu, da die Intoxikationen in Folge der Arsenik-Medication selten sind, trotz des allgemeinen Gebrauches der Arsenik-Salze in der Chorea und gegen die Anämien. *L. L.*

Dr. Carppelletti: Antipyrinomanie. (Riv. Sper. di Frenat. e di Med. leg. 31 März, 1893.)

Die Symptome dieser toxischen Psychose werden durch folgenden Fall illustrirt: Eine Hysterische, 23 Jahre alt, treibt seit zwei Jahren Missbrauch mit dem Gebrauch des Antipyrins, um ihre Kephalalgie zu lindern; sie nimmt täglich 8 *gr* des Medikaments zu sich. Verlust des Appetits, Insomnie, krankhaftes Colorit an den Ohren, und Muskelschwäche sind die Folgen davon. Sie lässt sich in eine Irrenanstalt aufnehmen, indem sie spontan eine Abstinenzkur gegen das Antipyrin verlangt.

Man reducirt die Dosis des Medikaments. Dies bedingt einen Zustand von Prostration und von schweren functionellen Störungen, selbst wenn man das Mittel entzieht, ohne dass die Kranke davon wissen würde. Man verordnet gegen diese Anfälle Bromkalium und Coffein. Endlich genest die Kranke von ihrer Antipyrinomanie.

Dr. CAPPELLETTI empfiehlt eine successive Entziehung des Antipyrins bei diesen Zuständen gerade so wie bei der Behandlung der Morphinomanie. *L. L.*

Cadier (Paris): Ueber die Wirkung des Jod bei der Behandlung der Tuberkulose. (Le Progrès Médical 1893, Nr. 5.)

Dr. CADIER hat im «Asile de Villepinte» eine gewisse Anzahl von Tuberkulösen mit Jod behandelt. Darüber berichtet er in der Sitzung vom 26. Jänner l. J. der «Société de Médecine et de Chirurgie pratiques». Das Jod wurde in der Dosis von 0·10—0·40 täglich verabreicht. Die betreffenden Kranken waren mehr oder minder schwer von der Affection ergriffen, jedoch entsprechend dem ersten und zweiten Stadium der Autoren. Unter dem Einflusse der Jodbehandlung hat Verfasser Anfangs eine kongestive Periode nachweisen können, in welcher die Lungensymptome, Husten und Expectoration, eine Verschlimmerung erfuhren. Nach 4 oder 5 Tagen trat jedoch Besserung ein, und man konnte die allgemeinen Wirkungen des Jods auf die Ernährung konstatiren. Der Appetit steigerte sich mit den zunehmenden Kräften und die jüngeren Individuen wurden fetter, während die mehr fetten Patienten abmagerten. Dieses widersprechende Verhalten ist a n s c h e i n e n d paradox, es erklärt sich aber leicht an der Hand unserer Kenntnisse über die Pharmakodynamik des Jods. Man weiss in der That, dass dieses Medikament die Oxydationen fördert: daher dessen Tendenz, das Fett zum Schwinden zu bringen. Dagegen begünstigt diese nämliche, die Ernährungsvorgänge anregende Wirkung das Zellenleben, woraus eine Körpergewichtssteigerung bei jungen Leuten folgt, die noch wenig Fett angesetzt haben. *Del Torre.*

Gamberini (Bologna): Tabak und Syphilis. (Giornale ital. delle malattie ven. e della pelle Heft I. 1893.)

Verfasser weist darauf hin, dass man im Allgemeinen in Werken über Syphilis unterlässt, über den Einfluss des Tabakrauchens auf syphilitische Individuen zu sprechen. Verfasser gibt daher in vorliegender Arbeit diesbezügliche Belehrungen und setzt seine eigenen Beobachtungen auseinander. Er hebt hervor, dass die iritirende Wirkung des Tabaks, der eine besondere Pharyngitis hervorruft, zu syphilitischen Manifestationen Anlas geben kann. Ueberdies bilden die durch den Tabak und den warmen Rauch an den Lippen und der Zunge hervorgerufene Reizung und Entzündung günstige Bedingungen für das Haften des syphilitischen Virus. Verfasser erinnert auch an die Thatsache der Uebertragbarkeit der Syphilis durch Zigarrenstumpfe und durch den Gebrauch einer inficirten Pfeife. Syphilitischen sei das Tabakrauchen zu widerrathen.

Anschliessend an diese Bemerkungen erwägt Verfasser die Möglichkeit der Schwierigkeit der Diagnose zwischen einem exulcerirten syphilitischen Gumma und dem Raucherkrebs. Diesbezüglich beschreibt GAMBERINI einen Fall, welcher zeigt, dass der Zungenkrebs sich bei einem Individuum, das vorher syphilitisch gewesen, entwickeln konnte, ohne durch die Syphilis beeinflusst zu werden. In diesen Fällen war die antisyphilitische Behandlung dem Neoplasma schädlich. Als Unterscheidungsmerkmal der beiden Krankheitsformen führt Verfasser an, dass während die Syphilis den Zungenteller befällt, das Krebsgeschwür die Zungenränder zerstört. Das durch einen Zahnsplitter bedingte chronische Zungengeschwür, das insbesondere bei Rauchern auftritt, heilt leicht nach Extraktion des betreffenden Zahnes. *A. D.*

E. Dreispul: Epitheliom der Zunge, erfolgreiche Behandlung durch Elektrolysis. (Journ. of. laryngol. Bd. VII. Heft 2. — Centralbl. f. Chirurgie Nr. 19. 1893).

Bei einem 25jährigen Manne, der an Tuberkulose der Lungen litt, hatte sich am rechten Zungenrande ein grosses Geschwür entwickelt, welches zuerst als tuberkulös betrachtet, späterhin als exulcerirtes Epitheliom diagnosticirt wurde. Wegen des Zustandes der Lungen wurde eine Operation unter Chloroform für unthunlich gehalten, und das Geschwür, welches bereits zu Drüsenschwellungen am Halse geführt hatte, elektrolytisch behandelt. Es wurde auf diese Weise innerhalb von 4 Wochen zerstört und zur Vernarbung gebracht. Inzwischen waren auf dem Zungenrücken zwei graue Knötchen sichtbar geworden, welche galvanokaustisch zerstört wurden. Nach wenigen Wochen aber hatten sich an ihrer Stelle zwei Ulcerationen entwickelt, die ihrerseits erst wieder durch Elektrolyse zur dauernden Vernarbung gebracht wurden. Merkwürdig war noch besonders das vollständige Verschwinden der Drüsenschwellungen ohne jeden weiteren Eingriff, eine schon von GROH bei der Elektrolyse beobachtete Thatsache. Verfasser gibt der Elektrolyse den Vorzug vor der Galvanokaustik, weil sie weniger schmerzhaft ist, geringere Reaktion erzeugt, und quoad recidivum nachhaltiger wirkt.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 2. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, ergriff der Vorsitzende Hofrath Prof. Dittel das Wort zu folgender Ansprache: «Meine Herren! Abermals trete ich mit der Trauerkunde vor Sie hin, dass wir durch den Tod einen Kollegen verloren haben, von dem man sagen kann, dass er sich sein kurzes Dasein mit dem Lorbeer bekränzt hat. Wir verlieren in Professor A. Paltauf einen hoffnungsvollen und strebsamen Kollegen, an den wir die schönsten Aussichten zu knüpfen berechtigt waren. Sein Verdienst um die medizinische Wissenschaft wird anderen Ortes gewürdigt werden. Wollen wir sein Andenken durch Erheben von den Sitzen ehren.» Der Vorsitzende macht ferner die Mittheilung, dass Prof. Joannu aus Athen für seine Ernennung zum correspondirenden Mitgliede der k. k. Gesellschaft ein Dankschreiben eingesandt habe, und dass ferner Dr. Richard Paltauf mit 42 von 72 Stimmen zum zweiten Sekretär der k. k. Gesellschaft gewählt erscheine. Dozent Dr. J. Hochenegg ergriff hierauf das Wort zu einem Vortrage, in welchem er ein neues Verfahren behufs grösserer Sicherheit bei der Sterilisation von Verbandstoffen demonstrirte. Prof. Englisch hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber den hämorrhagischen Infarct des Hodens (v. Volkmann)», in welchem er zu weiteren Forschungen behufs der sicheren Diagnose der Hodenerkrankungen aufmuntert und die Beantwortung der Frage offen lässt, ob es sich beim hämorrhagischen Infarct des Hodens um eine traumatische Ursache oder um eine Infektion handle. Primarius Dr. Bamberger hält hierauf einen Vortrag: «Ueber einige Fälle von Gehirnerkrankungen», in welchem er an der Hand von 4 selbstbeobachteten Fällen auf die Blutungen im Centrum ovale aufmerksam macht, deren leichte Verwechslung mit intrameningealen Blutungen, sowie mit der Pachimeningitis haemorrhagica hervorhebt und die richtige Diagnose der Blutungen im Centrum ovale behufs Stellung der Prognose für empfehlenswerth hält. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung erscheint in der nächsten Nummer dieses Blattes.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. Pasteur soll schwer erkrankt sein und insbesonders an besorgnisserregender Herzschwäche leiden. — Dozent Dr. E. Fraenkel wurde zum Professor der Gynäkologie an der Universität Breslau, Dr. E. Pflüger, Professor der Physiologie an der Universität in Bonn, zum correspondirenden Mitgliede der Académie Royale de Médecine de Belgique ernannt. — Dr. Benecke hat sich als Privatdozent für pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie an der Universität Göttingen habilitirt.

* Prof. Arnold Paltauf †. In den letzten Maitagen ist der Professor der gerichtlichen Medizin an der deutschen Universität in Prag, Arnold Paltauf, gestorben. Durch grosse Begabung und kaum zu überbietenden Fleiss hat er in jungen Jahren eine der schönsten und verantwortungsvollsten Stellungen erreicht und in Folge seines Ernstes und seiner Fähigkeiten in musterhafter Weise ausgefüllt. Der verstorbene Gelehrte war zuerst Assistent bei Prof. Eppinger in Graz und kam hierauf nach Wien als Assistent zu E. v. Hofmann. Hier hatte Paltauf Gelegenheit sich in der praktischen gerichtlichen Medizin auszubilden. Gleichzeitig oblag er aber auch eifrigst theoretischen Studien. Er war auf allen Gebieten, welche die gerichtliche Medizin tangiren, zu Hause. Als Chemiker, als pathologischer Anatom, wie als Bakteriologe stellte er seinen Mann. Zahlreiche Arbeiten, darunter auch grössere (über den Zwergwuchs, über den Tod durch Ertrinken etc.), bewiesen bald die wissenschaftliche Befähigung Paltauf's, und nach Maschka's Rücktritt wurde Paltauf an die Lehrkanzel für gerichtliche Medizin in Prag berufen. Nur kurze Zeit war es ihm vergönnt, dort zu wirken. Bald erkrankte er an einem Sarkom der Schädelbasis, das, einmal operirt, bald recidivirte und ihm unter entsetzlichen Qualen den Tod brachte. Trotz seines so frühen Hinscheidens hinterlässt Paltauf einen ausgezeichneten wissenschaftlichen Ruf, und auch als Menschen musste ihm Jedermann vollste Anerkennung zollen. Die Pflege der gerichtlichen Medizin in Oesterreich erleidet durch Paltauf's Tod einen schweren Verlust. Friede seiner Asche!

* Nach dem Beschlusse der am 25. Mai in Breslau eröffneten fünften Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie wird die nächste Versammlung (1895) in Wien tagen.

* Würzburg. Vom 25. bis 27. Mai tagte die XVIII. Versammlung des Deutschen Vereines für öffentliche Gesundheitspflege.

* Madrid. Die spanische medizinisch-chirurgische Akademie in Madrid hat folgende Preisthemata gestellt, deren Bewerbung Angehörigen aller Nationen freisteht: 1. Klinische Demonstration des Contagiums bei der Tuberkulose. 2. Pathogenese, klinische und therapeutische Besprechungen des Asthma in seinen wichtigsten Varianten. Preis je 350 Pesetas und Diplom als gewähltes correspondirendes Mitglied der Akademie. Einreichungstermin: 15. September 1893.

* Cholera. Hamburg. Am 29. Mai kam ein Cholerafall zur Anzeige. — Frankreich. Erste Maiwoche: In 11 Gemeinden des Departements Morbihan 28 Choleraerkrankungen und 12 Todesfälle, in der Irrenanstalt Saint-Athanase (Dep. Finistère) 6 : 4, in Quimper 11 : 7, in der Vendée bis zum 9. Mai 5 Erkrankungen, 1 Todesfall. — In Paris in der Woche vom 7. bis 13. Mai 1 Todesfall. — Russland. Vom 29. April bis 5. Mai: Podolin 395 Erkrankungen, 132 Todesfälle, Tschernigo 1 : 0, Kursk 32 : 10, Orel (Stadt) 1 : 0, Orel (sonst i. Gouv.) 3 : 3, Tambow 4 : 1, Pensa 1 : 0, Saratow 2 : 0, Dongebiet 2 : 0, Karsgebiet 4 : 2. — Persien. In den letzten 10 Monaten starben an Cholera 100000 Menschen, das ist 1 Todesfall auf 55 Einwohner.

* Influenza. In New-York 19 Todesfälle gegen 13 in der Vorwoche. In London und Paris haben die Meldungen von Todesfällen (Paris 20 gegen 52, London 26 gegen 28) abgenommen. Amsterdam 3 gegen 1 in der Vorwoche. Aus Stockholm ist nur je 1 Todes- und Erkrankungsfall, aus Kopenhagen 1 Todesfall und 88 Erkrankungen (gegen 2 und 83 in der Vorwoche) gemeldet. In Moskau 2 Todesfälle. In Köln ist ein Wiederansteigen der Seuche zu verzeichnen.

* Todesfall. Am 14. Mai starb Prof. Hyac. Pacchiotti, Professor der Chirurgie an der Universität Turin und Primar-Chirurg am Ospedale di San Giovanni.

Aerztliche Stellen

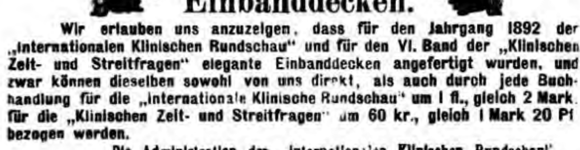
Gemeindearztesstelle in Schiltern bei Langenlois (Niederösterreich) mit 3 Gemeinden. Landessubvention 400 fl. und 100 fl. für Todtenbeschau und Armenbehandlung von der Gemeinde Schiltern, überdies Entschädigung für diese Funktionen von den andern zwei Gemeinden. Auskunft ertheilt die Gemeindevorstehung Schiltern, an welche die betreffenden Gesuche bis 1. August l. J. zu richten sind.

Gemeindearztesstelle in Frankenburg, Station Redl-Zipf (Oberösterreich), mit 5000 Einwohnern. Bewerber haben sich behufs näherer Auskunft bis August l. J. an die Gemeindevorstehung Frankenburg zu wenden.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 5 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Dr. Heinrich Paschkis: „Ueber die äusserliche Anwendung des Schwefels", ferner neuere Arzneimittel, therapeutische Mittheilungen und Rezepte u. s. w.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

ANZEIGEN.



Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Den P. T. Herren Aerzten, Spitalsverwaltungen, Privatheilanstalten, Kurorten, chem. Laboratorien etc. zur gefälligen Kenntnissnahme

Xylolith-(Steinholz)-Platten

zur Pflasterung von Kirchen, Gängen, Terrassen, Wandelbahnen, chemischen Laboratorien, zur Herstellung von fusswarmen, steinharten und doch elastischen, unbrennbaren Fussböden in Kasernen, Schulen, Spitälern, öffentlichen Lokalen etc. etc. liefert ausschliesslich

A. Zbořil, Wien, I., Getreidemarkt Nr. 10.

Hervorragendste Atteste über zahlreiche Xylolith-Ausführungen in Wien und der Provinz.

Xylolith-Platten werden bis zu einem Quadratmeter Grösse und in drei Farben: Holzfarben, roth und granitfarben hergestellt.

Xylolith-Platten werden direct auf schadhafte Holzdielung vernagelt, oder auf ausgetretenen Steinboden in Kitt verlegt.

Preise der Xylolith-Platten:
von ö. W. fl. 2.50 bis fl. 6.— per Quadratmeter ab Wien.

Xylolith-Flötz (1369)

(Xylolith-Fussboden aus einem Stück).

Fugenloser, auf Holz- oder Steinboden aufgezogener Xylolith-Estrich beliebiger Grösse und Farbe.

Ein Xylolith-Flötz bietet den Vortheil absoluter Reinhaltungsmöglichkeit, **daher vollkommenen Schutz gegen Ablagerung von Contagien aller Art;** geräuschlosen, elastischen Begehens, schönen Aussehens, bei unverwüstlicher Dauerhaftigkeit und billigen Preisen. Näheres bei

A. Zbořil, Wien, I., Getreidemarkt 10.

Sanatorium und Kaltwasser-Heilanstalt,

in Purkersdorf bei Wien. (1011)

In windgeschützter, staubfreier Lage im Wienerwalde, in einem 150.000 Quadratmeter grossen Parke gelegen, enthält das Sanatorium alle Kurbehelfe einer medizinisch-chirurgischen sowie einer Kaltwasserheilanstalt.

Im Besonderen sind vorhanden: Badeanstalt mit Voll-, Douche- und Dampfbädern, Wannenbädern, **Elektrisches Bad (System Professor Gärtner), Inhalationskammern, pneumatische Kammern, Stahlquelle,** Wandelbahn, sowie sämmtliche nothwendigen medizinisch-chirurgischen Instrumente und Apparate.

Sämmtliche Räume sind bequem eingerichtet, elektrisch beleuchtet.

Vorzügliche Verpflegung wird bei mässigen Preisen geboten.

Das Sanatorium eignet sich daher vorzugsweise zur Aufnahme von: Nerven- und Rückenmarkskrankheiten, Anämie, Rekonvalescenz nach schweren Krankheiten, Lungen- und Kehlkopfkrankheiten, Frauenleiden, Magen- und Darmkrankheiten und Morphinismus. — Auskünfte ertheilt der Eigenthümer

Dr. Anton Loew.



Steiermärkische

Landes-Curanstalt

Rohitsch-Sauerbrunn

Südbahnstation Pöltschach.

Saison: 1. Mai bis 30. September.

Trink-, Bade-, Kaltwasser- u. Molken-Curen etc.

Broschüren und Prospecte gratis durch die Direktion.

Tempel- und Styria-Quelle.

stets frischer Füllung,

altbewährte Glaubersalzsäuerlinge gegen Erkrankung der **Verdauungs- u. Athmungsorgane,** auch **angenehmes Erfrischungsgetränk.**

Zu beziehen durch die Brunnenverwaltung in Robitsch-Sauerbrunn und durch das Hauptdepôt in Wien bei **Johann Detsch,** III. Rochusgasse 23, sowie in allen Mineralwasser-Handlungen, renommirten Specerei- und Droguerlegeschäften und Apotheken. (1306)

Jod-Soolbad **BAD HALL** Ober-Oesterreich.

Stärkste Jod-Soole des Kontinentes. Glänzende Heilerfolge bei **allen skrophulösen Erkrankungen,** sowie bei **allen Erkrankungen der Geschlechtsorgane** und deren **beiderseitigen Folgen.**

Vorzügliche Kureinrichtungen (Bäder u. Trinkkur, Einpackungen, Inhalationen, Massage, Kefyr). Sehr günstige klimatische Verhältnisse; Bahnstation, Reiseroute über Linz a. d. D. oder Steyr.

Saison vom 15. Mai bis 30. September.

(1297) Ausführliche Prospekte in mehreren Sprachen durch die

Kurverwaltung in BAD HALL.

Der Versandt von frischgefülltem



RADEINER

Sauerbrunn

findet täglich statt. Prospecte bei allen Verkaufsstellen und von der **Brunnenverwaltung** in **Bad Radein,** Steiermark.

Hauptdépôt: Wien, I., Fleischmarkt Nr. 8. (1332)

PERLEN DES Dr CLERTAN

Von der medizinischen Akademie in Paris genehmigtes Verfahren

GUAJACOL-CLERTAN

Jede Perle enthält unter einer dünn gallertartigen, durchsichtigen und leicht löslichen Umhüllung, 5 centigr. **Guajacol.** — MITTLERE DOSIS: 4 per Tag, 2 bei jeder Haupt-Mahlzeit. Die **Guajacol-Perlen des Dr. CLERTAN** sind nur in Flacons von je 30 Perlen und zum Preise von fl. 1.— ö. W. per Flacon erhältlich.

CREOSOT-CLERTAN

Jede Perle enthält unter einer dünn gallertartigen, durchsichtigen und leicht löslichen Umhüllung, 5 centigr. ***Kreosot.*** — MITTLERE DOSIS: 4 per Tag, 2 bei jeder Haupt-Mahlzeit. — Die **Kreosot-Clertan-Perlen** sind nur in Flacons von je 30 Perlen und zum Preise von fl. 1.— ö. W. per Flacon erhältlich. (1256

SANTAL-CLERTAN

Ol. Santal ostind. purissimum.

Jede Perle enthält, unter einer dünn gallertartigen, durchsichtigen und leicht löslichen Umhüllung, 5 Tropfen reines ***Santal-Œl.*** — MITTLERE DOSIS: 8 per Tag, in 2 oder 3 Dosen. — Die **Santal-Clertan-Perlen** sind nur in Flacons von je 30 Perlen à fl. 1.60 erhältlich.

In **WIEN**: Engelapotheke, Bognergasse 13; Zum schwarzen Bären, am Lugeck; Zum heiligen Leopold, Plankengasse; Alte k. k. Feldapotheke, am Stephansplatz; Zum rothen Krebs, Hoher Markt; Dr. A. Rosenberg's Apotheke zum König von Ungarn, I., Fleischmarkt. In **BUDAPEST**: bei Herrn Josef von Török. In **PRAG**: bei Herren Fürst und W. Adam. In **GRAZ**: bei Herren Anton Nedwed und Purgleitner, etc. etc.

PREBLAUER

SAUERBRUNNEN. Der Preblauer Sauerbrunnen, reinster alkalischer Alpensäuerling von ausgezeichneter Wirkung bei **chron. Catarrhen,** speciell bei Harnsäurebildung, chron. Catarrh der Blase, **Blasen- u. Nierensteinbildung** und bei **Bright'scher Nierenkrankheit.** — Durch s. Zusammensetzung und Wohlgeschmack zugl. bestes diät. und erfrischendes Getränk. — **Preblauer Brunnenverwaltung in Preblau,** Post **St. Leonhard** (Kärnten). (1360)

PRIVAT-HEILANSTALT

des

kaiserl. Rath Dr. ALBIN EDER 981

Wien, VIII., Schmidgasse 14.

Vorzügliche Pflege, mässige Preise. — Programmzusendungen auf Wunsch gratis.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Debit *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9.

VII. Jahrgang. Wien, 11. Juni 1893. Nr. 24.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl., halbj 5 fl., viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die Behandlung der Syphilis durch Blutserum.

Von

Prof. Pierleone Tommasoli, [1])

Vorstand der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten an der Universität zu Modena.

Als ich vor nicht langer Zeit in einem Aufsatze, welcher in der «Gazzetta Medica delle Marche» (Jahrg. I., Nr. 1) erschien, die Immunität gegen Syphilis und Lepra besprach, gab ich meinem nicht geringen Staunen darüber Ausdruck. dass noch Niemand untersucht habe, inwieweit gegen diese Affektionen Injektionen von Blutserum von immunen Thieren wirksam seien. Ich begann meine diesbezüglichen Versuche zu Anfang vorigen Jahres.

Obwohl Prof. BOUCHARD (Paris) die Hämotherapie als noch nicht reif für die Anwendung auf den Menschen bezeichnete und die Nothwendigkeit noch weiterer Laboratoriumsarbeiten betonte [2]), entschloss ich mich dennoch, einige Versuche am Menschen durchzuführen. Die Ergebnisse meiner bisherigen Studien werden vielleicht den Anstoss zu neuen und vollkommenen Versuchen geben.

Zu meinen Versuchen verwendete ich Serum von Lamm- und Kalbsblut. Ich injicirte dasselbe intramuskulär in die Nates und bediente mich hierzu der TURSINI'schen Injektionsspritze. Die Serumquantität, die jedesmal eingespritzt wurde, betrug, je nach den Fällen, nicht weniger als 3 *kcm* und nicht mehr als 8 *kcm.* Bequeme Arbeitsräume und reichliche Hilfsmittel standen mir leider — bei der dürftigen Dotation meiner Klinik — nicht zu Gebote, ich war aber nach Möglichkeit bemüht, eine sterile Flüssigkeit herzustellen. Die Injektionsstelle wurde jedesmal vor und nach jeder Injektion mit Sublimatlösung (2 ‰) ausgiebig gewaschen.

Diese Injektionen wurden an 13 Kranken vorgenommen, worunter die meisten, die schwersten und ausgesprochensten Formen der sekundären Syphilis an verschiedenen Körperregionen darboten. Ein Patient, welcher bereits sechs Monate vorher eine schwere Initialsklerose und vor zwei Monaten eine beträchtliche Roseola aufwies, litt zur Zeit der Injektionsbehandlung an einer Periostitis des linken Malleolus ext. und an einem hämorrhagischen Syphilid der ganzen linken unteren Extremität. So weit es möglich war, bekam jeder Kranke, nachdem die spezifischen Erscheinungen völlig verschwunden waren, noch 2 oder 3 Injektionen von mittlerer Dosis. Im Allgemeinen wurden bei jedem Kranken 6 Injektionen gemacht. In einem einzigen Falle ging ich bis zu 13 Injektionen, und zwar nicht etwa wegen der Schwere der Erscheinungen, welche sogar sehr rasch und vollständig zurückgingen, sondern weil dieselben von der betreffenden Kranken — es war eine junge kräftige öffentliche Dirne mit vegetirenden und exulcerirten Papeln am Anus — sehr gut vertragen wurden, und ich diese Gelegenheit gut ausnützen wollte, um Daten zu erlangen, die unserem vielseitigen Probleme von Nutzen sein könnten.

Ich gehe nun daran, im Nachfolgenden über die von mir erzielten Resultate kurz zu berichten.

In allen Fällen sah ich unter der Injektionsbehandlung die syphilitischen Erscheinungen — welcher Art sie auch sein mochten — mit einer Raschheit verschwinden, wie dies nach keiner anderen Behandlungsmethode erreichbar ist. Fast alle Patienten konnten in der That schon innerhalb der ersten zwei Wochen als vollständig geheilt betrachtet werden. In fast allen Fällen waren nach der sechsten Injektion selbst die schwersten

[1]) Dieser interessante Vortrag des berühmten italienischen Dermatologen hätte auf dem jüngsten «Intern. Dermat.-Kongresse» zu Wien gehalten werden sollen, doch war Prof. TOMMASOLI daran verhindert und überliess uns denselben zur Veröffentlichung in der «Internat. Klinischen Rundschau.» Die Red.

[2]) Nachdem, wie unseren Lesern bekannt, zuerst Prof. SEMMOLA in Neapel die «Hämotherapie» gegen Tuberkulose vor mehr als 3 Jahren angewendet hat, ist diese Behandlungsmethode vielfach, in manchen Fällen mit anscheinend gutem Erfolge, gegen verschiedene andere Infektionskrankheiten (Typhus, Tetanus, Diphtherie, Cholera etc.) versucht worden. Ob aber diese neue Methode von unzweifelhaftem Nutzen für die Therapie oder mindestens die Prophylaxe der Infektionskrankheiten ist, das wird erst die Zukunft lehren. Gegenwärtig lässt sich ein abschliessendes Urtheil darüber nicht geben. Der Ref.

syphilitischen Erscheinungen entweder völlig verschwunden oder mindestens erheblich gebessert. Kein einziger Kranker bedurfte einer Behandlungsdauer über drei Wochen. Bei der Mehrzahl meiner Kranken ist die Behandlung seit 7, 6 oder 4 Monaten beendet, und ich kann sagen, dass bei keinem einzigen irgend welche syphilitische Manifestationen wieder hervorgetreten sind. Das scheint mir bisher die erfreulichste Thatsache in der Serumtherapie gegen die Syphilis.

Sollten — wie ich glaube und hoffe — die weitere Beobachtung der experimentirten Fälle und die weiteren Versuche diese Thatsache bestätigen, die wie ein Versprechen und ein Lichtstrahl einer ersten Morgenröthe aus meinen ersten Versuchen sich ergibt, dann wird auch die Zukunft der Hämotherapie und Syphilis gesichert erscheinen.

Von den Zufällen die in Folge der Blutserum-Injektionen auftreten, sind einige, ich möchte sagen, konstant und vielleicht unvermeidlich, andere accidentell und selten. Ich beobachtete bei meinen Kranken folgende konstante Nebenerscheinungen: Fieber, stets gering und vorübergehend, folgte auf jede Injektion; Schmerzhaftigkeit und Induration an der Injektionsstelle und Turgor der entsprechenden Gesässhälfte: diese Symptome fehlen bei den ersten Einspritzungen, treten aber später fast regelmässig auf, namentlich, wenn die Serummenge mehr als 4 *kcm* beträgt, sie haben stets einen milden und vorübergehenden Charakter; Appetitlosigkeit, allgemeines Unwohlsein und Kopfschmerzen, sämmtlich Symptome von nicht ernster Bedeutung und nicht lange andauernd aber regelmässig auftretend nach den Injektionen auf Individuen, die vorweg unter schlechten allgemeinen Bedingungen sich befinden. Unter den accidentellen Nebenerscheinungen nenne ich: die Erytheme, die insbesondere bei schwachen und leucorrhoischen Frauen sich zeigen; Blässe, Schwäche und Hypothermie, die in den Intervallen zwischen zwei Injektionen auftreten und gleichfalls flüchtige Symptome darstellen, denen man bei herabgekommenen Kranken begegnet.

Bei der Vervollkommnung der Methode und bei Anwendung von besseren Hilfsmitteln hoffe ich die erwähnten Zufälle auf ein noch geringeres Maass reducirt zu sehen, so dass man diesbezüglich andere mit Quecksilberpräparaten vorgenommene Injektionen nicht vorzuziehen haben wird.

Amblyopia diabetica.*)

Von

Prof. Ludwig Mauthner.

(Fortsetzung.)

In der That haben wir ja schon von den durch Läsion der Opticusstrahlung und der Opticuscentren, sowie des Opticusstammes erzeugten hemianopischen Störungen, sowie ein- und doppelseitigen Amaurosen und Amblyopien gehandelt, die zunächst ohne ophthalmoskopischen Befund auftreten. Von diesen Formen der Amblyopia diabetica kann daher in diesem Kapitel nicht die Rede sein. Das, was von sehr zahlreichen Autoren als Amblyopia diabetica beschrieben wird, ist in der That eine Form der Amblyopie, über die wir bisher nicht gesprochen haben. Die Amblyopia diabetica κατ' ἐξοχήν ist das centrale Scotom ohne Beschränkung des peripheren Sehens und ohne Augenspiegelbefund.

In Betreff dieser Amblyopia diabetica habe ich gar merkwürdige Erfahrungen gemacht. In all' den zahlreichen Fällen von centraler Amblyopie, die ich direkt sah und bei denen ich eine Urin-Analyse erlangen konnte, fehlte der Zucker im Urin. Alle diejenigen Fälle aber, die sich mir mit der Diagnose «Amblyopia diabetica» vorstellten oder die mir erklärten, dass sie an Diabetes leiden und bei denen sich eine centrale Amblyopie fand, waren nicht mit Amblyopia diabetica behaftet.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 6, 7, 9, 11, 16, 21, 1893.

Die Fälle der letzteren Kategorie sind die nachfolgenden:

1. Herr K., 30. September 1884, circa 60 Jahre alt, erklärt mir, dass er nach Ausspruch der Aerzte an Diabetes leide und dass in Folge dieses Leidens sein Auge ergriffen sei, so dass sein Sehvermögen immer mehr verfalle. Trotz der strengsten antidiabetischen Kuren und trotzdem gegenwärtig der Zucker aus dem Urin ganz verschwunden sei, sehe er immer schlechter und schlechter. Von Lesen und Schreiben sei schon lange nicht die Rede mehr, aber die einzige Zerstreuung, die er noch hatte, das Billardspiel, sei ihm nunmehr auch unmöglich geworden. Er sei in Verzweiflung. Zwar konsultire er auch mich noch, jedoch ohne Hoffnung auf Hilfe. Meine Frage, ob er ein starker Raucher sei, bejahte Patient mit dem Zusatze, dass er sehr stark rauche; auf meine weitere Frage, ob ihm denn noch Niemand das Rauchen verboten habe, antwortete er verneinend. Ich empfahl Abstinenz und Strychnininjektionen. Der Kranke wurde vollständig geheilt. Ich finde die Höhe seiner Sehschärfe nicht notirt. Aber ich habe Herrn K. in späterer Zeit wiederholt gesehen und immer die Versicherung vernommen, dass er über seine Augen keine Klage vorzubringen habe.

2. Herr N., circa 55 Jahre alt, kommt in Begleitung seines Arztes mit der Diagnose: «Amblyopia diabetica.» Dieselbe Leidensgeschichte: «Er leide an Schlechtsichtigkeit und Diabetes.» Das Sehen werde immer schlechter, trotzdem sein Diabetes beinahe geschwunden sei und sein Allgemeinbefinden nichts zu wünschen übrig lasse. Auf meine Frage, ob er ein Raucher sei, umspielt ein ironisches Lächeln des Patienten Mund. «Man habe ihn schon oft darnach gefragt, aber ebenso oft habe er die Erklärung gehört, dass die wenigen Cigarren, die er rauche, nicht die Ursache seiner Augenkrankheit seien, die vielmehr vom Diabetes abhänge.» Ich erlaubte mir nach Feststellung des centralen Tabak-Scotoms entgegengesetzter Ansicht zu sein und empfahl Abstinenz und Strychnin. Mit ungläubigem Kopfschütteln verliess mich der Kranke. Zu seinem Glücke hat derselbe doch meinen Rath befolgt. Wie ich nachträglich durch Dr. S. Klein erfuhr, wurde sein Sehvermögen wieder vollkommen hergestellt.

3. Herr R., 6[illegible] Jahre alt, 24. Mai 1892 kommt mit der Diagnose: «Amblyopia diabetica» und mit der Analyse: 2% Zucker. Er war früher nicht befragt worden, ob er Raucher sei; es stellt sich heraus, dass er von 4 Uhr Früh bis 8 Uhr Abends nur mit kurzen Unterbrechungen rauche. Rechts: V 5/50, Links: V 5/18, Gesichtsfeld frei, pericentrales Rothscotom (im Horizont weiter nach innen (12°) als nach aussen (4°) reichend). Patient war eben im Begriffe, nach Karlsbad zu gehen. Es wäre, um die Fehldiagnose sicher zu stellen, interessant, aber nicht human gewesen, den Kranken auf die Schädlichkeit des Rauchens nicht aufmerksam zu machen. Wie zum Lohne dafür hat Patient in anderer Weise den erwünschten Beweis geliefert. Derselbe erschien nämlich am 12. Mai 1893 wieder und berichtete: «Er habe im vorigen Jahre durch acht Wochen gar nicht geraucht und rauche seitdem sehr mässig. Ueber sein Sehvermögen habe er keine Klage mehr. Er möchte nur wissen, ob er noch Zucker habe.» Die Untersuchung ergibt: Rechts V 6/18, Links V 6/6 nahezu voll, das früher totale Rothscotom soweit gebessert, dass Roth nunmehr im Centrum blos etwas dunkler erscheint. Der Urin (im med.-chem. Institut der Poliklinik untersucht) zeigt wenig Eiweiss und drei Perzent Zucker, während ein Jahr zuvor zur Zeit der hohen Amblyopie, als noch gar nichts zur Bekämpfung des Diabetes geschehen war, kein Eiweiss und nur zwei Perzent Zucker da waren.

4. J. B., 23. Juni 1892, kommt mit der Diagnose: Amblyopia, Leberverhärtung und zeitweiliges Zuckerharnen. Rechts V 5/18, Links V 5/50, centrales Rothscotom. Es ergibt sich, dass Patient von 5 Uhr Früh bis Mitternacht bis zu 3 «Packeln» Tabak (eine schier abenteuerliche Leistung!) raucht. Abstinenz und Strychnininjektion empfohlen. Nach der ersten Injektion entzieht sich Patient der Beobachtung.

5. Herr W., 40 Jahre alt, 27. Dezember 1892, erzählt, dass er schon vor zwei Jahren meinen Rath eingeholt habe. Damals wurde von mir die Diagnose: Tabakamblyopie gemacht, Abstinenz und Strychnin empfohlen. Patient ging aufs Land, rauchte nicht und konnte nach drei Wochen wieder lesen. Im Beginne des laufenden Jahres wurde er schwach und elend. Man machte die Diagnose: Diabetes mit 6·5 % Zucker. Durch Diät sank der Zucker auf 4·5 %; Karlsbad, wo Patient die «strengste Diät» beobachtete, verliess er mit 3·5 %. Da aber der Zucker nicht schwinden wollte und das Allgemeinbefinden viel zu wünschen übrig liess, gab Pat. die antidiabetische Diät vollständig auf. Nachdem er so durch 6 Wochen in der unmässigsten Weise Alles gegessen und getrunken hatte, liess er den Urin untersuchen und die Analyse (Dr. Jolles) ergab jetzt nach der Angabe des Patienten nur 0·2 %, eine Woche später sogar nur 0·125 % Zucker. Patient fühlt sich auch viel kräftiger, aber seit einiger Zeit verschlechtert sich das Sehen wieder und ist im Momente wieder soweit gesunken, dass er nicht mehr lesen kann.

Herr W. gehört zu den unmässigsten Schlemmern, namentlich zu den unmässigsten Rauchern und Trinkern, die mir je untergekommen sind. Es ist richtig! er hat in Karlsbad die «strengste Diät» gehalten, d. h. er hat Zucker und Amylacea strengstens vermieden, aber er hat selbst in Karlsbad täglich zwölf bis dreizehn Virginia-Cigarren geraucht und auf einen Sitz 12—15 Gläschen Cognac getrunken. Es wird dem Patienten Abstinenz von Tabak und Alkohol empfohlen — er ging und ward nicht mehr gesehen.

Dies ist ein ganz ausgezeichneter Fall. Es ist möglich, dass Herr W., als er die erste Attaque der centralen Amblyopie erlitt (Patient befolgte weder den Rath, den Urin untersuchen noch den, sich Strychnininjektionen machen zu lassen) bereits Diabetes hatte, aber sicher ist, dass diese Amblyopie einfach durch Abstinenz von Tabak in 3 Wochen heilte. Ebenso ist sicher, dass zur Zeit, als später die Symptome eines schweren Diabetes anhielten, das Sehvermögen nicht angegriffen wurde, dass vielmehr die zweite Amblyopie-Attaque erst auftrat, als der Diabetes beim Verlassen der antidiabetischen Diät schwand, so dass an demselben (es war bei gemischter Kost nur 1/8 % Zucker da!) nichts mehr zu curiren war.

Diesen 5 Fällen von centraler Amblyopie bei Diabetes ohne Spiegelbefund will ich einen sechsten anreihen, um zu zeigen, dass man das Gebiet der Amblyopia «diabetica» scharf umgrenzen muss.

6. Herr S. M., 6 März 1893, leidet seit 5 Jahren an Diabetes, während das Augenleiden mehrere Jahre länger besteht. Bei Beginn des Augenleidens war der Urin mehrmals untersucht worden, aber mit negativem Resultate. Vor 5 Jahren war 5 % Zucker festgestellt worden. Seit 5 Jahren hält Patient eine ausserordentlich strenge Diät, geniesst täglich nur Theile der Rinde eines Weissbrotes. Zuckerfrei ist der Urin trotzdem nicht; einige Zehntel sind immer da. Das Allgemeinbefinden ist ein vortreffliches, lässt nach keiner Richtung hin etwas zu wünschen übrig, aber die Abnahme des Sehvermögens schreitet langsam vor.

Patient hat mit den Cylindergläsern, die er trägt, jederseits V 6/24, liest mit + 3 D Nr. 3 Jäger auf 20 *cm*. Prüft man am Perimeter die Grenzen für Weiss, so reichen dieselben im Horizont Links 90° lateralwärts, 55° medialwärts, Rechts 75° lateral, 55° medial, erreichen daher Links das normale Maass, während Rechts die laterale Grenze um 15° verengt ist. Prüft man dagegen mit Farben, so wird weder Rechts noch Links das rothe Quadrat (von 10 *mm* Seite) erkannt, weder peripher noch central. Für Grün reichen die Grenzen 10° lateral, 10° medial, aber gerade im Fixirpunkt besteht ein totales centrales Scotom für Grün, und zwar verhalten sich in dieser Hinsicht beide Augen gleich. Blau endlich hat seine laterale Grenze bei 35°, seine mediale bei 20° für das rechte, seine laterale wie mediale Grenze bei 10° für das linke Auge. Ausserdem besteht für beide Augen ein leichtes centrales Scotom für Blau, indem am Nullpunkte des Perimeters das blaue Quadrat undeutlicher und dunkler erscheint. Die Sehnerven sind blasser als normal; Alkohol- oder Tabak-Missbrauch ist nicht nachzuweisen. Es handelt sich um ein progressives Sehnervenleiden, das vor dem Diabetes begonnen, das trotz 5jähriger strenger Diät und ungestörter Ernährung immer weiter vorschreitet und allem Anscheine nach mit dem Diabetes in gar keinem Zusammenhange steht.

In der Literatur der Amblyopia «diabetica», die ich zum Schlusse bringe, habe ich nur Fälle von centralem Scotom angeführt, wobei auch eine geringe Einengung von der Peripherie vorhanden sein kann, wie dies manchmal bei der Trinker- und Raucher-Amblyopie vorkommt. Ich muss hier auf die 3 Fälle zurückkommen, welche Theodor Leber in seiner grundlegenden Arbeit: «Ueber die Erkrankungen des Auges bei Diabetes mellitus» [1]) als «Amblyopie ohne ophthalmoskopischen Befund» aus eigener Erfahrung vorführt und die seitdem den deutschen Ophthalmologen als erster sicherer Beweis für die Existenz dieser Amblyopie dienten. Von diesen 3 Fällen konnte in der folgenden Literatur nur einer berücksichtigt werden, wenngleich es sich auch da thatsächlich um eine Raucher- und Trinker-Amblyopie handelt. Von den zwei anderen Fällen betrifft der eine einen 73jährigen Diabetiker, bei dem hemianopische Defekte, wie Leber selbst anzunehmen nicht abgeneigt ist, durch Hirnblutungen herbeigeführt wurden, daher dieser Fall schon früher (Kap. III) eingereiht erscheint, während der zweite durch die sehr hochgradige centrale und periphere Sehstörung eines Auges und durch die allmälige Besserung als eine gewöhnliche retrobulbäre Neuritis sich kundgibt, wobei es noch ausserdem zweifelhaft erscheint, ob es sich überhaupt um Diabetes handelte, da eine quantitative Bestimmung des Zuckers nicht vorliegt, die «Zucker»reaktion in relativ kurzer Zeit schwand, später, als wieder Zucker da zu sein schien, O. Liebreich keinen Zucker fand und der Zucker während einer 4jährigen Beobachtung nicht wiederkehrte. Die Methoden der Zuckerbestimmung, die nicht von Leber vorgenommen wurde, sind nicht angegeben; unwillkürlich muss man daran denken, dass möglicher Weise eine andere reducirende Substanz Schuld an der vorübergehenden «Zucker»reaktion war.

Die oben vorgeführten 5 Fälle von Amblyopia «diabetica», d. h. von centralem Scotom bei Diabetes lehren unwiderlegbar folgende Thatsachen:

1. Die Amblyopie wird nicht geheilt durch die strengsten antidiabetischen Kuren, kommt dagegen nachträglich zur Heilung durch Enthaltung von Tabak (Fall 1 und 2).

2. Zur Heilung der Amblyopie ist es nicht nothwendig, dass zuerst der Diabetes sich bessert, bez. der Zucker aus dem Urin schwindet. Die Heilung der Amblyopie erfolgt durch Abstinenz auch dann, wenn das diabetische Leiden als solches eine Verschlimmerung erfährt (Fall 3).

3. Die Amblyopie wird durch Abstinenz geheilt, auch wenn der zur Zeit wahrscheinlich schon vorhandene Diabetes gar nicht erkannt wird. Die durch Abstinenz geheilte Amblyopie wird auch durch ein sehr schweres Diabetes-Stadium nicht wieder hervorgerufen; sie kann aber gerade zu der Zeit wieder hervortreten, da die diabetischen Erscheinungen in vollem Rückzuge begriffen sind, falls der Missbrauch wieder excessiv geworden (Fall 5).

Alle von mir gesehenen Fälle von Amblyopia «diabetica» fussten auf dem Abusus von Tabak oder von Tabak und Alkohol. Sie kamen durch Abstinenz zur Heilung; für die Heilung war es ganz gleichgiltig, ob früher antidiabetische Kur durchgeführt wurde oder ob der Diabetes sich inzwischen verschlimmerte oder ob der wahrscheinlich vorhandene Diabetes gar nicht erkannt wurde.

Die nächste Frage, die sich von selbst aufdrängt, ist die, ob nicht der Diabetes die indirekte Ursache der Amblyopie abgibt, d. h. ob nicht das Gift des Tabaks und des Alkohols in dem durch den Diabetes in seiner Ernährung

[1]) v. Graefe's Archiv, XXI., 3, pag. 206—337, 1875.

ohnehin schon gestörten Sehnerven leichter seine schädliche Wirkung entfalten kann als in einem normal ernährten Nervengebilde. Eine solche Auffassung hat viel Wahrscheinliches für sich. Sonderbarer Weise kann ich dieselbe durch die eigene Erfahrung nicht bestätigen. Es ist ein besonderes Spiel des Zufalls, dass in allen den zahlreichen Fällen, die nicht schon mit der Diagnose: «Diabetes» zu mir kamen, sondern sich wegen ihrer Amblyopie direkt an mich wandten, niemals Zucker im Urin gefunden wurde, wobei ich zu bemerken nicht unterlassen will, dass die Untersuchung stets von fachmännischer Seite ausgeführt wurde.

Ich bin daher auf Grund der eigenen Erfahrungen nicht in der Lage, zu behaupten, dass Amblyopia ex abusu bei Diabetikern häufiger vorkomme als bei Nichtdiabetikern; sicher scheint mir, dass wenn diese Amblyopie bei Diabetikern auch indirekt durch den Diabetes hervorgerufen sein sollte, dieselbe nicht durch Behandlung des Diabetes, sondern nur durch die Behandlung der Amblyopie als solcher, d. i. durch Abstinenz zur Heilung kommen kann.

Die zweite Frage, deren Beantwortung an uns herantritt, ist die: «Wenn es auch zweifellos richtig ist, das Krankheitsbilder, die für Amblyopia diabetica gehalten werden, solche der Amblyopia ex abusu sind, gibt es nicht ausserdem eine wahre Amblyopia diabetica?» Wir haben (Kapitel IV) zugegeben, dass durch die diabetischen Toxine lokale Entzündungen im Sehorgan erregt werden können; wir haben in specie zugegeben, dass es eine diabetische Neuritis retrobulbaris im Allgemeinen gibt. Warum sollte nicht auch jene Sehnervenerkrankung, die sich auf die papillo-maculären Fasern des Sehnerven beschränkt, und die der Amblyopia centralis zu Grunde liegt, durch diabetische Toxine erzeugt werden können?

Die pathologische Anatomie gibt keine Aufklärung. Die Präparate, welche Nettleship (1881) in dem einzigen Falle von Amblyopia diabetica erhielt, waren so identisch mit den von Samelsohn (1881) bei nicht diabetischer centraler Amblyopie erhaltenen Befunden, dass Letzterer Nettleship's Präparate von den seinigen «kaum zu unterscheiden vermochte» und anderseits Nettleship erklärte, «that one description would almost suffice for the two specimens.» Kein Wunder! Denn Nettleship's Diabetiker (mit V 20/70 und centralem Scotom für Roth) war ein starker Raucher und beide, Samelsohn sowohl als Nettleship hatten Präparate ntcht diabetischer Neuritis centralis vor sich.

Gibt es vielleicht im klinischen Bilde Unterscheidungsmerkmale für die beiden Formen der centralen Amblyopie? Galezowski behauptet (1879), die diabetische Amblyopie sei häufiger ein- als doppelseitig. die Farbenstörung fehle gänzlich und der Sehnerv sei eher roth als blass. All' das kann auch bei der Intoxikations-Amblyopie vorkommen, wenngleich es bei dieser die Ausnahme bildet. Aber wenn die Angaben Galezowski's richtig wären, dann müssten fast alle speziell und genauer beschriebenen Fälle von Amblyopia diabetica gestrichen werden, weil es sich da fast immer um doppelseitige Amblyopie mit Farbenscotom handelt.

(Schluss folgt.)

Ueber die antidyspeptische Medikation.

Von

Professor Hayem.

(Fortsetzung und Schluss.)

Prof. Hayem kommt nun auf jedes der genannten Symptome zurück und unterzieht dieselben einer sorgfältigen Studie.

Er theilt die Dilatationen in drei Gruppen ein; die erste Gruppe, welche die Dilatation in Verbindung mit den evolutiven und sekretorischen Störungen umfasst, schliesst sich an die Hyperpepsie an; die zweite Gruppe umfasst die paralytische oder paretische Dilatation in Folge von geschwächter reflektorischer Kontraktion, in Folge von Atonie, und die dritte Gruppe bezieht sich auf die mechanische oder statische Dilatation. Autor beschreibt die Erscheinungen des Erbrechens, der Gastralgien, der Flatulenz, ferner die Mund- und Darm-Dyspepsien, die vermehrte Salivation, die Obstipation und die Diarrhoe, die Enterotose und die konsecutiven nervösen Zustände, und führt die Beziehungen an, welche zwischen diesen Symptomen und den verschiedenen gastrischen Zuständen bestehen, so wie auch die Indikationen, welche aus der Konstatirung dieser Symptome für die zu befolgende Behandlung resultiren.

In pathogenetischer Beziehung studirt der Autor die Rolle, welche den Mikroorganismen bei den Dyspepsien zufallen. Während sich die Mikroorganismen bei der Hyperpepsie in sehr grosser Zahl finden, so ist deren Zahl in dem Magensafte des Hypopeptischen keine beträchtliche. — Verfasser geht auch den äusseren Ursachen nach, welche die Dyspepsie erzeugen, und findet, dass dieselben sehr zahlreich seien, wie z. B. die mannigfachen professionellen Beschäftigungen, die Sorge, die Ueberanstrengung, die schlechten hygienischen Verhältnisse, der Alkohol, der Tabak, die Medikamente und der Missbrauch des Mieders. Prof. Hayem bespricht hierauf den Zustand des Magens bei Krebs, wo sich Hypopepsie findet, ferner den Magenzustand bei den verschiedenen Gastritiden, wie z. B. bei der Alkohol- und Tabak-Gastritis, bei der medikamentösen und infektiösen Gastritis, bei der Chlorose, bei der perniciösen Anämie, bei der Tuberkulose, bei der Nephritis, bei den Krankheiten der Leber, des Herzens, bei Nährungsstörungen, und endlich, sich der wichtigen Frage der nervösen Dyspepsie zuwendend, beschreibt der Autor zwei Kategorien von Fällen, nämlich: 1. die nervöse Form der organopathischen Dyspepsie, und 2. die gastrischen Anfälle, die man im Verlaufe gewisser nervöser Affektionen beobachtet, wie z. B. bei gewissen Neurosen, bei gewissen medullären Erkrankungen, so z. B. bei der Ataxie, und in diese Kategorie könnte auch das *Erbrechen* der Schwangeren gebracht werden.

In allen Fällen jedoch handelt es sich um eine Läsion des Magens; das nervöse Moment scheint bei der Dyspepsie eher eine Art von Reaktionsmodus zu sein, als ein pathogenetischer Faktor. In den meisten Fällen ist die Gastropathie zuerst vorhanden und sie nimmt nur deshalb eine nervöse Form an, weil sie sich bei einem neuropathischen Individuum entwickelt.

Was die pathologisch-anatomischen Verhältnisse betrifft, so beobachtet man, dass vollkommen begrenzte Läsionen den verschiedenen klinischen Symptomen und den Befunden bei der chemischen Untersuchung entsprechen. — Die hyperpeptische Gastritis, die der Hyperpepsie und der Hyperchlorhydrie, sowohl der initialen als auch der Spätform derselben, entspricht, kommt auf Rechnung einer parenchymatösen Veränderung der Magenschleimhaut; es handelt sich hierbei um eine Modifikation der Drüsen mit Vermehrung der Zellen.

In der ganzen Ausdehnung des Magens findet sich nur ein einziger Typus von persistirenden Zellen, welche durch ihre Charaktere den sogenannten Auskleidungszellen entsprechen. Im Gegensatze hierzu entsprechen der Hypopepsie und der Apepsie die verschiedenen Zustände der Magenschleimhaut, in denen dieselbe einer nervösen Entartung unterlegen ist, oder bei welchen das interstielle Gewebe eine derartige Entwicklung erfahren hat, dass die drüsigen Elemente des Magens ganz in den Hintergrund gedrängt wurden.

Nur nachdem man die Diagnose der Form der Gastritis, die man vor sich hat, festgestellt hat, kann man eine fruchtbringende Medikation befolgen. Vor Allem wird es das Regime sein, mit dem man es dahin bringen wird, die Reizzustände, welche die Gastropathie ausmachen, zu beseitigen. Die Medikamente werden in manchen Fällen als Adjuvantia nützliche Dienste leisten, aber man muss dieselben mit grosser Reserve gebrauchen, weil sie fast alle die Magenschleimhaut reizen.

Bei der Hyperpepsie bildet die Milch die Grundlage der Behandlung. Das Milchregime wird das ausschliessliche Nahrungs-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 23, 1893.

mittel bei den schweren Formen der Hyperchlorhydrie und bei Ulcus Ventriculi sein, und in den minder schweren Fällen kann man dieses Regime mit leicht verdauenden Nahrungsmitteln kombiniren, wie z. B. rohes geschabtes Fleisch in fettfreier Bouillon, Fleischsolution, halbweiche oder rohe Eier, Biscuits, auf dem Rost gebratenes Fleisch u. s. w.

In den Fällen von Gährungsprozessen im Magen sind Ausspülungen desselben mit Salicylsäure 1 : 1000 vorzunehmen.

Der unterbrochene Gebrauch der Alkalien kann auch von Nutzen sein. Feuchte Einwicklungen, warme Fussbäder, alkalische Bäder, Waschungen und Douchen in Kombination mit Frictionen ebenso wie die Massage und die Elektricität leisten auch grosse Dienste.

In den Fällen von Hypopepsie ist das Milchregime noch dasjenige, das am meisten den Vorzug verdient. Dasselbe wird jedoch in diesen Fällen kein so absolutes sein wie bei der Hyperpepsie. Als Adjuvantia wird man das Pepsin, das Papain und die alkalinischen Mittel, vor der Mahlzeit genommen, gebrauchen können. — Wenn es sich um Dilatationen mit abnormen Gährungsprozessen handelt, so wird man zu den häufig wiederholten Auswaschungen mit einer leicht antiseptischen Lösung (Salicylsäure oder Borsäure) seine Zuflucht nehmen können; man wird sich auch der Salzsäure und des Strychnin gegen die Apepsie bedienen können. Mit der Kefirkur hat Prof. HAYEM glänzende Resultate erzielt. Der Kranke nimmt täglich 2—5 Flaschen Kefir. Kefir erweist sich als von besonderer Wirksamkeit in der Behandlung der schweren Hyperpepsie und der Apepsie. *L. L.*

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 2. Juni 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Dozent Dr. J. Hochenegg: *Demonstration eines sicheren Sterilisationsverfahrens.* (Autoreferat.)

Wie allgemein bekannt, wird bei unseren Operationen und bei unserer Wundnachbehandlung immer mehr und mehr das antiseptische Verfahren verlassen und durch das aseptische Verfahren ersetzt. Die Instrumente werden knapp vor der Operation durch 5 Minuten in Sodalösung gesteckt und aus dieser gereicht. Statt der früher mit verschiedenen antiseptischen Flüssigkeiten, Karbolsäure oder Sublimat, imprägnirten Verbandstoffe und Tupfer werden heute sogenannte aseptische Gazetupfer verwendet.

Dieselben werden aus entfetteter weisser Gaze in beliebiger Form hergestellt, dann entweder durch trockene Hitze oder in überhitztem Wasserdampf vollkommen sterilisirt, was in verschieden konstruirten Apparaten geschieht, denen allen gemeinsam ist, dass die zu sterilisirenden Stoffe durch bestimmte Zeit einer Temperatur von über 100° C. ausgesetzt werden. Damit nun bei Herausnahme aus dem Sterilisationsapparate die Verbandstoffe nicht etwa durch schmutzige Hände wieder inficirt werden, pflegt man dieselben vor der Sterilisation in Blechbüchsen zu geben, die mitsterilisirt werden. In dieser gut schliessenden Blechbüchse verbleiben die jetzt keimfreien Stoffe bis zu ihrem Gebrauche.

So sicher dieses Verfahren ist so hat es doch einen Nachtheil; man sieht nämlich den Verbandstoffen nicht an, ob sie wirklich im Sterilisationsapparate waren, oder nicht. Namentlich auf Kliniken könnte leicht aus Unvorsichtigkeit oder Lässigkeit des Personales einmal eine Rolle nicht sterilisirter Tupfer gereicht werden. Jedenfalls ist es ein begreifliches Gefühl der Unsicherheit, das jeden Chirurgen, wenn er einmal an die Möglichkeit einer Verwechslung von sterilisirtem mit nicht sterilisirtem Material gedacht hat, nicht mehr verlassen wird.

Um mich in dieser Richtung zu sichern und immer kontroliren zu können, ob thatsächlich die zu Operationen verwendeten Verbände und Tupfermaterial auch wirklich sterilisirt worden waren, wandte ich mich an Herrn Prof. MAUTHNER mit der Bitte, mir einen indifferenten Farbstoff namhaft zu machen, welcher sich beim Sterilisiren dem Verbandstoffe mittheilen würde. So würden, dachte ich mir, die sterilisirten Stoffe leicht kenntlich sein. Herr Prof. MAUTHNER löste das Problem aber viel einfacher: er setzte mir einen gelbbraunen Farbstoff zusammen, welcher nun die für unsere Zwecke höchst wichtige Eigenschaft hat, dass er bei einer Hitze von über 100° C. intensiv roth wird und bleibt.

Ich gehe nun beim Sterilisiren der Verbandstoffe so vor, dass ich die aufgerollten oder zurechtgeschnittenen Stoffe an einer Seite mit der Farbe bestreiche. Wurden die Stoffe vorschriftsmässig sterilisirt, so sind die früher braunen Flecken roth geworden und nur solche Stoffe werden verwendet.

Da die rothe bei hoher Hitze entstehende Farbe durch Waschen nicht oder wenigstens schwer entfernt werden kann, ist es begreiflich, dass man Wäschestücke, wie Leintücher und Kompressen, Operationsröcke, die nach der Operation gewaschen werden, nicht so ohne weiteres mit der Farbe bestreichen kann; es würden dann bei jeder Sterilisation rothe unauswaschbare Flecke entstehen. Um dieses zu vermeiden, und doch auch bei diesen Gegenständen eine Kontrolle der stattgehabten Sterilisation zu haben, geht Vortragender so vor, dass er in eine Ecke der genannten Gegenstände das Datum einträgt. Die Schrift der früher braunen Flecke wird im Sterilisationsofen roth.

Die chemische Zusammensetzung des von MAUTHNER angegebenen Farbstoffes geht aus folgendem Recepte hervor:

Rp. Alum. acet. solut.
Pharm. Austr. VII. Edit. 150·0
Aqu. fontis 150·0
Alizerin en paste (20%) 5·0
Vor dem Gebrauche aufzuschütteln.

* * *

Prof. Englisch: *Ueber den hämorrhagischen Infarct des Hodens. (v. Volkmann).*

VOLKMANN machte zuerst an der Hand von zwei Fällen auf diese Erkrankung des Hodens aufmerksam, die er hämorrhagischen Infarct benannte. Im Laufe der Zeit kamen noch 4 Fälle dazu, von denen Vortragender 3 selbst beobachtete und bei zweien sich von den Veränderungen durch die Operation überzeugen konnte. Das Wesen der Erkrankung besteht darin, dass in Folge Thrombosirung der Venen des Plexus pampiniformis eine Anschoppung der kleinen Gefässe mit rothen Blutkörperchen zu Stande kommt, dass Blutaustritte an der Innenfläche der Tunica fibrosa auftreten, welche zusammenhängende Schichten bilden, und dass die einzelnen Elemente des Hodens auseinandergeworfen werden. Die Erkrankung beginnt meist mit peritonealen Erscheinungen, denen 2—3 Tage später eine sich nur auf den Hoden beschränkende Schwellung folgt, welche den Nebenhoden nur in sehr geringem Masse befällt. Während sich die gewöhnliche Entzündung vom Hoden nur ausnahmsweise auf die Umgebung fortpflanzt, zeigt diese Erkrankung die Eigenthümlichkeit, dass der Samenstrang rasch in eine derbe scharf umschriebene Geschwulst übergeht und das Scrotum in Form einer phlegmonösen Entzündung anschwillt. Vortragender betont den Collaps, den solche Individuen oft bei der Aufnahme zeigen und es unterliegt daher keinem Zweifel, dass das entzündliche Stadium tiefe Veränderungen im Organismus hervorruft. Wenn man daher die Vorläuferstadien und die rasche Veränderung des Samenstranges zusammenhält, so lässt sich mit Recht die Vermuthung aussprechen, dass der ganze Prozess auf eine Infektion zurückgeführt werden könne.

Bei der Operation findet man das Scrotum derb infiltrirt, die Tunica vaginalis dunkelblau verfärbt. Eröffnet man die Letztere, so entleert sich nur eine sehr geringe Menge serös-blutiger Flüssigkeit. Die Innenfläche der Tunica vaginalis zeigt strotzend gefüllte Venen. Der Hoden selbst ist wenig empfindlich, mehrfach geschwellt und zeigt beim Einschneiden das Bild eines durchschnittenen Coagulums; die Substanz derselben ist dunkelbraun-roth, die einzelnen Samenkanälchen sind nicht zu unterscheiden, ihr Lumen oft geschwunden und Andeutungen von Degeneration vorhanden. Die mikroskopischen Befunde decken sich im grossen Ganzen mit dem mikroskopischen Bilde, die Zellen zeigen eine Verwischung ihrer Kontur, Schlechtfärbung des Kernes u. s. w.

Die Diagnose eines hämorrhagischen Infarctes des Hodens ist nur dann zulässig, wenn alle anderen entzündlichen Erkrankungen des Hodens mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Die Ursachen dieser Erkrankung sind nicht so leicht zu eruiren. Die Thierversuche, welche in dieser Richtung angestellt wurden, um eine künstliche Thrombose herbeizuführen, haben ergeben, dass der hämorrhagische Infarct mit Störungen in den Gefässen des Samenstranges, speziell in den Aesten des Plexus pampiniformis zusammenhängt. Vortragender hat ferner die Beobachtung gemacht, dass man bei Kindern nicht so selten Hämatome des Samenstranges vorfindet. Meist ist dies der Fall bei Steissgeburten.

Bei diesen Hämatomen fanden sich oft genau dieselben Erscheinungen wie beim hämorrhagischen Infarct; es ist daher ein gewisses mechanisches Moment bei der Entstehung des Letzteren nicht ganz unwahrscheinlich. Da sich derselbe meist im jugendlichen Alter von 15—17 Jahren findet, so wäre es auch möglich, dass die dünnwandigen Gefässe dieser sehr zur Entstehung disponiren. Die Erkrankung findet sich meist auf der linken Seite, wofür die Länge der Venen verantwortlich zu machen wäre, während NIKOLADONI, gestützt auf mehrere Beobachtungen, die er bei Kryptorchismus gemacht, eine Drehung des Samenstranges als veranlassende Ursache annimmt. Sollte dann eine Atrophie des Hodens eintreten, müsste sich der Samenstrang um mehr als 300° drehen.

Unter VOLKMANN's Fällen fand sich nur ein Fall, bei dem ein vorausgegangenes Trauma konstatirt werden konnte, während in anderen Fällen vorausgegangene schwere Arbeit an der Entstehung beschuldigt wird. Es wurde zwar eine mechanische Reizung nicht mit Sicherheit nachgewiesen, aber die Anzahl der Fälle ist noch zu klein, um eine solche mit aller Sicherheit auszuschliessen.

Wie soll man nun bei der Behandlung vorgehen? VOLKMANN spricht sich entschieden für die Kastration aus. Da aber das Experiment ergeben hat, dass nach Thrombose des Plexus die Geschwulst unter Atrophie des Hodens zurückgehen kann, so sieht Vortragender von der sofortigen Kastration ab und empfiehlt im Anfang strenge Antiphlogose. In einem Falle, wo nur diese eingehalten wurde, kam es wohl zur Atrophie des Hodens, aber der Nebenhoden und das Vas deferens konnten in ihrer normalen Grösse erhalten bleiben. Ist nach 3—4 Tagen kein Stillstand eingetreten, macht ENGLISCH tiefe Einschnitte bis zum Corpus Highmoni. Dadurch kann man noch einen Theil der Hodensubstanz erhalten. Allerdings hat diese Methode den Nachtheil, dass sie einen etwas länger dauernden Prozess nach sich zieht, aber sie hat auch den moralischen Erfolg für sich, dass man einen sonst gesunden Menschen nicht ganz verstümmelt.

* * *

Primarius Dr. Bamberger: Ueber einige Fälle von Gehirnerkrankungen.

Vortragender berichtet über 4 Fälle von Gehirnerkrankungen, von denen 2 zur Sektion gelangten und die in vivo gestellte Diagnose «Blutung in das Centrum ovale» bestätigten. Die Symptome dieser Affektion sind nicht sehr charakteristisch und können ausserordentlich wechseln; die meiste Aehnlichkeit besitzen sie mit Blutungen unter die Rinde. Bei frischen Blutungen gesellen sich zu den lokalen Symptomen noch einige Fernsymptome. Zum Wesen der Blutungen im Centrum ovale gehören die epileptiformen Krämpfe in den gelähmten Gliedern.

In einem Falle, den Vortragender beobachtete, wurde ein alter Mann bewusstlos in seiner Wohnung aufgefunden und in tiefem Coma in das Spital gebracht. Linksseitige Hemiplegie, linker Ventrikel hypertrophisch, Eiweiss im Harn. Viele Anfälle von JACKSON'scher Epilepsie. Exitus letalis nach $1^1/_2$ Tagen. Sektion ergab innerhalb der Centralwindung mitten in der weissen Substanz eine haselnussgrosse Blutung. In ähnlicher Weise verliefen die anderen Fälle. Die JACKSON'sche Epilepsie ist aber nicht das Massgebende zur Diagnose, da sich dieselbe auch bei Tumoren, Gehirnsyphilis, Erweichungsheerden u. s. w. findet; da Rindenblutungen, welche ebenfalls mit Krämpfe einhergehen, zu den grössten Seltenheiten gehören, so ist man immerhin berechtigt, eher an Blutungen im Centrum ovale zu denken. Aehnlich sind auch die Symptome bei der Pachymeningitis hämorrhagica, doch liegen derselben entweder bestimmte ätiologische Momente (Syphilis, Alkoholismus, allgemeine Paralyse u. s. w.) zu Grunde. Meist gehen ihr gewisse Prodrome vorher, während ein apoplektischer Insult sehr selten ist. Intermeningeale Blutungen sind meist sehr kopiös und führen meist sehr rasch zum Tode oder zu sehr ausgebreiteten Lähmungen. Rindenerkrankungen bilden fast identische Bilder.

Die richtige Diagnose der Blutungen im Centrum ovale hat einen praktischen Werth für die Prognose, da diese eben nicht so schwer und bleibend ist wie Blutungen in der inneren Kapsel. In einem Falle, den Vortragender beobachtete, waren die Symptome der Blutung in wenigen Tagen vollkommen geschwunden. Die Diagnose ist ferner deshalb wichtig, weil die Fälle mit schweren epileptiformen Krämpfen sehr zur Trepanation aufmuntern; bevor man aber an eine solche schreitet, muss man Gewissheit darüber haben, ob es sich um eine Rindenblutung oder um eine Blutung im Centrum ovale handelt.

Prof. STOFFELA erwähnt, dass er einen Fall von rechtsseitige Hemiplegie mit epileptiformen Anfällen beobachtet habe, bei dem die Sektion eine Blutung in der vorderen Centralwindung ergab.

Dr. Em. Mandl.

Kongress der französischen Chirurgen.

Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

(Fortsetzung und Schluss.)

Prof. Hamon du Fougeray (Mans): *Chirurgie des Mittelohres.*

Der Vortragende stellt folgende Sätze auf: Bei suppurirten oder nicht suppurirten akuten Mittelohrerkrankungen muss die frühzeitige Paracenthese des Trommelfells der späten Intervention vorgezogen werden. Bei chronischen Affektionen ohne Exsudat (Sklerose) besteht die Hauptindikation in der Befreiung des Steigbügels. Diesem Zwecke entsprechen 2 Verfahren: wenn der Steigbügel beweglich ist, incudo-stapediale Exarticulation mit oder ohne Resektion des langen Ambosarmes; ist hingegen der Steigbügel unbeweglich, dann Stapedektomie nach dem BLAKE'schen Verfahren.

Bei chronischen Erkrankungen mit Exsudat (chronischer Katarrh) muss die Entleerung der Flüssigkeit durch die Paracenthese vorgenommen werden. Hierauf, wenn nöthig, Waschung der Trommelhöhle mittelst Sublimatlösung.

Bei chronischen Eiterungen muss man den Ausfluss zu unterdrücken trachten, die Granulation zerstören und die Tumoren abtragen. In den Fällen, in welchen die gewöhnlichen Mittel nicht ausreichen, sitzen die Läsionen tiefer. Dann muss man, je nach Umständen, das Operationsverfahren SEXTON's oder jenes STACKE's anwenden.

In Betreff der möglichen Komplikationen, entweder seitens des Warzenfortsatzes oder seitens des Hirns, muss man sich nicht auf ein palliatives Verfahren beschränken. Man muss auch die Trommelhöhle genauestens reinigen, denn so lange der Eiterherd noch vorhanden ist, kann der Kranke nicht als geheilt betrachtet werden.

Es darf keine Operation vorgenommen werden, ohne dass vorerst eine genaue Diagnose, sowohl in örtlicher Beziehung als auch vom funktionellen Standpunkte, gestellt wurde.

* * *

Prof. Louis Dor (Lyon): *Pathogene Eigenschaften des Staphylococcus cereus.*

Die verschiedenen unter dem Namen Staphylococcus cereus albus, cereus aureus, cereus citreus bekannten Mikroben sind nach den Untersuchungen des Verfassers eine und dieselbe Varietät eines pathogenen Pilzes, der nicht ein Staphylococcus ist. Dieser Mikroorganismus, der in der Reihe höher steht als die Staphylokokken, nimmt auf gewissen Nährmitteln das Aussehen von Staphylokokken an, was dessen Bezeichnung erklärte. Auf junge Meerschweinchen inoculirt, veranlasst dieser Mikroorganismus in der Zeit von 15 Tagen bis 3 Wochen eine Lockerung sämmtlicher Epiphysen

jedoch ohne Suppuration. Auf junge Kaninchen injicirt, ruft er ebenfalls die Lostrennung der Epiphysen hervor; aber zu gleicher Zeit manifestirt sich eine Periostitis der Diaphysen und sammeln sich neben den Knochen oder innerhalb der Gelenke seröse Flüssigkeiten an. Auf etwas ältere Thiere inoculirt, gibt er einfach zu hypertrophisirenden Osteo-Arthropathien Anlass. Der fragliche Mikroorganismus wurde öfters in tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses vorgefunden.

* * *

Prof. Courtin (Bordeaux): *Autoinoculation von Krebs.*

Redner erwähnt den Fall einer an Carcinom des Mesenteriums leidenden Frau, bei welcher reichlicher Ascites vorhanden war. Es wurden Punktionen am Abdomen gemacht. Gleich nach der ersten Punktion konnte man nachweisen, dass die Bauchdecken keine Induration aufwiesen. Acht Tage nach dieser ersten Punktion entwickelte sich an der Punktionsstelle und längs des Wundkanals eine deutliche Erhärtung. Das Gleiche beobachtete man später an einer zweiten Punktionswunde. Es bildeten sich bald aus diesen indurirten Stellen höckrige, scirröse Tumoren; die Haut exulcerirte und es floss ein jauchiger, putrider Eiter bis zum Tode heraus. Es ist nicht daran zu zweifeln, dass in diesem Falle, entsprechend der Punktionswunde, eine Autoinoculation von carcinomatöser Materie, die sich dann weiter entwickelt hat, stattfand.

* * *

Prof. Verneuil (Paris): *Ueber die Pathogenese des Lymphadenoms.*

Der Vortragende setzt zuerst seine Anschauungen über die Pathogenese des Lymphadenom auseinander. Er bemerkt, dass wenn man bei den Lymphdrüsentumoren die infektiösen Adenopathien entzündlicher oder bakterieller Natur mit ihren äusseren Ursachen oder ihren Eintrittspforten gut kennt, man andererseits über die Krankheiten, die unter dem Namen Adenie, Lymphadenom und Lymphosarkom bekannt sind, schlecht unterrichtet ist. Eben über die Natur dieser ganglionären Tumoren stellt VERNEUIL eine Hypothese auf: Er denkt, dass das einfache Lymphadenom, welches sich bald wie eine Neoplasie, bald wie eine skrophulöse Adenopathie verhält, seine Entwicklung einem Zusammenwirken von Arthritismus und Skrophulose verdankt. Der Vortragende führt zur Bekräftigung seiner Behauptung drei deutliche Beispiele an: die betreffenden Kranken litten an Rheumatismus und Skrophulose. Die Behandlung selbst liefert dieser Theorie eine Stütze: Das Jodkali nützt diesen Tumoren nichts, während sie durch Arsenik und Phosphor sichtlich gebessert werden.

* * *

Ueber die Behandlung der Uterusfibrome.

Prof. Köberle (Strassburg) bespricht zunächst die Symptomatologie und die Komplikationen der Uterusfibrome, dann setzt er deren Behandlung auseinander. Die chirurgische Intervention ist ein schwerer Eingriff, wenn die Kranke in einem fortgeschrittenen anämischen Zustände sich befindet, oder wenn der Tumor in dem kleinen Becken eingekeilt ist oder an den breiten Mutterbändern sich entwickelt hat. Bei schweren Fällen besteht jedoch vornehmlich die Indikation zur Vornahme der Operation. Die chronische Bronchitis, die Fettleibigkeit und Konstitutionsmängel sind Kontraindikationen. Wenn ferner der Tumor gut vertragen wird, insbesondere wenn die betreffende Frau nahe der Menopause sich befindet, dann darf man nicht operiren. Redner nimmt die Priorität der hämostatischen Pinzetten für sich in Anspruch.

Prof. Péan (Paris) hat in Fällen von umfangreichen Fibromen, die das Leben der Patientinnen ernst gefährdeten, die ersten Hysterektomien durch die Laparotomie vorgenommen. Später gelangte PÉAN zur Einsicht, dass man operiren müsste, bevor der Tumor eine zu grosse Ausdehnung erlangt habe, und führte die Exstirpation der Fibrome auf dem vaginalen Wege aus. Redner nimmt nicht an, dass die Menopause, in Fällen von Fibromen, das Verschwinden der Uterinalblutungen bedinge. Er glaubt, dass die Fibrome häufig in Sarcome sich umwandeln, und dass sie bei jungfräulichen Personen häufiger vorkommen. Dann führt Redner die vielen Krankheiten an, die das Fibrom kompliziren können, und zählt zu den Komplikationsursachen auch das lange Liegen im Bette.

Prof. Doyen (Reims) bemerkt, dass man die Fibrome, wo es nur möglich ist, auf dem Wege der Vagina abtragen solle. In den Fällen von sehr grossen Tumoren sei die Laparotomie am Platze. Die von Prof. PÉAN erwähnte präventive Hämostase haben SPENCER-WELLS in England und RICHELOT in Frankreich noch vor PÉAN angewendet. Uebrigens sei diese Art von Hämostase von wenig Nutzen, da nur selten eine Blutung während der Operation zu befürchten sei.

Prof. Pozzi (Paris) hat oft die Kastration vorgenommen, um so indirekt die Uterusfibrome zu behandeln, er zieht aber die vaginale Hysterektomie vor, deren Technik heutzutage sehr vervollkommnet ist. Die Ablation der Adnexe behält er für jene Fälle vor, in welchen eine wirkliche Kontraindikation zur Hysterektomie vorliegt, wie z. B. äusserste Schwäche der Kranken, allzu voluminöse Fibrome, Lage derselben im Becken oder zwischen den Ligamenten.

Dr. Richelot (Paris) erkennt der Exstirpation der Ovarien ihre wahre Bedeutung zu, weist aber selbe in die zweite Linie. Die vaginale Hysterektomie hat ihm sehr gute Resultate ergeben. Die totale Hysterektomie sei auf der Tagesordnung, man verfüge jedoch noch nicht über eine gute Methode zur Ausführung derselben.

Dr. Reynier (Lyon) sieht keineswegs in der Elektricität ein sicheres Mittel zur Heilung der Uterusfibrome, er glaubt vielmehr, dass die Applikation der Elektricität Eiterungen zur Folge habe. Bei Tumoren, die über den Nabel hinausreichen, empfiehlt Redner die abdominelle Hysterektomie und zwar mit äusserer Stielversorgung. Nach diesem Verfahren könne man die Operation rasch beendigen, was eine grosse Bedeutung hat. Bei Fibromen mittleren Volumens glaubt er, gleich wie die Vorredner, der vaginalen Hysterektomie den Vorzug geben zu müssen.

Prof. Jacobs (Brüssel) hat wegen Uterusfibrome 30 Operationen vom Abdomen aus gemacht, in 23 Fällen erfolgte der Tod, während 11 vaginale Operationen durchwegs mit glücklichem Erfolge vorgenommen wurden. Das Alter bilde, seiner Ansicht nach, keine operative Kontraindikation.

De Delagenière bemerkt, dass die Kastration nach HEGAR's Verfahren vorgezogen werden müsse in den Fällen von kleinen Tumoren, bei Frauen, bei welchen die Hämorrhagie das herrschende Symptom ist; dass die Enucleation in kleinen Fragmenten (*par morcellement*) in den Fällen indicirt sei, wo man es mit kleinen submucösen Tumoren zu thun hat; selbe sei jedoch durch die vaginale Hysterektomie zu vervollständigen, wenn die Cavität viele Einbuchtungen zeigt, und daher nur schwer drainirt werden kann. Im Uebrigen sei die abdominale Operation stets vorzuziehen. Selbe ist leicht ausführbar und hat den Vortheil für sich, die Kranken vor einer Infektion oder einer Blutung zu schützen. Redner nennt diese Operation als die Operation der Zukunft.

* * *

Dr. Mauny (Saintes): *Trepanation in einem Falle von erworbenem Hydrocephalus mit langsamen Verlaufe.*

Ein Knabe, 9 Jahre alt, bot seit einiger Zeit epileptiforme Krisen dar, die anfangs auf die rechte Seite beschränkt waren, später aber den ganzen Körper befielen und sehr häufig auftraten, bis 24 Mal in einem Tage. Es wurde die Schädeltrepanation links vorgenommen. Nach Incision der Dura floss eine grosse Menge einer hellen Flüssigkeit heraus. Anfangs schienen die Anfälle ganz aufhören zu wollen, aber bald traten sie mit noch grösserer Heftigkeit wieder auf, und der Knabe starb.

Die rasche Reproduktion der enkephalischen Flüssigkeit ist stets von schlimmster Prognose bei allen ähnlichen Eingriffen. Eine grosse Schwierigkeit besteht darin, einen zu reichlichen Ausfluss von Flüssigkeit hintanzuhalten. Redner glaubt, dass die Kraniektomie eine Operation sei, die man bei gewissen Formen von Hydrokephalie versuchen müsse, sei es auch nur um den Patienten das letzte Mittel zu einer doch möglichen Rettung zu bieten.

Dr. CALAT hat 30 Mal ein hydrokephalisches Kind punktirt. Die Eltern führten das Kind nach Berlin, in der Hoffnung, die deutschen Chirurgen würden eine mehr radicale Operation vor-

nehmen, von der jedoch Redner stets abrieth. Das Kind wurde denn auch in Berlin operirt, es starb aber auf dem Operationstische. Redner schreibt den Tod einer zu brüsken Dekompression des Hirns zu.

* * *

Dr. Lavaux: *Behandlung der sekundären Blaseninfektionen bei Kranken mit tuberkulöser Cystitis.*

Es ist leicht, im Harn von Kranken, die an Tuberkulose der Blasenschleimhaut leiden, ausser dem KOCH'schen Bacillus noch verschiedene andere Mikroben, darunter namentlich das Bacterium coli anzutreffen. Die Behandlung dieser sekundären Blaseninfektionen, die von so grosser Wichtigkeit ist im Laufe einer Cystitis tuberculosa, muss sorgfältigst vorgenommen werden. Das Sublimat hat nur geringen Erfolg, statt dessen ist das Silbernitrat sehr nützlich, wenn es in dem Verhältniss 1·00—1·50 : 1000 in die Blase injicirt und alle zwei oder drei Tage angewendet wird. Hat die sekundäre Infektion bereits die oberen Wege angegriffen, dann muss neben der örtlichen auch die innerliche Behandlung angewendet werden. Redner hat bei vielen Kranken, worunter einige sehr schwere Fälle, sehr gute Resultate erzielt. *D. T.*

Société Médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 24. Februar, 17. und 24. März 1893.

(Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Prof. Huchard: *Psychische oder centrale Algien der Neurastheniker.*

Die durch Schmerzen charakterisirte örtliche Neurasthenie kann peripherischen oder centralen Ursprunges sein. Paul BLOCQ hat jüngst unter der Bezeichnung «Topoalgien» Monoalgien beschrieben, die an einer einzigen Körperstelle localisirt sind und in keinem Zusammenhange mit einem anatomisch oder physiologisch umgrenzten Bezirke stehen. Die Bezeichnung psychische oder centrale Algien für diese Art Schmerzen ist nach Ansicht des Vortragenden der Benennung Topoalgie oder Neuralgie vorzuziehen, weil in diesen Fällen die Nerven nicht in Mitleidenschaft gezogen sind. Diese neurasthenischen Algien kommen entweder nach und nach zum Vorschein oder sie treten plötzlich auf. Sie sind fix, continuirlich, hartnäckig. Die Schmerzen könnnen während 10 bis 15 Jahren fortdauern. Gegen dieselben sind sämmtliche Sedativa und sogar die Elektricität*) vergebens angewendet worden. Sie können organische Läsionen vortäuschen. So wurde ein junges nicht hysterisches Mädchen von Algien in der Nabelgegend gepeinigt, die an das Vorhandensein einer Magenaffektion denken liessen. Sie befallen häufig die Beckengegend, und die Chirurgen von heute sind auch hier gleich mit einer Operation bei der Hand, deren Resultate jedoch selten ihren Wünschen entsprechen. Bei Beckenneuralgien, die eine Folge von organischen Läsionen sind, ist die chirurgische Intervention gerechtfertigt. Aber es gibt eben auch Schmerzen von langer Dauer, bei welchen eine organische Läsion gänzlich fehlt, wo also ein operativer Eingriff nicht nothwendig ist. Dies war der Fall bei einer Frau, die der Vortragende zusammen mit Dr. GUÉNEAU DE MUSSY gesehen hat, und welcher man die Hysterektomie vorgeschlagen hatte. Der zum Consilium herbeigezogene Prof. POTAIN erklärte sich gegen die vorgeschlagene Operation, und, um die Patientin zu beruhigen, sagte er ihr, dass es sich um einen nervösen Krebs handle. PICHEVIN erwähnt in seiner Inaugural-These: über den Missbrauch der Laparotomie des Falles einer Frau, die an Beckenneuralgien litt, und bei welcher man die Laparotomie vornahm: Die Operirte starb am Vortage ihrer Hochzeit. DEBOVE hat über Fälle von convulsivischer Hysterie berichtet, die auf diese wegen Algien ausgeführte Operation folgte, und über andere von Geistesstörungen nach solchen Operationen. Es scheint, dass bei diesen psychischen Algien der Neurastheniker, bei welchen jede medicamentöse und chirurgische Behandlung fehlschlägt, die Substitution eines immaginären Schmerzes durch einen wirklichen Schmerz eine Erleichterung herbeiführt. So erklärt es sich, dass BLOCQ durch die Faradisation mittelst des elektrischen Pinsels einigen Erfolg erzielt hat. Kräftigen und Calmiren, das sind die Haupterfordernisse bei der Behandlung dieser Algien. Zur Erfüllung der ersteren Indication sind, ausser den üblichen Mitteln, subcutane Injektionen (5·0—10·00) von künstlichem Serum (sterilisirtes Wasser 100·0, chemisch reines Chlornatrium 5·0, Natriumphosphat 10·0, Natriumsulfat 2·50 und Acid. fenicum glaciale 0·50) empfehlenswerth. Wenn die Anämie sehr ausgesprochen ist, dann kann man täglich eine Injektion von 1·00 Hämoglobin (1 : 10) hinzufügen. Zur Calmirung der Schmerzen nützen zuweilen Zerstäubungen von Methylchlorid längs der Wirbelsäule und die Faradisation loco dolenti mit Zuhilfenahme des elektrischen Pinsels. In vielen Fällen sind jedoch auch diese Mittel von keinem Heilerfolg begleitet.

*) Indess verfügt HUCHARD über eine Beobachtung, wo die Schmerzen seit 12 Jahren dauerten und die totale Hysterektomie ohne Erfolg vorgenommen wurde, während die Faradisation die Heilung herbeiführte. Dieses Beispiel dürfte nicht vereinzelt dastehen.

* * *

Prof. Marfan: *Spinalparalyse bei einem Kinde in Folge von Infektionskrankheiten.*

Bezugnehmend auf die von Dr. BAZY in der letzten Sitzung gemachte Mittheilung, berichtet Redner über ein 9 Monate altes Kind, welches wegen chronischer Verdauungsstörungen ambulatorisch behandelt wurde. Einen Monat später traten bei diesem Kinde hartnäckiger Husten, Milztumor, Mykropolyadenopathie und Erscheinungen von Schwellung der Tracheo-Bronchialdrüsen auf. Es wurde mit diffuser chronischer Tuberkulose und mit Varicellen ins Krankenhaus gebracht. Nach einigen Wochen zeigt sich plötzlich eine komplete Paralyse der ganzen linken oberen Extremität, und Tags darauf wird eine Abscessbildung des Mittelohres konstatirt. Die gestellte Diagnose war: spinale Kinderlähmung wahrscheinlich mit den vorausgegangenen multiplen Infektionen zusammenhängend. Wenn die Spinallähmung der Kinder eine Infektionskrankheit ist, so scheint es doch nicht, dass sie eine spezifische Krankheit sei, da sie in Folge verschiedener Infektionen auftreten kann, wie Masern, Scharlach, Blattern etc. Vielleicht kann man nur behaupten, dass eine neuropathische Belastung die Lokalisirung eines Mikroben oder des von diesem erzeugten Giftes in der grauen Substanz des Centralnervensystems bedinge.

* * *

Prof. Rendu: *Generalisirte Infektion durch Staphylococcus.*

Der vom Vortragenden mitgetheilte Fall ist sowohl bakteriologisch als klinisch von allgemeinem Interesse. Es handelt sich um eine Frau, die einen typhusartigen Zustand darbot, jedoch ohne hohes Fieber. Die Krankheit begann vor einem Monat mit Schüttelfrost, heftigem Kopfschmerzen und Husten. Die folgenden Tage bessert sich der Zustand der Patientin, und sie nimmt ihre früheren Beschäftigungen wieder auf. Appetitlosigkeit, allgemeine Schwäche, abendliche Temperatursteigerung dauern indessen fort. Einige Tage vor ihrem Eintritt ins Krankenhaus ein zweiter Schüttelfrost und Angina. Die Symptome, die sie bei ihrer Aufnahme zeigt, lassen Alkoholismus vermuthen, und diese Frau war thatsächlich eine Säuferin. Herz anscheinend intakt. An der Lungenbasis etwas Dämpfung, feuchte Rasselgeräusche. Rachen trocken, Röthung des Gaumensegels. Harn ohne Eiweiss, spärlich und trüb. Der typhöse Zustand persistirt, und die Kranke stirbt unter Collapserscheinungen. Autopsie: Atelektase und Oedem beider Lungen. An einer Stelle rechts vereiterte Broncho-Pneumonie. Fettleber. Fettherz. Fettniere. Die bakteriologische Untersuchung zeigt in den broncho-pneumonischen Herden die Gegenwart zweier Bakterienspecies: Pneumokokken in spärlicher Zahl und zahlreiche Staphylokokken. Nach Ansicht des Vortragenden handelte es sich in diesem Falle um eine allgemeine durch den Staphylococcus hervorgerufene Infektion. Bemerkenswerth ist, dass an der vereiterten Stelle in der Lunge Staphylokokken nicht zu finden waren. Für gewöhnlich gibt der Staphylococcus zu diffusen Eiterungen Anlass und

erzeugt nur selten eine allgemeine Infektion wie im vorliegenden Falle.

* * *

Prof. **Rendu:** *Ueber einen Fall von eitriger Arthritis, geheilt durch Sublimatinjektionen.*

Ein Dienstmädchen kam ins Krankenhaus mit einer Arthritis des linken Kniees und mit ziemlich schweren allgemeinen Erscheinungen. Patientin trägt am linken Oberschenkel Spuren einer Osteomyelitis, die vor drei Jahren sich manifestirte und die acht Monate lang geeitert hatte. Man konnte also denken, dass die gegenwärtige Arthritis eine Folge jener vorausgegangenen Osteomyelitis wäre. Aber diese Annahme erschien zweifelhaft, nachdem Patientin vor circa drei Monaten an Leucorrhoë gelitten hat. Die vorliegende Arthritis konnte also ebenso gut blennorrhagischen Ursprunges sein. Man liess zuerst das Kniegelenk der Kranken durch 48 Stunden in einem Stützapparate ruhen. Durch die Punktion förderte man 250 Gramm grünlichen Eiters zu Tage. Hierauf Injektionen in das Gelenk von drei PRAVAZ'schen Spritzen einer stark verdünnten Sublimatlösung (1/4000). Druckverband. Die Folgen sind vom allgemeinen Gesichtspunkte recht günstig. Die Temperatur sinkt auf 37°. Die Flüssigkeit bildet sich bald von Neuem. Fünfzehn Tage später neue Punktion jedoch ohne Einspritzung der medikamentösen Lösung, da die Flüssigkeit nicht mehr purulent sondern serös ist. Seit dieser zweiten Punktion hat sich kein Exsudat mehr gebildet, und die Patientin kann nunmehr als geheilt angesehen werden. Es ist nur ein leichter Grad von Steifheit des Kniegelenkes zurückgeblieben.

Durch die bakteriologische Untersuchung ist im Eiter die Gegenwart des Gonococcus nachweisbar. Es handelt sich also in diesem Falle um eine blennorrhagische Arthritis. Die mikroskopische Untersuchung hellte diesen Punkt auf, der sonst zweifelhaft geblieben wäre. *D. T.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten.

Von **P. J. Moebius.**

Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner). Leipzig 1893.

MOEBIUS's etwas gewagter Versuch, in einem kleinen Büchlein von 180 Seiten kleinsten Formats, das Wissenswertheste aus der Nervenheilkunde vorzubringen, muss trotzdem als vollkommen gelungen bezeichnet werden. Dank dem grossen Wissen des Autors und seiner anregenden Darstellungsweise erhebt sich der vorliegende «Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten» weit über den Rahmen ähnlicher Bücher. Nach einer concisen Darlegung der allgemeinen Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten, sowie der Lokalisationslehre beschreibt MOEBIUS die einzelnen Nervenkrankheiten. Die übliche Eintheilung in organische und funktionelle verwirft er mit Recht und meint, man müsse vielmehr unterscheiden zwischen Veränderungen durch organische und solchen durch psychische Störungen. Er selbst theilt die Nervenkrankheiten ein in exogene, das sind solche, bei denen sich eine Hauptbedingung zur Entwicklung der Krankheit beweisen oder vermuthen lässt, die von aussen in das Individuum hineinkommen muss, und in endogene, bei denen diese Hauptbedingung im Individuum, in einer mitgebrachten Anlage besteht. Die Darstellung der einzelnen Krankheitsformen ist eine vorzügliche, die neuesten Arbeiten berücksichtigende; vor Allem muss hervorgehoben werden, dass es der Autor verstanden hat, oft mit wenigen Worten gerade das Wesentliche der vielgestaltigen Krankheitsbilder zu treffen.

Manches wird vielleicht Bedenken erregen, so sagt MOEBIUS unter Anderem: «Wenn auch Niemand an Tabes oder progressiver Paralyse erkrankt, der nicht früher Syphilis gehabt hat, so sind doch offenbar Nebenbedingungen erforderlich.» Selbst ERB, der doch in der Tabes-Syphilis-Frage gewiss schon einen weitgehenden Standpunkt einnimmt, gibt zu, dass bei einer kleinen Zahl von Tabesfällen vorausgegangene Syphilis nicht nachweisbar ist. Die Besprechung der Therapie ist als vollkommen ausreichend zu bezeichnen. MOEBIUS's bekannter Standpunkt in der Elektricitätsfrage erhellt aus Wendungen, wie: «Wenn man elektrisiren will, so —», worauf die üblichen Methoden der Elektrisirung angeführt werden.

Alles in Allem kann das Büchlein allen Jenen, die sich über Nervenkrankheiten informiren wollen, auf das Angelegentlichste empfohlen werden. *R.*

Handbuch der kriegschirurgischen Technik.

Gekrönte Preisschrift von **Dr. Fr. v. Esmarch,**

Professor der Chirurgie in Kiel

Vierte Auflage, durchgehends neubearbeitet, vermehrt und verbessert von

Dr. Fr. v. Esmarch, Prof der Chirurgie in Kiel

und

Dr. E. Kowalzig, vorm I. Assistent der chirurg. Klinik.

Erster Band: Verbandlehre.

Verlag von Lipsius und Tieber, Kiel und Leipzig 1893.

Wenigen Büchern ist eine so allgemeine Verbreitung beschieden gewesen, als ESMARCH's vor nunmehr 20 Jahren zuerst erschienenen «Kriegschirurgischen Technik». Seit diesen 2 Dezennien hat die Chirurgie die grössten Umwälzungen und Bereicherungen erfahren und doch entspricht ESMARCH's Werk in nur wenig veränderter Form, auch heute noch den höchsten Anforderungen. Das ganze Werk zerfällt jetzt in 3 Theile. Der in 4. Auflage vorliegende erste Theil enthält die Vorschriften über Antisepsis und Asepsis, Wundbehandlung und Verbandlehre. Treu dem Motto «kurz und bündig» haben die Verfasser jedes überflüssige Wort vermieden, alle Vorschriften in knappe, präcise Form gefasst. Hingegen sind die ungemein zahlreichen Abbildungen durchwegs so klar und zweckentsprechend angeführt, dass sie fast jede Erläuterung überflüssig machen.

ESMARCH's Werk wird nach wie vor zum Bücherbestande jedes Arztes gehören.

Anatomische, physiologische und physikalische Daten und Tabellen

zum Gebrauche für Mediziner.

Von **Dr. Hermann Vierordt,**

Professor der Medizin an der Universität Tübingen.

II. vollständig umgearbeitete Auflage.

Verlag von Gustav Fischer, Jena 1893.

Schon bei seinem ersten Erscheinen (vor circa 5 Jahren) hat VIERORDT's Werk eine sehr warme Aufnahme gefunden, die es auch vollauf verdient, weil es dem wissenschaftlich arbeitenden Arzte ein fast unentbehrlicher Behelf ist. Thatsachen, die man sonst aus den verschiedensten Werken mühsam zusammensuchen musste, finden sich hier in übersichtlichster Weise zusammengestellt. Gerade darin, dass VIERORDT's Werk nur Thatsachen, und zwar zumeist ziffermässig festgestellte Thatsachen wiedergibt, liegt dessen grosser Werth. Die Eintheilung in einen anatomischen, einen physiologischen, einen physikalischen Theil und einen Anhang: Praktisch-medizinische Analekten (z. B. klimatische Kurorte, Maximaldosen, Incubationszeit bei Infektionskrankheiten etc.) ist naturgemäss und übersichtlich. Wir zweifeln nicht, dass VIERORDT's Tabellen die ausgedehnteste Verwendung finden werden, denn sie stehen ohne jede ebenbürtige Concurrenz da.

Zeitungsschau.

Prof. Jolly (Berlin): **Ueber die sogenannte Maladie des Tics convulsifs.** (Charité-Annalen. Centralblatt für klinische Medizin Nr. 14, 1893.)

Die vorliegende Arbeit enthält zunächst eine Wiedergabe von vier selbst beobachteten Fällen. Im ersten handelt es sich um einen 20jährigen Fabriksarbeiter, der seit 10 Jahren an einer Krankheit leidet, die durch zuckende Bewegungen hauptsächlich am Kopf und den oberen Extremitäten ausgezeichnet ist, durch Muskelkontraktionen, welche bald einseitig, bald symmetrisch auftreten, welche abwechselnd einzelne Muskel und ganze Muskelgruppen ergreifen und welche die Ausführung willkürlicher Bewegungen zuweilen sehr erschweren, während sie aber selbst nicht sowohl durch die Willensintention als solche, als vielmehr durch die mit ihr auftretende gemüthliche Erregung ausgelöst werden. Bemerkenswerth ist in diesem Falle, dass trotz der zehnjährigen Dauer nichts von den komplicirten Bewegungsformen zur Entwicklung gekommen ist; namentlich fehlte jede Andeutung von unwillkürlichen Sprachimpulsen.

Der zweite Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen, bei dem zuerst ein anfallsweise auftretender Tic im Gesicht, dann Verallgemeinerung desselben und zugleich impulsives Ausstossen von Lauten und Worten bemerkt wurde. Die Kopfbewegungen hatten vorwiegend den systematisirten Charakter, d. h. sie waren von der Art, wie sie der von Vorstellungen abhängigen Mimik und Gestikulation oder irgend einer Art des willkürlichen Handelns entsprechen. Während einer akuten durch ein Trauma bedingten Steigerung des Leidens waren kurze Zuckungen von der Art der choreatischen eingetreten, nach deren Nachlass sich die impulsiven Bewegungen allein erhielten. Es wurde in diesem Falle eine sehr erhebliche Besserung erzielt.

Bei einem 53jährigen Manne handelte es sich nur um associirte Bewegungen: Gesichtsverzerrungen, Gestikulation, Sprach- und Tanzbewegungen, sprachliche Aeusserungen, welche sammt und sonders in gleicher Weise absichtlich gemacht werden können. Sie entstehen aber impulsiv gegen den Willen des Kranken und kommen theils spontan anfallsweise zur Entwicklung, theils werden sie durch Affekterregungen ausgelöst. Der Gesammtzustand dieses Kranken wurde als ein hysterisch-hypochondrischer aufgefasst und in der hierdurch bedingten abnormen Affekt- und Reflexerregbarkeit die Quelle der impulsiven Bewegungen gesucht. Hervorzuheben ist, dass bei der ersten Entstehung der Krankheit ein imitatorisches Moment (Schreibkrämpfe der Frau) von Einfluss gewesen ist und dass auch weiterhin durch Aufforderung die Anfälle ausgelöst werden konnten.

Der vierte Fall betrifft einen 45jährigen hypochondrischen Paranoiker, bei welchem das Symptom der Koprolalie vorhanden war nebst unwillkürlichem Rülpsen, ohne dass im Uebrigen Krampfbewegungen im engeren Sinne, also irgendwas an den eigentlichen Tic convulsif Erinnerndes vorhanden gewesen wäre.

Jolly führt dann aus, dass man unter Tic das Auftreten von unwillkürlichen, gewohnheitsmässigen Bewegungen versteht, die den Charakter des Systematisirten an sich tragen und bei demselben Individuum in der Regel in gleicher Form sich erhalten und wiederkehren. Der eigentliche Tic ist mit dem Paramyoclonus und der Chorea elektrica in Beziehung zu bringen, derart, dass diese drei Affektionen den Begriff der Myoclonie ausmachen. Das Hinzutreten der komplicirten Bewegungsformen gehört nicht zu dem regelmässigen Verlauf der Krankheit. Es muss daher die relative Selbstständigkeit des Tic convulsif auch in seiner generalisirten Form festgehalten und in demselben eine Krankheit gesehen werden, welcher ein besonders gearteter Erregungszustand des Centralnervensystems zu Grunde liegt. Dass zu dieser Krampfform auch die anderen Arten des Tic hinzutreten können, beweist nur, dass habituell gewordene Erregungszustände irgend welcher motorischen Centralapparate sehr leicht zur Miterregung anderer führen und dass daher die verschiedenen motorischen Neurosen eine deutliche Neigung zur Kombination erkennen lassen.

Der Tic, bei welchem es sich nur um Bewegungsformen, die durchaus den willkürlichen gleichen, handelt, die in der Regel ihren Ursprung in bewussten Impulsen haben und nur dadurch lange Wiederholung dem Bewusstsein entrückt und dann unwillkürlich werden, ist gewöhnlich schon im Kindesalter entstanden und bleibt vielfach auf dieser ersten Stufe stehen, kann sogar durch grosse Aufmerksamkeit wieder vollkommen abgelegt werden. Nur durch das Nervensystem treffende Schädlichkeiten kann es zu einer meist akut einsetzenden Verallgemeinerung und zur Zunahme der Erscheinungen kommen, die central-akut ablaufen oder zu ganz chronischen und stereotypen Zuständen führen. Es dürfte aber zweckmässig sein, dieses Leiden als eine Maladie des Tics convulsifs zu bezeichnen im Gegensatz zu den besprochenen Fällen von Myoclonie, welche die eigentliche Maladie des Tics convulsifs darstellen.

Gelegentlich kommen Kombinationen beider Zustände vor; dieselben sind aber wohl weniger häufig als die Kombination des impulsiven Tics mit anderen motorischen Neurosen, namentlich der Chorea und der Hysterie. Schliesslich ist noch zu betonen, dass besonders rege Beziehungen bestehen zwischen den impulsiven Tics einerseits und den einerseits und den impulsiven Zwangsvorstellungen andererseits. Beide Erscheinungen zeigen fliessende Uebergänge und finden sich häufig mit einander kombinirt, so wie weiterhin mit anderen psychischen Abnormitäten verbunden; insbesondere liefert dafür die Paranoia zahlreichere Beispiele.

Dr. M. Heitler: **Ueber Dämpfung an den Lungenspitzen ohne anatomische Veränderung der Lungen.** (Wiener Klinische Wochenschrift Nr. 19, 1893.)

Verfasser bestätigt eine Angabe von Dr. Kernig (Referat eines im «Deutschen ärztlichen Verein» in St. Petersburg gehaltenen Vortrages in der «Deutschen medizinischen Zeitung» Nr. 82, 1892), wonach man bei marastischen Personen in Folge geringeren Luftgehaltes Dämpfungen an den Lungenspitzen findet, während die Lungen ganz normal sind und fügt hinzu, dass dieser Befund auch bei ganz gesunden Personen bei ruhigem Athmen vorkomme, indem in der Lungenspitze in Folge ihrer Lage ein geringerer Luftwechsel stattfinde.

Einige tiefe Athemzüge sind im Stande die Dämpfung verschwinden zu machen.

In anderen Fällen ist die Dämpfung an einer Spitze durch Assymetrie der Obergrätengruben, was gar nicht selten sei, bedingt, wo dann die Inspektion und Palpation den Befund korrigirt, während die Auskultation, die manchmal auch bei gesunden Lungenspitzen abgeschwächtes oder fehlendes Athmungsgeräusch ergebe, nicht ausschlaggebend sei.

Auf keinen Fall dürfe man die physikalische Untersuchung über dem Suchen nach Bacillen vernachlässigen, da es Fälle gebe, wo diese bewährten Untersuchungsmethoden die Diagnose bei fehlendem Bacillenbefund feststellen, während es andererseits auch vorkomme, dass bei kleinen und zerstreut in den Lungen sitzenden Herden Perkussion und Auskultation ganz normal sei, der positive Bacillenbefund jedoch die Diagnose erst richtig stelle. Einen Fall letzterer Art führt Verfasser in Kürze an. *B. S.*

Dr. med. J. v. Christmas (Paris): **Ueber Phenosalyl, ein neues Antiseptikum.** (Separat-Abdruck.)

Das Phenosalyl, eine klare dickflüssige Flüssigkeit, besteht aus einer Mischung von Karbolsäure mit Salicyl- und Benzoesäure, welche zusammen geschmolzen und dann in Milchsäure gelöst werden. Was die bakteriologischen Versuche mit Phenosalyl betrifft, so haben dieselben alle gezeigt, dass diese Mischung eine die Wirkung der Karbolsäure bedeutend übertreffende antiseptische Kraft besitzt. Um glatte Instrumente in Phenosalyl zu sterilisiren, hat Duloroy eine Lösung von 2% in Wasser angewandt. Nach 10 Minuten Contact war keine Entwickelung mehr sichtbar. Fünfzehn Minuten haben genügt, um das phthisische Sputum sicher zu sterilisiren.

Die Versuche der Commission der Pariser Akademie, sowie des Herrn DULOROY beweisen, dass das Phenosalyl bedeutend weniger toxische Wirkung hat als das Phenol. Mit dem Phenosalyl sind schon zahlreiche klinische Versuche angestellt worden. Zu chirurgischen Zwecken ist das Phenosalyl immer in 1% Lösung angewandt worden. FRAIPONT in Lüttich hat bei 100 zum Theil sehr bedeutenden Operationen und 68 Entbindungen das Phenosalyl benutzt und erklärt sich damit sehr zufrieden. Wie es scheint, wirkt das Phenosalyl nicht nur durch seine desinficirenden Eigenschaften im Organismus, sondern hat wahrscheinlich auch eine ganz specifische Wirkung auf die entzündeten Schleimhäute, indem es beschleunigend auf die Regenerationsprocesse wirkt. In dieser Richtung sprechen Beobachtungen von Dr. ROSKAM in zwei Fällen von purulenter Cystitis. In 2 Fällen von intensivem ekzematösen Impetigo hat ROSKAM auch sehr rasche Heilung beobachtet. DULOROY gibt den ausführlichen Krankheitsverlauf von mehreren, mit von 2 bis 10% Phenosalyl-Stiften behandelten Fällen von Endometritis und Urethritis an, wobei in einzelnen Fällen die Heilung aussergewöhnlich rasch eintrat, und einen Fall von Endometritis puerperalis mit Placentarretention, in dem hohe seit 5 Tagen dauernde Fiebertemperaturen nach Curettage des Uterus mit scharfem Löffel und darauf folgenden Phenosalyl-Injektionen verschwanden. In der Augenheilkunde scheint das Phenosalyl in den Händen BERGERS (Paris) dessen Beobachtungen noch nicht veröffentlicht sind, ebenfalls sehr gute Resultate gegeben zu haben. Das Phenosalyl läst sich in alkoholischen Lösungen, auch sehr gut zur Imprägnation von Verbandstoffen gebrauchen.

Prof. Tarnier (Paris): **Ueber die künstliche Frühgeburt.** *)
(«Revue générale de Clinique et de Thérapeutique», 3. Mai 1893).

Der Vortragende gibt zunächst eine Uebersicht über die jetzt gebräuchlichen wichtigsten Methoden bei der künstlichen Frühgeburt. Die englischen Geburtshelfer waren die ersten, welche die glückliche Idee hatten, im Jahre 1756 die künstliche Frühgeburt einzuführen, und MACAULAY war der Erste, der sie ausführte, indem er die Eihäute zerriss. MEISSNIER schlug später vor, die Eihäute nur am oberen Ende des Uterus einzureissen, und zwar mit Hilfe eines speziellen Trocars. — Jetzt ist die Ruptur der Eihäute fast verlassen. KLUGE führte präparirten Schwamm in den Cervix Uteri ein, um so die künstliche Frühgeburt hervorzurufen. Dieser Methode bedienten sich auch P. DUBOIS und DEPAUL.

KIWISCH applicirte Douchen von einer Temperatur von 50° auf den Cervix Uteri. — SCHELLER führte zu demselben Zwecke das Tamponnement der Vagina ein, und BRAUN, denselben Gedanken verfolgend, erfand den Colporynter oder den Scheiden-Ballon. — LEHMANN machte den Vorschlag, eine Bougie aus elastischem Gummi in den Uterus einzuführen, um sie dann zu wiederholten Malen herauszuziehen und wieder einzuführen. — KRAUSE hatte die Idee, eine Sonde zwischen die Eihäute und die Uteruswände einzuführen und sie daselbst zu belassen. — BARNES publizirte im Jahre 1862 eine Arbeit, in der er über seine Ballons (in der Form einer Violine) berichtete, die man in den Cervix Uteri einführt und mit Wasser aufbläst. — In demselben Jahre beschrieb TARNIER seinen Ballon-Dilatator, der jenseits des inneren Muttermundes eingeführt werden muss, bevor man ihn aufbläst. Dieser Ballon wurde allmälig von TARNIER vervollkommnet. — Im Jahre 1888 liess CHAMPETIER DE RIBES einen viel grössren Ballon als den von TARNIER konstruiren, einen Ballon mit einer Peripherie von 32 *cm*. Im selben Jahre, aber schon vor der Erfindung von CHAMPETIER DE RIBES, erfand TARNIER den «Écarteur», der denselben Zweck hatte wie der Ballon von CHAMPETIER DE RIBES, nämlich die Dilatation des Gebärmuttermundes zu beschleunigen.

Von allen diesen Methoden sind heute speziell drei im Gebrauche, nämlich:

1. Die Sonde von KRAUSE, besonders ausserhalb Frankreichs im Gebrauch;
2. Der Ballon von TARNIER, speziell in Frankreich und namentlich in Paris gebraucht;
3. Der Ballon von CHAMPETIER DE RIBES, der in einigen Pariser geburtshilflichen Kliniken vorgezogen wird.

Bei der Besprechung der statistisch festgestellten Resultate der künstlichen Frühgeburt, stellt der Vortragende einen Vergleich derselben mit der Sectio caesarea und der Symphyseotomie an, welche neuerdings wieder zu Ehren gelangt ist, an, und konstatirt, dass der künstlichen Frühgeburt der Vorzug gebühre, da bei der Sectio caesarea die Durchschnittsmortalität bei den Müttern 10% betrage, und was die Symphyseotomie anbelangt, so sei auch deren Mortalität gross genug im Vergleiche zur harmlosen künstlichen Frühgeburt.

Bei der Statistik der künstlichen Frühgeburten an und für sich, legt Autor derselben die drei Methoden von KRAUSE, TARNIER und CHAMPETIER zu Grunde.

In 44 Fällen von TARNIER, wo sowohl der Ballon-Dilatator allein als auch in Kombination mit seinem Écarteur gebraucht wurde, war ein Todesfall der Mutter zu konstatiren, bei der es sich überdies um eine pernicöse Anämie gehandelt hatte. Es waren hier somit 2·2% Mortalität.

In 118 Fällen von AHLFELD, wo die KRAUSE'sche Sonde in Anwendung gezogen wurde, waren 5 Todesfälle zu verzeichnen, als 4·3% Mortalität.

In 33 Fällen von PINARD, wo der Ballon von CHAMPETIER gebraucht wurde, betrug die Mortalität 3%.

Dies sind die Mortalitäts-Prozente bei den Müttern.

Was nun die kindliche Mortalität betrifft, so ergab dieselbe mit dem Ballon von TARNIER, also bei 44 Fällen:

Todtgeborene	4 =	9%
Nach der Geburt gestorben	4 =	9%
Gesammtmortalität	8 =	18%
Am Leben erhalten	36 =	82%

Bei 121 Kindern in den 118 Fällen von AHLFELD (3 waren Zwillingsgeburten), also bei der Application der Sonde, waren:

Todtgeborene	19 =	15%
Nach der Geburt gestorben	27 =	22%
Gesammtmortalität	46 =	37%
Am Leben erhalten	75 =	62%

Mit dem Ballon von CHAMPETIER DE RIBES in 33 Fällen (34 Kinder):

Todtgeborene	9 =	26%
Nach der Geburt gestorben	12 =	35%
Gesammtmortalität	21 =	62%
Am Leben erhalten	13 =	38%

Diese Zahlen seien beredt genug, als dass sie eines Commentares bedürften.

Indem der Autor noch andere diesbezügliche Statistiken in Erwägung zieht, gelangt er zu folgendem Verhältnisse:

Kleiner Ballon von TARNIER:	
Kindliche Mortalität	22%
Am Leben erhaltene Kinder	78%
KRAUSE'sche Sonde:	
Kindliche Mortalität	38%
Am Leben erhaltene Kinder	62%
Grosse Ballons (CHAMPETIER DE RIBES):	
Kindliche Mortalität	42%
Am Leben erhaltene Kinder	58%

Autor meint, dass seiner Methode der Vorzug vor allen anderen gebühre; das Verfahren von KRAUSE komme nach ihm in zweiter Reihe in Betracht, und das von CHAMPETIER in dritter Reihe. Dem letzteren sei jedoch dann der Vorzug zu geben, wenn es sich um eine rapide Beendigung der künstlichen Frühgeburt handelt. *Leibowitz.*

*) Eine vergleichende Studie bezüglich der Resultate, die man durch die jetzt gebräuchlichen Methoden erhält.

Dr. De Arze: Chylurie. (El Progresso Medico.)

Es handelte sich um einen Patienten, bei dem der Chylus aus dem Urin prompt zum Verschwinden gebracht wurde, und zwar durch eine Diät, bei der Alles, das Fett oder Oel enthält, streng ausgeschlossen wurde. Bei zwei Gelegenheiten, bei denen eine kleine Quantität fettenthaltender Nahrung verabreicht worden war, wurde der Urin auf einmal chylös. Nach einiger Zeit fand der Patient diese eingeschränkte Diät so lästig, dass er zu seiner gewöhnlichen Kost zurückkehrte, indem er, wie er sich ausdrückte, die Chylurie einem physiologischen Verhungern vorziehe. Obgleich keine Heilung nach dieser Richtung erzielt wurde, so meint Dr. De Arze, dass die Behandlungsmethode, die er befolgt hatte, weitere und ausgedehntere Versuche verdiene. *L. L.*

Salsotto (Turin): Syphilitische Reinfektion. (Gazz. med. di Torino, 1892, No. 48).

Schon im Jahre 1889 hat Dr. Salsotto zwei Beobachtungen von syphilitischer Reinfektion mitgetheilt. Er erwähnt der Fälle, die im Auslande veröffentlicht wurden und weist dann darauf hin, dass von einzelnen hervorragenden Autoren die syphilitische Reinfektion in Abrede gestellt wurde, während andere sie als seltene Ausnahme zuliessen. Hierauf berichtet Verfasser über seinen neuen (den dritten) Fall, welcher alle Daten in sich vereinigt, die nach Fournier erforderlich sind, um bedingungslos die Diagnose einer syphilitischen Reinfektion annehmen zu lassen. In der That konnte Verfasser bei seinem Falle nachweisen, dass der Kranke unzweifelhaft ein erstes Mal an Syphilis erkrankt war, dass Patient nach dieser Infektion durch circa 27 Jahre hindurch sich ganz gesund fühlte, wenn man von einer Form von Coxitis absieht, die ohne jedwede specifische Behandlung in Heilung überging, dass endlich der Kranke nach dieser Zeit eine neue Infektion darbot.

Um jeden Zweifel zu beseitigen, führt der Verfasser an, dass der Kranke die eheliche Treue brach und dass 15 Tage darauf sich an dessen Präputium ein hartes Geschwür zeigte mit darauffolgender Drüsenschwellung in der Leiste. Später trat auch die charakteristische Roseola auf und an Stelle des Geschwüres beobachtete man die ebenfalls charakteristische erhärtete Narbe. Als ob dies alles nicht genügte, theilt Verfasser noch mit, dass Patient diese seine zweite Infektion auf die Gattin übertrug. Selbe bot ein Erosionssyphilom am orificium vaginae dar, nach welchem sämmtliche secundäre Erscheinungen auftraten.

Nachdem Verfasser nachgewiesen, dass es sich in diesem Falle um eine Reinfektion gehandelt hat, bemerkt er wie, entgegen der Meinung der Autoren, bei diesem Kranken die zweite syphilitische Infektion einen malignen Verlauf nahm. Das könnte, seiner Ansicht nach, darin seine Erklärung finden, dass der Kranke dem Wein- und Spirituosengenuss ergeben war. *A. D.*

Megnin (Paris): Injektionen von Hodenflüssigkeit an einem kranken Hund. (Le Bulletin Médical, 17. Mai 1893.)

Ein Hund seltener Rasse und von grossem Schlage verfiel in einen hohen Grad von Kachexie: enorme Abmagerung, vollständige Appetitlosigkeit, Paraplegie. Der Tod schien unvermeidlich und bevorstehend. Unter diesen Verhältnissen wurden bei diesem Thiere, auf Wunsch seines Herrn, die Brown-Séquard'schen Injektionen vorgenommen.

Schon nach den ersten Einspritzungen besserte sich rapid dessen Zustand. Drei Wochen nach der ersten Injektion konnte das Thier die Treppe steigen und nach Ablauf von fünf bis sechs Wochen konnte man es als absolut geheilt ansehen. Einige Zeit darauf erlag jedoch der Hund einer hochgradigen Verdauungsstörung. Die Autopsie ist von dem grössten Interesse: man fand allgemeine Sarcomatose vor; an den serösen Häuten sah man unzählige Tumoren von sehr verschiedener Grösse; das Bemerkenswertheste hiebei war, dass alle Tumoren auf dem Wege der Heilung begriffen schienen. Alle boten die fibrös-kalkige Entartung dar. Nach Ansicht Megnin's sei es ausser Zweifel (?), dass die erwähnten Injektionen (?) diesen Heilungsvorgang veranlasst hatten. *A. D.*

Dr. Sternberg: Die Behandlung der Cholera mit Naphthol. (Brit. Med. Journal v. m. 29. April 1893.)

Dr. Sternberg in seiner Mittheilung, die er vor der «Amer. Med. Sc.» gemacht hat, berichtet, dass das Alpha- und Beta-Naphthol gleich stark das Wachsthum des Comma-Bacillus hemmen, und ebenso die Vitalität desselben aufheben. In einem Verhältniss von 1:16.000 hemmen sie das Wachsthum, in einem Verhältniss von 1:3000 tödten sie den Mikroorganismus innerhalb von 2 Stunden, und in einem Verhältniss von 1:2000 in 15 Minuten.

Dr. Stewart (ibid.) empfiehlt die Naphthole als Präventiv-Mittel und in der Behandlung des ersten Stadiums der Cholera.

Er folgert aus Dr. Sternberg's Angaben, dass fünf Gran des Naphthols in Lösung den ganzen Dünndarm gegen die Einführung des Vibrios geheilt machen würden, und dass 40 Gran in Lösung eine keimtödtende Wirkung entfalten würden. Die Maximaldose einer jeden der zwei Naphthole wird im Allgemeinen auf eine Drachme geschätzt, aber es können auch grössere Dosen verabreicht werden. Da das Alpha-Naphthol einen unangenehmen Geschmack besitzt und die Schleimhäute reizt, so ist ihm das Beta-Naphthol als Prophylacticum vorzuziehen. Nach Dr. Stewart sollen 5 bis 10 Gran fein gepulverten Beta-Naphthols in Mixtur mit Zucker drei bis vier Mal täglich genommen werden. Im ersten Stadium der Cholera-Diarrhoe empfiehlt er ähnliche oder grössere Dosen in kürzeren Intervallen. Er ist auch der Ansicht, dass eine gesättigte Lösung von Beta-Naphthol (ungefähr 1: 1000) als Grundlage für das Fluidum in Cantanis Enteroclysis benützt werden könnte.

L. L.

Prof. Berger (Paris): Behandlung des Tetanus (Revue gén. de Clinique et de Thérap. 24. Mai 1893.)

In der letzten Sitzung der «Académie de Médécine» berichtete Dr. Berger, Professor der Chirurgie in Paris, über drei neue Fälle von traumatischem Tetanus, die durch eine energische örtliche Intervention geheilt wurden.

Im ersten Falle wurde von Dr. Cerné die Amputation des lädirten Fingers (Mittelfinger der linken Hand) am 19. Krankheitstage und nachdem die Tetanussymptome auf Chloralhydrat nicht gewichen waren, vorgenommen. Am 13. Tage nach der Amputation Heilung.

Der zweite Fall, den Dr. Darolles operirt hat, betrifft einen jungen Mann, der sich durch eine mechanische Säge den linken Daumen arg verletzt hatte. 19 Tage nach der Verwundung Ausbruch des Tetanus, der, trotz Verabreichung von starken Dosen Chlorals, sich zusehends verschlimmert. Am 10. Krankheitstage Exstirpation der Phalanx und Desinfektion des traumatischen Herdes. Nach 4 Tagen verschwanden sämmtliche Symptome.

Der dritte Fall, behandelt von Dr. Follet, wies in Folge einer Quetsch-Risswunde an der unteren Extremität eine Phlegmone auf; am 24. Tage Trismus, dann Opisthotonos mit Krisen. Am Tage darauf Tetanus. Eröffnung der Phlegmone und energische Desinfektion der lädirten Theile. Heilung am 6. Tage nach der Operation.

Nach Aufzählung dieser Fälle bespricht der Vortragende eingehend den Werth der lokalen Behandlung, insbesondere der Amputation bei Tetanus. Er weist auf die in letzter Zeit veröffentlichten zahlreichen Fälle von Heilung des Tetanus hin nach Amputation oder Exstirpation des traumatischen Herdes. Von 15 Fällen eigener Beobachtung heilten nur 2, und bei diesen 2 wurde die Amputation der verwundeten Körpertheile vorgenommen.

Durch die Amputation werde der Bacillenherd unterdrückt, von welchem aus Toxine in den Organismus eindringen, die zu den bekannten schweren und letalen Erscheinungen Anlass geben. Die Amputation könnte zwar die Folgen der bereits erfolgten tetanischen Intoxikation nicht hintanhalten, sie verhindern aber die Absorption weiterer Giftquantitäten.

Was die Injektionen mittelst Antitoxin betrifft, so zweifelt Berger, dass durch dieselben bisher auch nur ein einziger Fall von Tetanus wirklich geheilt worden sei. Der Vortragende stützt sich hiebei auf die jüngst von Roux und Voillard veröffentlichten

Thatsachen*) und erwähnt eine persönliche Beobachtung: eine Frau, die auf seine Klinik mit einem deutlichen Tetanus erschien, starb trotz der Behandlung mittelst Antitoxin. Selbst Präventivimpfungen mittelst Antitoxin bieten, nach Ansicht des Vortragenden, keine sichere Gewähr gegen den Ausbruch des Tetanus.

Der Vortragende zieht aus seinen Beobachtungen und Betrachtungen folgende Schlussfolgerung:

Die in den gesunden Geweben vorgenommene Amputation versetzt den Verwundeten unter die günstigsten Bedingungen für die Heilung des traumatischen Tetanus. In den Fällen, in welchen sie ohne eine grosse Verstümmelung zu verursachen ausgeführt werden kann, muss sie womöglich gleich nach dem Auftreten der ersten Symptome vorgenommen werden. Wenn in Folge eines Trauma die Vitalität und gute Funktionirung einer Gliedmasse sehr gefährdet erscheinen und die Frage der Amputation sich aufdrängt, so soll man sich beim Auftreten des Tetanus unbedingt zu Gunsten der letzteren entscheiden. *A.*

Lesage und Macaigne: Bakteriologie der Cholera. (Annales de l'institut Pasteur, No. 1, 1893. — Allgemeine Medizinische Central-Zeitung, No. 40, 1893.)

Unter einer Zahl von 251 an Cholera asiatica erkrankten Personen während der letzten Epidemie haben die Verfasser bei 201 derselben bakteriologische Untersuchungen ausgeführt. Dieselben sind in drei Abschnitte eingetheilt: 1. Dieser beschäftigt sich mit dem Charakter der Darmdejektionen und den Bakterien, die jene enthielten. Bei 52 Fällen zeigten sich die Abgänge reiswasserähnlich, mit grauen Flecken oder mit einer epitheliale Elemente enthaltenden Pulpa. In 56 Fällen waren die Fäkalien grünlich gefärbt infolge der Gegenwart von Biliverdin, während bei 83 anderen Erkrankten kein besonderes, abnormes Merkmal in den Dejektionen beobachtet wurde. Bei den übrigen 10 Fällen war das Aussehen des Darm-Inhaltes dysenterischer Art. Bei der Mehrzahl der Kranken war die Reaktion der Faeces alkalisch, und nur bisweilen schwach sauer oder neutral im Beginn der Krankheit. Eine Beziehung zwischen dem Charakter der Dejektionen und der Art der vorgefundenen Mikroben war nicht zu konstatiren. Infolge des Resultates ihrer bakteriologischen Forschungen sehen sich die Verfasser berechtigt, die sämmtlichen von ihnen behandelten Kranken in 4 Gruppen zu rubriziren, die jedoch in klinischer Beziehung sich ohne Unterschied verhielten: a) diejenige, bei der der Kommabacillus und der B. coli gleichzeitig gefunden wurde; b) diejenige, bei der diese beiden Arten und noch andere Mikroben vorlagen; c) diejenige, bei der ausschliesslich der Bacillus coli gegenwärtig war: d) diejenigen, bei denen dieser Bacillus mit anderen, aber ohne den Kommabacillus endeckt wurde. Der Kommabacillus kam bei den Kranken in verschiedenen Mengen vor, aber zwischen diesen und der Intensität der Krankheit lies sich keine Beziehung auffinden. Bei 5 Fällen choleraähnlicher Diarrhoe lag der Kommabacillus in erheblicher Zahl vor, während er bei 45 wirklichen Cholerakranken gänzlich fehlte. Auch in den erbrochenen Massen beobachtete man häufig den Kommabacillus und den Bacillus coli. Zur Erzielung reiner Kulturen bewährte sich am besten die Anwendung der SCHOTTELIUS'schen Methode. In dem zweiten Abschnitt der Arbeit bieten die Verfasser eine Analyse von 106 ihrer Fälle dar, die nicht letal verliefen, und bei diesen wurde am häufigsten der Kommabacillus konstatirt, aber er wurde auch in mehreren vermisst. Im dritten Abschnitt findet man eine Analyse von den Beobachtungen bei 15 tödtlich verlaufenen Fällen. Die Organe derjenigen, die während des Stadiums algidum zugrunde gingen, wurden nur einige Stunden nach Eintritt des Todes von Mikroben durchsetzt, während bei denjenigen Fällen, die im Reaktionsstadium starben, stets der Bacillus colli in verschiedenen Organen entdeckt wurde; auch wenn die Sektion fast unmittelbar nach Eintritt des letalen Ausganges eingeleitet wurde. Die Invasion des Bacillus coli wird von den Verfassern als eine thatsächlich sekundäre Infektion betrachtet, die sie für die Ursache des Fiebers halten, das mit dem Recidiv komplicirt ist.

*) ROUX et VAILLARD: «Contribution à l'étude du tétanos. Traitement par le serum antitoxique» (Annales de l'Institut Pasteur 1893).

Standesfragen und Korrespondenz.

Psychiatrie und Seelsorge.

Auf dem Programm der Versammlung des Vereines der deutschen Irrenärzte, die am 25. und 26. Mai d. J. in Frankfurt a. M. tagte, stand u. A. ein Thema dessen Interesse weit über die rein ärztliche Sphäre hinausgeht, nämlich das über das Verhältniss von Psychiatrie und Seelsorge. Referenten für dieses Thema waren SIMENS (Lauenburg) und ZINN (Eberswalde).

Es wird sich wohl noch die Gelegenheit ergeben, auf die Einzelheiten der Sitzung einzugehen, der zwei Abgesandte des k. preussisch. Kultusministeriums, der wirkliche Ober-Regierungsrath BARTSCH und Geb. Obermedizal-Rath SCHÖNFELD beiwohnten; für heute wollen wir nur die Thesen anführen, welche in der Versammlung, in welcher 80 Irrenärzte anwesend waren, einstimmig angenommen wurden.

Gegenüber dem von den Pastoren von BODELSCHWINGH-Bielefeld, HAFNER-Elberfeld, KNODT-Münster unter Anderen in den «Konferenzen des Verbandes Deutscher evangelischer Irrenseelsorger vertretenen Standpunkt über Psychiatrie und Seelsorge gibt der zu einer Jahressitzung am 25. und 26 Mai 1893 zu Frankfurt a. M. versammelte «Verein der Deutschen Irrenärzte» seiner Ueberzeugung in nachstehenden Sätzen einmüthigen Ausdruck:

I. 1. Das Irresein ist eine Krankheit des Gehirns und des Nervensystems; der Irre ist ein Kranker, der für sein Thun und Lassen verantwortlich gemacht werden kann.

Der von den Pastoren v. BODELSCHWINGH, HAFNER und Genossen vertretene Standpunkt, welcher die dem Irresein zu Grunde liegende Krankheit auf den Begriff der Sünde und des Besessenseins zurückführen, den Irren als «dämonisch» krank geworden und «für sein Thun und Lassen verantwortlich» erklären will, steht im Widerspruch mit den durch Wissenschaft und Erfahrung unanfechtbar sichergestellten Thatsachen und in schroffem Gegensatz zur Rechtspflege, Gesetzgebung und öffentlichen Meinung aller Kulturstaaten der Welt.

2. Die Lehre der Pastoren v. BODELSCHWINGH, HAFNER und Genossen ist nur geeignet, alte Vorurtheile neu zu beleben, einen Gegensatz zwischen dem Anstaltsgeistlichen und der ärztlichen Oberleitung zu schaffen, ein gedeihliches Zusammenwirken beider zu erschweren und die unglücklichen Kranken und ihre Familien auf das schwerste zu schädigen.

Diese Lehre, praktisch bestätigt, würde nothwendig zur Verkehrung des Charakters der Irrenanstalten in den von Strafanstalten zur Bestrafung der Geisteskranken, zum Exorcismus und schliesslich zu den Hexenprozessen des 16. und 17. Jahrhunderts führen.

In den Konferenzen des «Verbandes deutscher evangelischer Irrenseelsorger» ist gegen die Lehren und Forderungen der Pastoren v. BODELSCHWINGH und Genossen nur ganz vereinzelter Widerspruch erhoben, aber ein Beschluss nicht gefasst worden. Es ist um so mehr Pflicht des Verbandes deutscher evangelischer Irrenseelsorger — wenn er nicht mitverantwortlich sein will — endlich öffentlich klare Stellung zu der Lehre, den Bestrebungen und Forderungen der v. BODELSCHWINGH, HAFNER und KNODT zu nehmen, als diese Herren, soweit bekannt, den Verband gegründet und dessen Leitung in Händen haben.

3. Nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehende Anstalten für Geisteskranke — einerlei, ob letztere heilbar oder unheilbar sind —, für Epileptische und für Idioten entsprechen nicht den Anforderungen der Wissenschaft, Erfahrung und Humanität und können deshalb als «zur Bewahrung, Kur und Pflege dieser Kranken geeignete Anstalten», auch im Sinne des Preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891, nicht betrachtet werden.

Unheilbare Geisteskranke bedürfen der ärztlichen Fürsorge nicht minder als die heilbaren.

4. Es ist deshalb Pflicht des Staates, der Provinzial- und Kreisverbände, die hilfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptischen und Idioten in eigenen, unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehenden Anstalten zu bewahren, zu behandeln und zu verpflegen.

5. Alle im Besitz von Privaten oder religiösen Genossenschaften befindlichen Anstalten der genannten Art müssen unter verantwortliche ärztliche Leitung und unter besondere Aufsicht der Staatsbehörde gestellt werden.

6 Als leitende und für die Leitung verantwortliche Aerzte dürfen nur psychiatrisch theoretisch und praktisch vorgebildete Aerzte angestellt werden. Ihre Anstellung an im Besitz von Privaten oder von religiösen Genossenschaften befindlichen Antalten bedarf, wie ihre Dienstanweisung, der Genehmigung der Staatsbehörde.

7. Die fernere Annahme einer Stelle an einer nicht unter ärztlicher Leitung stehenden Anstalt durch einen Arzt widerstreitet dem öffentlichen Interesse und der Würde des ärztlichen Standes.

II. 1. Die an den Irrenanstalten angestellten Geistlichen werden überall in Deutschland von den Direktoren und Aerzten «in ihrer Thätigkeit gewürdigt und unterstützt» sofern dieselben das «Mass und die Art pastoraler Einwirkung den ärztlichen Vorschriften unterordnen».

Die deutschen Irrenärzte erkennen es als ihre Pflicht an, das religiöse Bedürfnis ihrer Kranken befriedigen zu lassen, sie sind einmüthig der Ueberzeugung und handeln demgemäss, dass an Irrenanstalten den Kranken eine ausreichende Seelsorge nicht fehlen dürfe, dass aber der Umfang und die Art derselben von der Weisung des leitenden Arztes abhängen müsse und nur im Einvernehmen mit demselben erfolgen könne, dass dieselbe aber überall da zu gestatten sei, wo ein Nachtheil für den Kranken nach pflichtgemässem Ermessen des Arztes nicht zu befürchten ist.

Die deutschen Irrenärzte weisen die Behauptung der Pastoren v. BODELSCHWINGH und Genossen, dass in den Irrenanstalten die Einwirkungen der Kirche auf die Kranken wesentlich beeinträchtigt und die Kranken des ihnen so nöthigen religiösen Trostes oft in unverantwortlicher Weise beraubt seien, als eine Unwahrheit zurück

2. Die Anstalten sollen für Kranke aller Konfessionen bestimmt sein; sogenannte konfessionelle Anstalten sind nicht zu empfehlen.

Für den Wartedienst in den Anstalten sind Angehörige religiöser Genossenschaften oder Orden mit Rücksicht auf die nothwendige einheitliche ärztliche Leitung ebenfalls nicht zu empfehlen.

Die Behauptung jedoch, dass die Irrenärzte aus dem persönlichem Grunde der Einführung dieses Personals widerstrebten, weil sie dadurch «etwas von ihrer Macht aus der Hand geben müssten und von ihnen damit eine Entsagung gefordert würde, die gerade dem Arzt einer Irrenanstalt nicht ganz leicht sei», müssen wir als eine unbegründete Verdächtigung ablehnen. Nur die Rücksicht auf das Wohl der Kranken, nicht aber persönliche Rücksicht oder der persönliche religiöse Standpunkt, ist für unsere Entscheidung massgebend. Die deutschen Irrenärzte thun, was ihre Pflicht ihnen vorschreibt; die Erfüllung einer Pflicht hat für dieselben weder «etwas Bedenkliches», noch wird sie von ihnen als «Entsagung» empfunden.

Die hier angeführten Thesen wurden wie bemerkt, einstimmig angenommen; — nun, das ist gewiss nicht zu verwundern. Dass es aber überhaupt nothwendig war, sie aufzustellen, das zeigt, mit welchen Gegnern sich heute, am Ende unseres glorreichen vorgeschrittenen Jahrhunderts, ernste Männer, die der Wissenschaft und der Menschenliebe ihr Leben weihen, abzugeben haben. Und man braucht nicht eben ein Verehrer der zünftigen Medizin zu sein, um die energische Art gutzuheissen, mit welcher der Verein der deutschen Irrenärzte die «Lehre» der BODELSCHWINGH und Genossen zurückgewiesen hat. Traurig ist es nur zu sehen, wie heute wieder gewisse Ansichten auferstehen, über die unsere Grossväter lange hinaus waren.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 9. d. M. unter dem Vorsitze Hofr. Prof. Billroth's abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien machte der Vorsitzende den Vorschlag Prof. Pettenkofer, den Begründer der deutschen Hygiene, welcher am 30. Juni seinen 70. Geburtstag feiert, an diesem Tage zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft zu ernennen. Der Vorsitzende ergreift dann das Wort, um mitzutheilen, dass bereits im nächsten Monate die Bibliothek in das neue Haus hinübertransportirt werde und dass die erste Sitzung im Monate Oktober bereits in demselben abgehalten wurde. Für das neue Haus wird ein Portier und ein Bibliotheksdiener mit fixen Bezügen aufgenommen werden. Der Verwaltungsrath beschloss ferner den zweiten Sekretär mit der Aufgabe zu betrauen, das Haus und dessen Inventar zu überwachen. Bei der nun vorgenommenen Berathung über eine neue Bibliotheksordnung legten die beiden Bibliothekare, die Doktoren Unger und Paschkis einen Plan zur Revision vor, welcher aus 14 Paragraphen besteht und mit einigen Aenderungen angenommen wurde. Es hat sich ferner als nothwendig erwiesen, den zweiten Bibliothekar als Mitglied des Verwaltungsrathes aufzunehmen. Der Verwaltungsrath ist von der ursprünglichen Absicht, eine Votivtafel mit dem Namen der Stifter im neuen Hause anzubringen, abgekommen und hat dafür beschlossen, ein Hausgründungsalbum anzulegen, weshalb diejenigen Mitglieder, welche Beiträ e geleistet haben, aufgefordert werden, ihre Photographien einzusenden. Der Vorsitzende theilt dann mit, dass er dem Grundsatze huldige, keine Vermehrung der Mitgliederbeiträge ins Werk zu setzen. Solle dies aufrecht bleiben, dann müsse man auf eine andere Weise für die Hereinbringung der im neuen Hause entschieden erhöhten Ausgaben sorgen u. zw. durch Vergrösserung der Gesellschaft, in der Weise, dass eine grosse Anzahl der Wiener Aerzte Mitglieder werden, dabei müsse aber die Zahl der aufgenommenen Mitglieder auf beiläufig 500 beschränkt bleiben und so ein Numerus clausus geschaffen werden. Nach dem Tode von Mitgliedern, dem, nach statistischer Berechnungen ca. 30 jährlich anheimfallen dürften, könnten die vacanten Stellen durch neue Mitglieder ersetzt werden. Die Exklusivität, wie sie in früheren Jahren geübt wurde, sei veraltet, da man mit alten Institutionen rechnen musste. Gleichzeitig sollte auch eine Beschränkung der Anzahl der Ehren- und der korrespondirenden Mitglieder eingeführt werden. Zum Schlusse richtet der Vorsitzende an die kaiserliche Akademie der Wissenschaften, welche die k. k. Gesellschaft der Aerzte durch viele Jahre gastfreundlich beherbergt hat, im Namen der Gesellschaft herzliche Dankesworte. Nach Schluss ergriff Hofrath Prof. Dittel das Wort, um über eine Totalexstirpation der Prostata mit gutem Erfolge zu berichten, worauf Primarius Dr. Riehl über ein sehr vernachlässigtes Gebiet, u. zw. über die elastischen Fasern einige Worte spricht. Der von Dr. Spiegler angekündigte Vortrag: «Ueber lokale Reaktion in Folge hypodermatisch einverleibter chemischer Verbindungen» musste wegen der vorgerückten Stunde unterbleiben. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung erscheint in der nächsten Nummer dieses Blattes.

* Vom Obersten Sanitätsrathe. In der Sitzung vom 3. Juni d. J. beschäftigte sich der Oberste Sanitätsrath mit der Berathung und Begutachtung der nachstehenden Angelegenheiten: 1. Klärung und Reinigung der Abwässer einer Papierfabrik. (Referent O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer.) 2. Anträge, betreffend die Erlassung von Vorschriften zum Zwecke der Hintanhaltung von Fälschungen der Gewürze. (Referent O. S. R. Prof. Dr. A. Vogl.) 3. Aeusserung über einen neu erfundenen Verschluss von Sodawasser-Syphons. (Referent O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer.) 4 Aeusserung über die von einer politischen Landesbehörde gestellte Frage, ob Bierkrügeldeckel mit einem 10% übersteigenden Bleigehalte hergestellt und in den Handel gebracht werden dürfen. (Referent O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer) 5. Begutachtung von zwei Druckschriften bezüglich ihrer Eignung als Leitfaden beim Unterrichte über Somatologie an Lehrerbildungsanstalten. (Referent O. S. R. Prof. Dr. M. Gruber.) 6. Aeusserung über Ansuchen um Empfehlung von Wandtafeln zum Unterrichte im

Rettungsverfahren und einer Broschüre über erste Hilfeleistung (Referent O. S. R. Hofrath Dr. E. Albert.) 7. Gutachten in einer Privilegiumssache. (Referent O. S. R. Hofrath Prof. Dr. E. Albert.)

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. Prof. Dr. A. Kolisko wurde mit der Supplirung der durch den Tod Hofrath Kundrat's verwaisten Lehrkanzel für pathologische Anatomie an der Universität Wien betraut. — Dr. Argutinski-Dolgorukow wurde zum Professor der Kinderheilkunde an der Universität Kasan ernannt. — Prof. Dr. L. Brieger beabsichtigt, die Leitung der Krankenabtheilung des Koch'schen Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin, die er seit dessen Begründung 1891 leitete, niederzulegen. — Der Privatdozent für Physiologie und medizinische Chemie Dr. Roehmann wurde zum a. o. Professor in Breslau ernannt. — Herr Geh. Rath Liebreich ist zum Ehrenmitglied der Philadelphia Society of Pharmacy ernannt worden.

* Allgemeine Poliklinik. Mit der provisorischen Leitung der weil. Schnitzler'schen Abtheilung wurde dessen langjähriger Assistent Dr. M. Hajek betraut.

* Gegen die Laien-Massage. Der «Aerztliche Verein der südlichen Bezirke Wiens» hat in seiner am 18. Mai abgehaltenen Plenar-Versammlung den einstimmigen Beschluss gefasst, eine Aktion der ärztlichen Vereine Wiens gegen die Laien-Massage anzuregen. Eine Eingabe, welche in diesem Sinne an die Statthalterei gerichtet wurde, lautet wie folgt: «Hohe k. k. niederösterreichische Statthalterei! Seitdem durch die Erfolge schwedischer, holländischer und französischer Aerzte die Heilgymnastik und die aus ihr hervorgegangene Massage die Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen medizinischen Kreise auf sich gezogen haben, einer strengen Prüfung auf klinischem und experimentellem Wege unterworfen und endlich definitiv dem Heilschatze des Arztes einverleibt worden sind, haben sich auch Laien, zumal Badediener beiderlei Geschlechtes, Hebammen etc., angeregt durch die scheinbare Leichtigkeit der Erlernung, wie nicht minder durch die angebliche Unbedenklichkeit der Massagehandgriffe, dieser Behandlungsmethode in grosser Zahl bemächtigt und massiren Gesunde und Kranke.

Die Inseratenspalten der Tagesblätter wimmeln von Anbietungen nichtärztlicher Masseure und Masseusen, eine Erscheinung, die dem grossen Publikum das Uebliche und Statthafte der Laienmassage alltäglich vor Augen zu führen geeignet ist.

Und doch ist die Massage für den Laien, welchem jedwede genauere Kenntniss des Baues des menschlichen Körpers, wie der Funktionen seiner der Hand oft zugänglichen Organe mangelt, weder leicht zu erlernen, noch kann eine Heilmethode als unbedenklich erklärt werden, die in einer keineswegs geringen Zahl von Erkrankungen direkt kontraindicirt, das heisst mit unmittelbarer Gefahr für den Kranken verbunden ist.

Alle Forscher, die auf diesem Gebiete thätig sind, stimmen z. B. darin überein, dass die Massage von Gelenken, die eiteriges Exsudat enthalten, für den Gesammtorganismus gefährlich ist, und kein Arzt wird in solchen Fällen die mechanische Behandlung eines Gelenkes vornehmen; kleine, nur der geübten Hand des Arztes wahrnehmbare Gerinnungen in den Blutadern der Extremitäten lassen die Vornahme von Massagemanipulationen ebenso bedenklich erscheinen, wie Verkalkungen der Schlagadern; die von Laien theils selbstständig, theils in Verbindung mit der allgemeinen Körpermassage mit Vorliebe geübte Massage des Unterleibes ist bei Vorhandensein von Geschwürsprocessen, Verklebungen, Verschiebungen und Knickungen der Därme, bei leicht übersehbaren Eingeweidevorlagerungen als Lebensgefährlich zu bezeichnen.

Wie soll der Laie zu erkennen vermögen, was so häufig selbst der erfahrene Arzt nur mit dem Aufgebote zahlreicher Untersuchungsmethoden zu diagnosticiren im Stande ist?

Schliesslich gibt es eine grosse Reihe von Fällen, in welchen die Handgriffe der Massage überaus zart und subtil angewendet und den Veränderungen des Krankheitsbildes entsprechend variirt und modificirt werden müssen, eine Leistung, welche auch an den Arzt bedeutende Anforderungen in Bezug auf sein Tastgefühl und seine Technik stellt, Anforderungen, die vom massirenden Laien auch nicht annäherungsweise erfüllt werden können.

Aus dem Gesagten geht wohl zur Evidenz hervor, dass die Erlernung der Massage sowohl, wie deren korrekte, erspriessliche und ungefährliche Ausübung nur dem anatomisch und klinisch vollständig ausgebildeten Arzte möglich ist, und dass der Laienmasseur im besten Falle nicht zu schaden vermag, obgleich eine indirekte Schädigung des Kranken in der inkorrekten, die Gewebe und Gewebsflüssigkeiten nicht beeinflussenden, das vorliegende Leiden daher nicht alterirenden Behandlung immerhin erblickt werden muss. Dieser indirekten Schädigung des vertrauensseligen Patienten durch den massirenden Laien steht jedoch drohend die Gefahr gegenüber, in welcher sich der Kranke unter den rohen Händen ungebildeter, lediglich auf Erwerb bedachter Individuen befindet, die, wie alle Kurpfuscher, mit der Zeit in den durch unverstandene Lektüre wissenschaftlicher Bücher genährten Dünkel ärztlichen Wissens verfallen.

Leider hat eine, wenn auch nur kleine Reihe von Aerzten das Emporwuchern der Laienmassage durch angeblichen Unterricht in der Massage zu nähren verstanden und es durch Ausstellung von Diplomen und Zeugnissen dahin gebracht, dass diese neueste Art des Kurpfuscherthums dem Publikum gegenüber gleichsam legalisirt erscheint. Dass diese Thatsachen auch den Sanitätsbehörden nicht unbekannt geblieben sind, geht aus folgendem Passus des «Berichtes des Wiener Stadtphysikates» (1887—1890) hervor:

«Die Massage ist bisher von vielen Laien dazu benützt worden, um in selbstständiger Weise mit Patienten zu verkehren und auf diese Weise gewissermassen die ärztliche Praxis auszuüben, und es ist nicht selten, dass sich derartige Personen den Titel «Masseur» oder «Masseurin» beilegen. Das Physikat hat bereits bei früheren Anlässen stets darauf hingewiesen, dass die Ausübung der Massage nur auf Grund ärztlicher Erfahrungen gestattet werden könne, dass demnach auch die oberwähnte Titelführung seitens eines Nichtarztes nicht zulässig sei.»

Die gefertigten ärztlichen Vereine Wiens erblicken in der Vornahme der Massage durch Laien, mögen dieselben eine sogenannte «Ausbildung» genossen haben oder nicht, eine Gefahr für die von diesen «behandelten» Gesunden und Kranken; sie können eine wesentliche Verringerung dieser Gefahr in der so häufig betonten «ärztlichen Ueberwachung» des Laienmasseurs um so weniger annehmen, als eine solche stetige Ueberwachung undurchführbar ist, beziehungsweise nicht begriffen werden kann, aus welchen Gründen der anwesende Arzt die Massage nicht selbst besorgen sollte; sie betrachten vielmehr die Laienmassage als gewissenlose Ausbeutung des Publikums, wie nicht minder als den willkommen Deckmantel für die Ausübung von Kurpfuscherei und erlauben sich daher an die hohe k. k. niederösterreichische Statthalterei die Bitte zu stellen:

Eine hohe k. k. niederösterreichische Statthalterei geruhe in Würdigung der im Vorstehenden angeführten Gründe die Ausübung der Massage durch Nichtärzte zu untersagen.»

* Ein Komité von ehemaligen Schülern und Assistenten des verstorbenen Primararztes, Hofrath Joseph Standthartner hat sich gebildet, um in dem k. k. Allgemeinen Krankenhause in Wien ein Bildniss ihres Lehrers aufstellen zu lassen.

* Der Neubau des in Wien errichteten Maria-Theresien-Frauenhospitals ist am 30. Mai in feierlicher Weise eröffnet worden.

* Aus Budapest schreibt man uns: In der letzten Sitzung der hauptstädtischen Sanitätskommission tauchte die Ansicht auf, dass die Wirksamkeit des Infektionsinstitutes in epidemielosen Zeiten eingestellt werde; die Sanitätskommission, vom Magistrate aufgefordert, hält jedoch eine ständige Wirksamkeit dieser Institution als erwünscht. — Zum Primarius der durch den Tod Dr. Josef Rath erledigten geburtshilflichen und gynäkologischen Abtheilung im Rochusspitale wurde der Universitätsdozent Dr. Julius Elischer gewählt und zum Chefarzt und Chef des Sanitätsdienstes für die ungarischen Linien der Südbahngesellschaft, Dr. Andreas Ludvik ernannt. — Einige Mediziner demonstrirten gegen Prof. Gustav Scheuthauer, weil dieser anlässlich der jüngsten Rigorosen zu rigoros vorgegangen sein solle und einen Rigorosanten ungerechter

Weise durchfallen liess. In einer der letzten Vorlesungen Professors Scheuthauer's kam es daher zu lärmenden Scenen; es wurden Abzugrufe laut, welche jedoch in Folge der sich für den Professor, seitens eines besonneren Theiles der Hörer kundgegebenen Ovationen, bald verstummten. Nach Schluss des Vortrages sprach sogar eine Deputation bei Prof. Scheuthauer vor, die denselben der unerschütterlichen Anhänglichkeit der Hörer versicherte. — Im Ordinations-Institut des Budapester poliklinischen Vereines wurden im Monate April l. J. 2098 Kranke mit 9746 Ordinationen behandelt. — Zufolge des jüngsten Umsturzes in der Witterung ist auch der Besuch der ungarischen Kurorte bis jetzt, gegenüber sonstiger Jahre, ein recht spärlicher geblieben. Nach den eingelangten Anmeldungen zu schliessen, dürfte jedoch die Frequenz heuer eine sehr lebhafte werden.

* Berlin. Der jüngst verschiedene Sanitäts-Rath Dr. Paul Guttmann hat durch letztwillige Verfügung dem städtischen Krankenhause Moabit, dessen Direktor er bekanntlich war, ein Legat von 10.000 Mark vermacht, dessen Zinsen zur Unterstützung von solchen Kranken dienen sollen, die aus dem Krankenhause hilfsbedürftig entlassen werden.

* Wie die D. med. Wochenschr. berichtet, soll eine zweite internationale Sanitätskonferenz im Spätherbst d. J. in Paris abgehalten werden, um die auf der ersten, in Dresden abgehaltenen, nicht erledigten Fragen, die sich auf das Sanitätswesen im Orient beziehen, zu erledigen.

* Paris. Am 4. Juni wurde das Standbild des Theophrast Renaudot (1584—1653) im Beisein des Ministers Dupuy, des Professor Brouardel und vieler anderer offiziellen und hervorragenden Persönlichkeiten enthüllt. Bekanntlich war dieser berühmte Arzt des 17. Jahrhunderts zugleich Herausgeber der ersten politischen Zeitung Frankreichs und Gründer zahlreicher Wohlthätigkeitsanstalten. Die Errichtung des Standbildes ist hauptsächlich den Bemühungen von Gille de la Tourette zu danken.

* Nach dem Berichte des «Conseil d'hygiène» wurden im Jahre 1892 355 Personen aus dem Seine-Departement im Pasteur-Institut der Vaccination gegen die Lyssa unterzogen, von denen eine starb. Im Jahre 1891 wurden 201, 1890 95 Personen behandelt, unter denen nicht ein Todesfall vorkam.

* Ein Freund unseres Blattes macht uns auf einen Artikel in der «Gazette des hopitaux de l'empire Ottoman» aufmerksam, der aus der Feder eines bekannten Konstantinopeler Arztes, Dr. Pardo stammt. Der Verfasser besuchte Wien anlässlich des Dermatologen-Kongresses. Er spricht mit der grössten Ehrfurcht von den Verdiensten der Wiener Meister, welche den Ruhm unserer Schule begründet haben. Mit einem kurzen Ueberblicke über die Thätigkeit des Kongresses schliesst Pardo seinen lesenswerthen Aufsatz, in welchem er auch der Gastfreundlichkeit und der Liebenswürdigkeit der Wiener in sehr begeisterten Worten gedenkt.

* Die Generalpachtung des Bades Pistyan (Pöstyen) versendet ein Cirkulär des Inhalts, dass sie ein Arbeiterpensionat, vorläufig auf 40 Personen berechnet, errichtet hat, in welchem die Kurbedürftigen Wohnung und Verköstigung und das Schlammbad um zusammen 65 kr. erhalten. Die Fabrikanten und Gewerkschaften werden von der Generalpachtung auf diese neue Einrichtung besonders aufmerksam gemacht.

* Cholera. Aus Mekka wird das Auftreten der Cholera gemeldet. — In Russland ist ein etwas verstärktes Auftreten der Epidemie zu konstatiren; und auch aus einzelnen Provinzen Frankreichs treffen noch immer Meldungen über Choleratodesfälle ein.

Dr. Wettendorfer beehrt sich den Herren Kollegen mitzutheilen, dass er am 10. Mai d. J. seine kurärztliche Praxis in Baden bei Wien wieder aufgenommen hat.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt über stationäre Apparate für Galvanisation, Faradisation, elektrische Bäder und Elektrolyse, von Reiniger, Gebert & Schall, Wien. VIII., bei, auf welchen wir unsere Leser aufmerksam machen.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Aerztliche Stellen.

Distriktsarztesstelle in Tremles (Strmilov, Böhmen) mit 11 Gemeinden, 4865 Einwohner und 59·3 Quadrat-Kilometer Flächenausmass. Jahresgehalt 400 fl., Reisepauschale 120 fl. Die Anstellung erfolgt provisorisch auf ein Jahr. Die mit dem im § 5 des Gem.-Sanit.-Gesetzes vom 23. Februar 1883 verlangten Nachweise belegten Gesuche sind bis 15. Juni l. J. bei dem Bezirksausschusse in Neuhaus einzubringen.

Distriktsarztesstelle in Netschetin (Böhmen) mit 19 Gemeinden, 4731 Einwohnern, grösstentheils deutscher Nationalität, und 82·06 Quadrat-Kilometer Flächenausmass. Gehalt 400 fl., Reisepauschale 165 fl., Befugniss zum Halten einer Hausapotheke, Aussicht auf die Stelle des Herrschaftsarztes in Netschetin. Gesuche sind bis Ende Juni an den Bezirksausschuss in Manetin zu richten.

Zwei Bezirksarztesstellen (Dalmatien) I. Klasse in der IX. Rangsklasse, eventuell zwei Bezirksarztesstellen II. Klasse in der X. Rangsklasse. Bewerber um diese Stellen haben ihre Gesuche durch ihre politische Bezirksbehörde, wenn sie bereits eine öffentliche Anstellung geniessen, durch ihre vorgesetzte Behörde bis 20. Juni l. J. beim Statthalterei-Präsidium in Zara einzubringen und mit folgenden Dokumenten zu belegen: 1. Geburtsschein; 2. Diplom über die Erlangung des Doktorgrades der gesammten Heilkunde; 3. Nachweis über die mit Erfolg abgelegte, zur Erlangung einer bleibenden Anstellung im öffentlichen Sanitätsdienste bei den pol. Behörden im Sinne der Ministerial-Verordnung vom 31. Mai 1873 (R.-G.-Bl. Nr. 37) erforderliche Prüfung; 4. Nachweis über die bisherige Verwendung und über die Sprachkenntnisse.

Distriktsarztesstelle zu Unterdrauburg (Kärnten) mit einer Jahresremuneration von 550 fl., davon 300 fl. aus dem Landesfonde und 250 fl. von der Gemeinde Unterdrauburg. Dem Inhaber kann eine Wohnung von 4 Zimmern sammt Zugehör und Gemüsegarten gegen einen Jahreszins von 150 fl. zur Verfügung gestellt werden. Bedingungen: Führung einer Hausapotheke und Einhaltung einer zweimonatlichen Kündigungsfrist. Gesuche bis 30. Juni d. J. an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Wolfsberg in Kärnten.

Acht Distriktsarztesstellen und zwar: a) mit dem Jahresgehalte von 800 fl.: 1. in Eisern; 2. in Rieg; 3. in Senosetsch; 4. in Tschernembl; 5. in Wocheiner Feistritz; b) mit dem Jahresgehalte von 600 fl.: 6. in Loitsch; 7. in St. Peter am Karste event. Adelsberg; 8. in Ratschach. (Krain.) Bewerber um eine dieser Stellen haben ihre Gesuche bis zum 15. Juni 1893 beim krainischen Landesausschusse in Laibach einzubringen und in denselben das Alter, die Berechtigung zur Ausübung der ärztlichen Praxis, die österreichische Staatsbürgerschaft, physische Eignung, moralische Unbescholtenheit, bisherige Verwendung und Kenntniss der slovenischen und der deutschen Sprache nachzuweisen.

VII. Jahrgang. **Wien, 18. Juni 1893** **Nr. 25.**

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen“** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Bis zu welchem Grade kann man die Epilepsie durch frühzeitiges Erkennen und durch frühzeitige Behandlung hintanhalten?

Von

Dr. Graeme M. Hammond. *)

Das frühzeitige Erkennen der Epilepsie oder der epileptiformen Anfälle, besonders im kindlichen Alter, ist von der grössten Bedeutung, da, gleichgiltig wie schwach die Anfälle sein mögen, das Nervensystem durch dieselben immer beträchtlich geschädigt wird, und wenn die Krankheit überhaupt persistirt, die physische und intellectuelle Entwicklung des Kindes häufig derart verzögert werden, dass der Erwachsene nach beiden Richtungen hin dadurch ernstlich geschädigt wird.

Nach Gowers fällt der Beginn eines achten Theiles aller Fälle von Epilepsie in die drei ersten Lebensjahre.

Meine eigenen diesbezüglichen Erfahrungen führen mich dazu, diese Zahl als eine Unterschätzung der hier in Betracht kommenden Verhältnisse zu betrachten, um so mehr, wenn man erwägt, dass viele Erwachsene, deren Anfälle erst zur Zeit der Pubertät oder sogar später zum ersten Mal aufzutreten schienen, häufig angeben, sie hätten schon in der Kindheit eine, oder zwei, oder mehr Konvulsionen durchgemacht. Diese Fälle müssen in die Rubrik der kindlichen Epilepsie gebracht werden, da ich glaube, dass die kindlichen Konvulsionen der Anfang der Krankheit waren, die in den späteren Jahren wieder zur Geltung kam.

Das Erkennen der typischen epileptischen Anfälle ist ein Moment, mit dem der Arzt so sehr vertraut ist, dass irgend welche Beschreibung derselben durch mich überflüssig sein würde.

Der Verlust des Bewusstseins, der von konvulsiven Bewegungen begleitet ist, verhindert eine Verwechslung dieser Krankheit mit irgend einer anderen Affektion, vielleicht mit Ausnahme der Hysterie. Ich werde jedoch nicht bei den differentialdiagnostischen Momenten verweilen, da dieser Gegenstand bereits von meinem Vorgänger erschöpft worden ist.

Beim «Petit Mal» finden sich häufig keine deutlich wahrnehmbaren Konvulsionen, und der Verlust des Bewusstseins kann so kurz sein, dass er der Beobachtung von Seiten der Eltern oder der Krankenpflegerin vollkommen entgehen kann, und so erklärt es sich, dass dieser Umstand natürlich auch nicht zur Kenntniss des Arztes gelangt. — Gowers beschreibt folgende Symptome, welche gemeinschaftlich mit momentaner Bewusstlosigkeit auftreten, oder auf welche die Bewusstlosigkeit folgt, als Zeichen des «Petit Mal», nämlich: Schwindel, Zuckungen in den Gliedern, im Stamme oder im Kopfe; Gesichtssensationen, oder Verlust des Sehvermögens; plötzliches Angstgefühl; einseitige periphere Sensationen oder Spasmen; epigastrische Sensationen; plötzlicher Tremor; Sensationen in beiden Händen; Schmerz oder Sensationen im Kopf; Erstickungssensationen; plötzliches lautes Aufschreien; Sensationen im Gebiete der Geruchsnerven und Herzsensationen; Sensationen in der Nase und in den Bulbi; plötzliche Dyspnoe und allgemeine, nicht zu schildernde Sensationen.

In den Fällen, in welchen man es mit Säuglingen oder sogar mit älteren Kindern zu thun hat, ist es oft unmöglich, festzustellen, ob viele dieser Symptome existiren oder nicht. Das gewöhnlichste Symptom bei den Kindern besteht nach meiner Erfahrung in einem momentanen fixen starren Blick, oder in einem ebenfalls kurzen Rollen der Augen nach aufwärts, oder in einem einfachen Verlust des Bewusstseins während welchem das Kind plötzlich nach irgend einem Möbelstück greift, um sich daran zu stützen, oder es fällt sonst um, indem es in dem Momente, in welchem es den Boden berührt, sich schnell wieder aufrichtet. Das häufige Fallen eines Kindes ohne klare Ursache soll immer Verdacht erregen und zu einer gründlichen Untersuchung des Kindes führen.

Der Einfluss beider Formen der Epilepsie auf den kindlichen Intellekt ist ein sehr verhängnissvoller; von beiden übt wahrscheinlich das «Petit Mal» eine verderblichere Wirkung

*) Vortrag, gehalten in der Sektion für Pädiatrie der «New-York Academy of Medicine», April 14, 1893. — Mitgetheilt von Léon Leibowitz.

aus, als das «Grand Mal», möglicherweise wegen der grösseren Häufigkeit der Anfälle.

Bis zum siebenten oder achten Jahre nimmt das Gehirn des normalen Kindes an Umfang zu, vergrössert sich im Tiefendurchmesser seiner cortikalen Substanz und entwickelt sich, was das Wachsthum seiner Elemente und was das Zellenleben betrifft, schneller als in späteren Jahren.

Wiederholte epileptiforme Anfälle aller Arten verzögern dieses Wachsthum und behindern die natürliche Entwicklung der geistigen Funktionen. Häufig beobachtet man sogar auch grössere Schädigungen. Die geistige Entwicklung wird nicht nur gehemmt, sondern der geistige Zustand wird ein perverser, und dieser Zustand manifestirt sich durch Schwäche in der geistigen Auffassung der Dinge und durch allgemeine Stupidität einerseits, und durch ungerechtfertigte Anfälle von Wuth, durch unbegründetes schlechtes Benehmen der Kinder und eine Neigung zur Unreinlichkeit andererseits.

Es ist durchaus nichts Ungewöhnliches, wenn der Beobachtung der Eltern eines Kindes das Vorhandensein von Anfällen von «Petit Mal» vollkommen entgeht, und dass sie nur so viel bemerken, dass es mit dem Kinde nicht ganz in der Ordnung sei, indem ihnen die Unfähigkeit des Kindes zu lernen, wie es andere Kinder thun, oder indem ihnen die wiederholten Akte unbegründeten lasterhaften Benehmens der Kinder auffallen.

Ein anderer höchst wichtiger Punkt, der für das frühzeitige Erkennen der Epilepsie von der allergrössten Bedeutung ist, betrifft den Umstand, dass die idiopathische Epilepsie die Tendenz hat, zu einer organischen Krankheit zu werden. Ich glaube, dass die idiopathische Epilepsie zuerst eine funktionelle sei, und dass sie in der Mehrzahl der Fälle gewiss geheilt werden kann, wenn sie gleich nach ihrem Einsetzen erkannt wird, und wenn man die geeignete Behandlung einschlägt und konsequent durchführt. Die Epilepsie, die als funktionelle Erkrankung beginnt, hat jedoch eine starke Tendenz, zu einer organischen Krankheit zu werden, namentlich in dem unentwickelten Gehirn des Kindes.

Ein jedes Mal, wenn ein epileptischer Anfall auftritt, werden die zarten Gehirnzellen in hohem Grade gereizt. Wiederholte Anfälle führen zu vermehrter und länger anhaltender Reizung und schliesslich zu Strukturveränderungen in den Zellen selbst. Die Epilepsie ist dann eine organische Krankheit. Die abnorme Beschaffenheit der Zellen genügt, um Anfälle auszulösen, und obgleich man zweifellos sehr viel thun kann, um die Schwere und die Häufigkeit der Anfälle zu bessern, so ist es aber dennoch nur eine Seltenheit — wofern es überhaupt vorkommt — wenn man in solchen Fällen eine Heilung erzielt. Je früher man somit erkennt, dass ein Kind an Epilepsie leidet, und je frühzeitiger man nach dieser Diagnose die Behandlung einleitet, um so grösser ist die Aussicht auf eine vollständige Unterdrückung der Anfälle und auf eine endgiltige Genesung des Kranken. Bei einer so ernsten Krankheit, wie es die Epilepsie ist, bei welcher die Erhaltung der Integrität des Geistes und das Erhalten der physischen Kraft so sehr von einem frühzeitigen Erkennen und einer prompten Behandlung abhängen, kann nicht genug Gewicht darauf gelegt werden, dass man Eltern, oder überhaupt solche, denen die Obhut von Kindern anvertraut ist, nach dieser Richtung hin gehörig instruirt. Diese Belehrung muss vom Hausarzte kommen.

In allen Fällen, in denen es sich um Kinder neuropathischer Eltern handelt, wenn das eine oder das andere Kind an Epilepsie, Syphilis oder Skrophulose gelitten hat, oder wenn Psychosen in der betreffenden Familie vorgekommen sind, so sollte der Hausarzt den Angehörigen des Kindes klar machen, was die Symptome des «Petit Mal» seien, und es ihnen nahe legen, dass sie mit Sorgfalt und Wachsamkeit die Kinder beobachten mögen. Dies muss natürlich mit Takt und Diskretion geschehen, so dass die Angehörigen der Kinder nicht unnöthigerweise in Angst und Schrecken versetzt werden. In allen Fällen, selbst da, wo Eltern und Kinder muthmasslich gesund sind, wird eine solche Belehrung nicht verfehlt sein und den Eltern die Vorstellung von einem Krankheitszustande geben, den sie sonst als eine triviale Sache zu betrachten geneigt sein würden. Die Angehörigen von Kindern sind so ziemlich mit den initialen Symptomen der meisten Krankheiten des kindlichen Alters vertraut, aber sie befinden sich fast immer in einer groben Unwissenheit bezüglich der Symptome einer Krankheit, die in ihren Folgen gewiss ebenso ernst ist, als die Mehrzahl der Krankheiten im kindlichen Alter.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der I. chirurgischen Klinik des Herrn **Hofrathes Prof. Albert.**

Casuistische Mittheilungen.

Von **Dozent Dr. Rudolf Frank,** Assistent obiger Klinik.

(Fortsetzung *)

3. Sarcoma scapulae sin. recidivum. Exstirpation der Scapula. Heilung.

Ch. Johann, 26 Jahre alt, Bäckergehilfe, erkrankte im Oktober 1891 unter Schmerzen im linken Schultergelenke und oberen Drittel des Oberarmes. Durch die Schmerzen aufmerksam gemacht, entdeckte er bald eine Geschwulst am Schulterblatte. Die Geschwulst vergrösserte sich allmälig. Im April 1892 auf die Klinik aufgenommen, bot der Kranke folgenden Befund: Unter der lateralen Hälfte der linken Spina scapulae findet sich eine querovale, flache Geschwulst, welche mit einem äusseren zapfenförmigen Antheil das Schultergelenk von rückwärts deckt. Die Geschwulst liegt unter der Muskulatur, sitzt dem Schulterblatte unverschieblich auf und zeigt elastische Konsistenz. Am 5. April wurde die Geschwulst mit einem queren Schnitte blosgelegt und exstirpirt. Unter der Mitte der Spina fand sich die Scapula an einer vierkreuzerstückgrossen Stelle von der Geschwulst arrodirt. Diese Stelle wurde der ganzen Dicke nach ausgemeisselt. Abgesehen von beträchtlicher Blutung wurde die Exstirpation durch die Verhältnisse an dem lateralen Geschwulstzapfen erschwert; derselbe erstreckte sich unter dem Acromion um den Schulterblatthals herum in die Tiefe.

Die Wunde, welche bis auf Drainöffnungen genäht wurde, heilte in drei Wochen ohne Reaktion. Die exstirpirte Geschwulst war ein weiches Spindelzellensarkom mit schleimiger Erweichung. Der Ausgangspunkt dürfte das Periost der Schulterblattschuppe gewesen sein. Schon wenige Wochen nach der Entlassung bekam Patient neuerdings Schmerzen und bald bildete sich in der Narbe wieder eine Geschwulst. Bei der Aufnahme im November 1892 fand sich in der Gegend der Narbe eine mit der Haut verwachsene gut faustgrosse Geschwulst, welche sich lateral bis in die Achselhöhle hinstreckte.

Diesmal wird die Scapula exstirpirt (14. November 1892). Die mit dem Tumor verwachsene Hautpartie wird in ein langes quergestelltes Oval gefasst; von dem medialen Ende dieses ein Schnitt gegen den Angulus scapulae herab geführt, am lateralen ein senkrechter Schnitt hinzugefügt und nun das Schulterblatt ausgelöst, indem zuerst die Muskelansätze am inneren, dann am äusseren Rande der Schuppe durchtrennt, hierauf die Schultergelenkskapsel eröffnet und ringsum knapp am Kopfe abgelöst wurde. Das Gelenk zu erhalten war nicht möglich, weil der Tumor hinten mit der Kapsel verwachsen war. Blutverlust gering. Naht der Wunde bis auf eine Drainöffnung. Blauer Bindenverband zur Fixation des Armes. Fieber- und reaktionsloser Verlauf. In der fünften Woche verliess der Patient geheilt die Klinik.

Die Funktion des Armes war schon bei der Entlassung eine sehr gute. Der Arm konnte aktiv etwas nach vorne und rückwärts bewegt werden, passiv etwas mehr und stand in leichter Abduktion. Der Halt des Armes in der Gegend der Schulter war ein so ausgiebiger, dass der Kranke einen Stuhl

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 22, 1893.

heben konnte. Die Kraft der Vorderarmmuskulatur war nur wenig vermindert.

* * *

4. Carcinoma coeci. Exstirpation. Heilung.

L. Johann, 36 Jahre alt, litt vor 14 Jahren durch längere Zeit an erschöpfenden Diarrhöen, erholte sich aber im Laufe von Monaten wieder vollständig. Seit Weihnachten 1890 leidet er an Appetitlosigkeit, aufgetriebenem Bauch, Stuhlverhaltung und heftigen Kolikschmerzen. In Folge dessen magerte der Kranke rasch ab, seine Kräfte schwanden. Im August 1892 wurde der Kranke an die Klinik ALBERT aufgenommen.

Der hochgradig abgemagerte, kachektisch aussehende Kranke bot ein meteoristisch aufgetriebenes Abdomen, an welchem sich deutlich Schlingen-Konturen abzeichnen. Man sieht an demselben Kontraktionen ablaufen, während der Kranke heftige Kolikschmerzen verspürt. Die Schmerzen rauben den Schlaf; sie haben den Hauptsitz in der Ileocoecalgegend und verbreiten sich um den Nabel. In der Coecalgegend lässt sich bei der starken Spannung des Bauches nur undeutlich eine Geschwulst palpiren.

Mit Rücksicht auf das Alter des Kranken, den chronischen Verlauf der Stenose, sowie auf das Vorhandensein einer heftigen, für Tuberkulose verdächtigen Bronchitis wurde die Diagnose auf Coecaltuberkulose gestellt.

Der Kranke wurde am 11. September 1892 laparotomirt und zwar von einem schiefen, etwa in der Mitte zwischen Nabel und Poupart'schen Bande (letzterem gleich gerichteten) Hautschnitte aus. Nach Eröffnung des Peritoneums präsentirte sich ein dem Coecum angehöriger faustgrosser höckeriger Tumor, an den das Netz herangezogen und breit adhärent war. Der Tumor war nur wenig beweglich, am Mesocoecum tastete man grosse Drüsenknollen.

Nach Ablösung des Netzes durch Ligatur bekam man erst die Insertion des Ileum zu Gesichte. Durch langwierige Präparation gelang es den ganzen Tumor sammt einem grossen Pakete von im Mesocoecum sitzenden Lymphdrüsen mobil zu machen und vor die Wunde zu ziehen. Nach Sperrung des Darmes durch RYDYGIER'sche Darmklemmen wurde ein 35 *cm* langes Darmstück resecirt; circa 20 *cm* entfielen auf den Dickdarm, 15 auf den Dünndarm. Der Dünndarm war zur Dicke eines Dickdarmes erweitert, aber auch das Lumen des Dickdarmes war kolossal erweitert, der Darm in seiner Wandung verdickt. Das Lumen des Dickdarmes wurde über die Hälfte durch Nähte quer verengt, das verkleinerte Dickdarm- und das Dünndarmlumen durch cirkuläre Darmnaht mit einander vereinigt. Die Naht war zweischichtig. Eine Reihe starker Seidenknopfnähte fasste alle drei Schichten der Darmwand, eine zweite Reihe LEMBERT'scher Nähte versenkte die erste in die Tiefe. Die Bauchwunde wurde durch Etagennaht ganz geschlossen. Der Verlauf war ein tadelloser. Der Kranke fieberte nie, war sofort von den Koliken befreit. In der dritten Woche verliess er das Bett.

Das exstirpirte Darmstück zeigte auffallende Verhältnisse. Der das Coecum cirkulär okkupirende faustgrosse Tumor erwies sich als ein Drüsencarcinom (zerklüftet, exulcerirt). Das Dünndarmstück ist bedeutend erweitert und in seiner Wand verdickt. Der Dickdarm aber ist geradezu kolossal erweitert und in seiner Wand verdickt. Aufgeschnitten mass er 18 *cm.* in der Quere. Diese enorme Erweiterung des Dickdarmes fiel schon intra operationem auf und liess den Verdacht aufkommen, dass vielleicht noch irgendwo tiefer eine Striktur sitze. Dass im Rektum eine solche nicht vorhanden sei, hatte die Digitaluntersuchung ergeben, aber auch am Dickdarme konnte während der Operation keine Stenose nachgewiesen werden. Das Befinden des Kranken nach der Operation (keine Beschwerden, Stuhl in Ordnung) liess eine solche auch ausschliessen. Die Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarmes musste also andere Gründe haben. In der Nähe von Carcinomen hypertrophirt der Darm häufig, dieses Moment kann aber in unserem Falle wenigstens nicht allein mitgespielt haben, da sich die Veränderungen auf den ganzen Dickdarm erstreckten. Die Ursache dürfte wohl in einem alten längst abgelaufenen Prozesse, wahrscheinlich in dem vor 12 Jahren überstandenen langwierigen Durchfalle, zu suchen sein. An dem resecirten Dickdarmstücke finden sich zahlreiche flache Narben, zum Theile mit flottirenden benarbten Schleimhautbrücken überdeckt, also Narben, wie sie nach katarrhalischen oder tuberkulösen Geschwüren zurückbleiben. Die Erweiterung und Verdickung des Darmes dürfte damals auf entzündlichem Wege entstanden sein und im Coceum bildete sich auf Grund einer alten Narbe ein Carcinom aus.

Der Kranke erholte sich nach der Operation ganz ausserordentlich rasch. Er verblieb zwei Monate an der Klinik, in dieser Zeit nahm er um 23 Kilogramm an Gewicht zu. Erwägt man, dass durch 14 Tage post operationem die Diät eine sehr restringirte, fast allein auf Flüssigkeiten beschränkte war, so ergibt sich für die letzten sechs Wochen seines Spitalsaufenthaltes eine tägliche Gewichtszunahme von circa einem halben Kilogramm, gewiss eine ganz auffallende Erscheinung. Beim Verlassen des Spitales war der Kranke direkt wohlgenährt, ja fett zu nennen. Ende März 1893 stellte sich der Mann wieder vor; er sieht blühend aus und ist gänzlich beschwerdelos. Sein Gewicht hat seit dem Spitalsaustritte noch um ein Geringes zugenommen. Die lineare Bauchnarbe ist völlig fest.

(Schluss folgt.)

Amblyopia diabetica.*)

Von

Prof. Ludwig Mauthner.

(Fortsetzung und Schluss.)

Soll es bei mir ausgemacht sein, dass weder Raucher- noch Trinker-Amblyopie vorliegt, so muss ich auf Grund meiner Erfahrungen die Forderung stellen, dass es unzweifelhaft feststehe, dass der Kranke weder rauche, noch trinke und dass, falls es zweifelhaft scheint, ob Abusus vorliegt, der Nachweis erbracht wird, dass einfach durch Abstinenz eine Besserung nicht zu erzielen sei. Damit wäre, strenge genommen, noch immer nicht erwiesen, dass die vorhandene Amblyopie eine diabetische sei, denn ich kenne selbst genug Fälle von centraler Amblyopie, in welcher sowohl Abusus als Diabetes fehlt. Erst dieser Tage (2. Juni 1893) konnte ich einen solchen eklatanten Fall bei einem 50jährigen Manne beobachten, der bei V 6/18 ein einseitiges pericentrales totales Scotom für alle Farben aufweist, der weder raucht noch trinkt noch Diabetes hat. Es wäre daher möglich, dass auch eine reine centrale Amblyopie bei Diabetes nicht vom Diabetes abhänge; und so wie wir die Raucher-Amblyopie daran erkennen, dass sich dieselbe durch Abstinenz bessert, so müsste auch die diabetische Amblyopie (bei Leuten, die weder Raucher noch Trinker sind), durch antidiabetische Kur sich bessern. Naturgemäss müsste festgestellt sein, dass der Kranke nicht während der Kur etwa auch im Rauchen und Trinken sich Zügel anlegte; denn sonst könnte man gar auch meinen Fall 3 für eine durch Karlsbad geheilte Amblyopia diabetica halten — wenn nicht zufällig der Diabetes sich verschlimmert hätte.

Wenn man unter diesen Gesichtspunkten die in der Literatur vorgeführten Fälle betrachtet; wenn man von allgemeinen Redensarten, die sich überall in Hülle finden, absieht und sich nur an die halbwegs brauchbaren, in specie vorgeführten Krankheitsgeschichten hält, so habe ich keinen einzigen Fall von Amblyopia diabetica gefunden, der über jeden Zweifel erhaben wäre.

Denn entweder ist direkt angegeben, dass der Kranke starker Raucher und Trinker (LEBER 1875, BADAL 1887), oder dass derselbe starker Raucher (NETTLESHIP 1881, GUTMANN 1883, HIRSCHBERG 1886), oder dass er Säufer (COHN's 7. Fall) war,

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 6, 7, 9, 11 13, 21, 24, 1893.

oder, es ist zwar bemerkt, dass er kein Alkoholiker, aber nicht ob er Raucher war (Wiesinger 1885), oder aber, es ist zwar das Rauchen ausgeschlossen, wie bei Hirschberg's Patientin (1887), ohne dass wir erfahren, ob auch der Abusus geistiger Getränke nicht etwa in Betracht komme.

In der mir zugänglichen Literatur habe ich keinen einzigen Fall von Amblyopia diabetica gefunden, in welchem ausdrücklich bemerkt wäre, dass der Kranke weder Raucher noch Trinker war. Mit Ausnahme der eben angeführten wenigen Fälle, fehlt in den übrigen überhaupt jede Angabe über diesen wichtigen Punkt.

Ebenso wenig ist zu ersehen, ob eine Amblyopia diabetica einfach durch die antidiabetische Diät zur Besserung oder Heilung kommen kann. Auch über diesen Punkt gibt es nur wenige Angaben. Nicht geheilt oder nicht gebessert oder direkt verschlechtert wurde die Sehschärfe in dem Falle von Colsmann 1870, in 2 Fällen Leber's 1877, in 6 Fällen von Cohn 1878, in dem Falle Bresgen's 1881, in jenem Samuel's 1882 Eine Besserung ist angegeben bei Desmarres 1858, dessen Angaben jedoch sehr mangelhaft sind und in Betreff des Rauchens und Trinkens ganz fehlen; bei Leber 1875, in welchem dieselbe ganz offenkundig durch Abstinenz erzielt wurde; im ersten Falle Cohn's 1878, im Falle Wiesinger's 1885 und in einem Falle Hirschberg's 1886.

Hirschberg's Patient war ein starker Raucher und es ist daher nicht zu bezweifeln, dass Hirschberg demselben das Rauchen verbot. Wiesinger's Patient kommt nicht in Betracht, da seine Amblyopia sich erst besserte, als er jede antidiabetische Diät und Kur aufgab und wie wir gehört haben, das Sehvermögen mit der Zunahme des Zuckers nicht schlechter sondern besser wurde, so dass der einzige Fall Cohn's übrig bleibt, der aber in unserem Sinne ebenfalls unbrauchbar ist, indem wir nicht erfahren, ob der Kranke Raucher oder Trinker gewesen und ob er sich nicht, nachdem sein Diabetes erkannt war, in dieser Hinsicht Schranken auferlegt hat. An dieser Stelle möchte ich verrathen, wie ich mir die Besserung in Wiesinger's Falle vorstelle. Der Kranke dürfte ein starker Raucher gewesen sein und ein guter Freund ihm den Rath ertheilt haben, das Rauchen zu lassen.

Dass ich gegen die Amblyopia diabetica nicht voreingenommen bin, sondern nur deren unantastbaren Nachweis verlange, will ich dadurch zeigen, dass ich einen Fall hiehersetze, der allerdings auch noch nicht das gewünschte Ideal darstellt, aber das Vorkommen einer wahren Amblyopia centralis diabetica wahrscheinlich macht Ich verdanke den Fall der Freundlichkeit des Herrn Dr. S. Klein.

10. August 1888. 18jähriger Student, der an Diabetes mellitus leidet und seit 3 Monaten schlecht sieht. Dr. Klein glaubt sich verbürgen zu können, dass derselbe weder rauchte noch trank. Rechts: Mc. 2 D, Jäger Nr. 11 wird schwer gelesen. «ein grosser Nebelfleck» deckt die Schrift, an den Rändern des Flecks wird deutlicher gesehen. Links: Mc. 2·5 D, Fleck kleiner, Jäger Nr. 1, mühsam. Gesichtsfeldgrenzen, mit Handbewegung geprüft, normal. Sehnerv beiderseits tief geröthet. Grenzen leicht gedeckt, Netzhautvenen etwas geschängelt, im linken Auge verbreitet. Am 16. August, sowie am 3. September 1888 status idem, eher etwas schlechter Patient geht am 3. September nach Karlsbad, von wo er verschlechtert anfangs Oktober zurückkehrt; stirbt gegen Neujahr 1889. Ich führe den Fall an, wenngleich eine genaue Prüfung des Gesichtsfeldes, sowie eine Farbenprüfung überhaupt nicht vorliegt und der Spiegelbefund auch nicht negativ ist.

Fasse ich Alles zusammen, was mir auf Grund des Studiums der Amblyopia diabetica bemerkenswerth erscheint, so möchte ich hervorheben:

1. Amblyopia diabetica ist nur dann zu vermuthen, wenn Amblyopia ex abusu unbedingt ausgeschlossen erscheint. Dabei vergesse man nicht, dass als unschädliches Maximum 15 gr Tabak (3 Cigarren täglich) angesehen werden (Groenouw 1892). Das Vorkommen der Amblyopie beim weiblichen Geschlecht beweist nichts, da es Frauen gibt, die wie Türken oder richtiger wie Türkinnen und Russinnen rauchen und auch ein Abusus spirituosorum nicht beim männlichen Geschlecht allein vorkommt. (Erst dieser Tage erfuhr ich von einer Dame, dass sie 50! Cigaretten täglich raucht.)

2. Da möglicher Weise der Diabetes ein schwächendes Moment abgibt, durch welches das Entstehen der Intoxicationsamblyopie befördert wird, so ist in die Therapie des Diabetes die Ueberwachung und Regelung des Tabakgenusses aufzunehmen und der uneingeschränkte Genuss von nicht süssen Weinen nicht als gleichgiltig anzusehen. Bei den ersten Zeichen centraler Amblyopie hat vollständige Abstinenz von Tabak einzutreten und ist die Zufuhr alkoholhältiger Getränke auf das dringlichste Minimum einzuschränken.

3. Die sogenannte Amblyopia diabetica, die ich selbst nur als Amblyopia ex abusu bei Diabetes kenne, ist nicht als Vorbote eines bald bevorstehenden letalen Ausganges anzusehen. Es ist wichtig, dies hervorzuheben, da Hirschberg eine solche Anschauung vertritt und seine Ansicht auch durch Fälle von Cohn, Schirmer, Klein gestützt zu werden scheint.

* * *

Literatur der Amblyopia diabetica.

Die bei Theodor Leber citirten Fälle, soweit dieselben hierher gehören.

1858. Desmarres: 1 Fall, kann weder lesen noch schreiben, auch nicht mit Brillen, nach einigen Monaten wird mit + 1/18 leicht gelesen.

1867. Mooren: 2 Fälle, ohne nähere Angaben.

1870. Colsmann: 1 Fall, Nr. 5 J. mühsam in 8″, keine Angaben über das Gesichtsfeld; trotz antidiabetischer Diät wesentliche Verschlechterung, 5 Wochen später nur nach Nr. 14 mühsam.

1873. Steffan: 2 Fälle, mit freiem Gesichtsfeld, andere Angaben fehlen

1873. Mooren: 1 Fall, ohne nähere Angaben.

1875. Seegen: (in der 2. Auflage seines Diabetes mellitus Die 1. Auflage ist im Jahre 1870, die 3. im Jahre 1893 erschienen) 3 Fälle. Von den 140 von Seegen in specie beschriebenen Fällen gehören hierher die Nummern: 114, 131, 133.

1. Fall, von Cohn, siehe unten Cohn's Fall 1.

2. Fall mit 3% Zucker. Sehkraft seit 2 Jahren abgenommen, bedeutende Muskelschwäche. Kein Augenspiegelbefund (Bowman).

3. Fall blos mit deutlichen Zuckerspuren, vor einem Jahre plötzlich Abnahme der Sehkraft am rechten Auge. Kein Befund (v. Gräfe).

Die Fälle von Amblyopia diabetica seit 1875.

1875. Leber: 1 Fall, «gibt reichlichen Genuss von Spirituosen zu, hat auch stark Tabak geraucht.» War seit 20 Jahren öfters, früher meist alljährlich zur Kur in Karlsbad. Jederseits V 20/100 bis 20/70, Peripherie frei, centrales Farbenscotom. Weder Eiweiss noch Zucker. Abstinenz, Heurteloups etc, später Jodkalium. Nach 4 Wochen Rechts V 20/40, Links 20/20 nahezu. Karlsbad, Strychnininjektionen. Rechts 20/40, Links 20/30. Mitte August 1875: Rechts bedeutende Verschlechterung: 20/100. Jetzt Zucker im Urin. «Rückfälle (bei Amblyopia ex abusu spirituosorum) werden nur dann bemerkt, wenn wieder Spirituosen in reichlicher oder übermässiger Menge genommen werden, was bei unserem Kranken nicht der Fall zu sein schien.» Der Zucker nimmt in 3 Tagen bei gewöhnlicher Diät von 2·2% bis auf 0·63% ab und bei dieser gewöhnlichen Diät ist das Sehvermögen nach 2 Tagen, sage zwei Tagen, wieder auf 20/40, nach 3 Tagen auf 20/40 bis 20/30! gestiegen Nach 8–10 Tagen ist das Sehvermögen an beiden Augen wieder so gut oder besser, als es jemals war.

Ich habe nie verstanden, wie Leber diesen Fall für eine Amblyopia diabetica halten konnte, einen Fall, in welchem bei einem Raucher und Säufer die Amblyopie vor dem Diabetes da war und durch Abstinenz heilte und die später, als wahrscheinlich durch neuen Excess eine Verschlimmerung an einem Auge auftrat, nach drei Tagen bei gewöhnlicher Diät wieder vollkommen schwand!!

1877 erwähnt Leber, dass bei einem Recidiv der Amblyopia diabetica zwar der Zucker in sehr kurzer Zeit gänzlich zum Verschwinden gebracht wurde, die Amblyopie aber, die bei ihrem Entstehen mit dem Diabetes geheilt worden war, jetzt für die Behandlung sich viel hartnäckiger erwies und nur unvollständig zurückging In einem anderen Falle wollte die Amblyopie trotz rationeller Behandlung und Verschwindens des Zuckers durchaus nicht heilen. Da brachte ein Seebad eine bedeutende Besserung hervor.

1878. Jany: 1 Fall. Die Amblyopia diabetica ist als Neuritis retrobulbaris aufzufassen und «prognostisch nicht ungünstig.»

1878. Cohn: 7 Fälle.

a) 38 jähriger Mann. Rechts V 1/3, Links V 5/6. Der Diabetes wird entdeckt. Farbenempfindung nicht geprüft. 7% Zucker. Nach Karlsbad 2% Zucker. V rechts fast normal, links normal. Stirbt im Jahre darauf.

b) 40 jähriger Mann. Rechts V 15/30, Links Cataracta. 8% Zucker. Scotom für Farben?

c) 45 jähriger Mann. Beiderseits 3/60. Roth für Bräunlich. 5% Zucker. Acetongeruch. Amblyopie wird durch Karlsbad nicht gebessert.

d) 58 jähriger Mann. Rechts Cataracta traumatica, Links V 5/7. Acetongeruch. 5% Zucker. E geht in M 2 D über. Keine brauchbare Angabe, ob V durch Karlsbad gebessert wurde.

e) 68 jährige Frau. 220 Pfund schwer, ausserordentlich fett. Rechts V 5/7, Links V 5/10. H steigt im Verlaufe links von H 1·5 auf H 3. (Cohn meint, dass dieser Fall dem Horner'schen (Kapitel II) analog sei. Das Besondere des Horner'schen Falles liegt aber nicht darin, dass die Hypermetropie zunahm, sondern dass eine nachgewiesene H 1/14 sich auf H 1/48 verminderte). Keine Besserung der Amblyopie. Zum Zucker tritt Eiweiss. Tod nach 3½ Jahren.

f) 55 jährige Frau. Zuerst traumatische Lähmung des rechten Abducens, nach 5 Jahren Lähmung des linken Abducens. 5% Zucker. Beiderseits V 1/2. Nach Karlsbad Aussehen trefflich, Durst, Pruritus vulvae geschwunden, Zucker von 5% auf 0·3% gesunken. Amblyopie bedeutend zugenommen: Rechts V 1/5, Links V 1/4, Gesichtsfeld frei, links centrales Scotom für Roth (erscheint als mattes Blauroth).

g) 56 jähriger Mann, von seiner Frau als ausserordentlicher Trinker signalisirt. Tremor alcoholicus. Sehschärfe des linken an Staar operirten Auges etwa 1/30, zwei Jahre zuvor 1/4. Gesichtsfeld normal, kein centrales Rothscotom. Rechts Cataracta fere matura, 5·1% Zucker. Durch antidiabetische Behandlung verschwindet der Zucker vollständig, aber die Amblyopie bessert sich nicht.

Cohn berichtet ferner, dass auf Grund seines Fragebogens in den zwei Jahren 1874 und 1875 auf 200.000 Augenkranke 4 Fälle von Amblyopia diabetica fielen, je einer von Cohn, Just, Rydel und Woinow.

1879. Galezowski findet bei Diabetes ein- und doppelseitige Amblyopie ohne Befund; Affektion häufiger nur einseitig; Farbenstörung fehlt vollkommen; Sehnerv eher roth als atrophisch.

1881. Bresgen: 1 Fall. Beiderseits V 20/200, centrales Farbenscotom, 4% Zucker. ¾ Jahre später V nur 2/200, centrales Scotom vergrössert, 8% Zucker.

1881. Nettleship und W. Edmunds: 2 Fälle. Der erste dieser Fälle (V beiderseits 20/70, centrales Scotom für Roth. starker Raucher), kommt zur Sektion.

1882. Samuel: 2 Fälle.

a) Frau von 52 Jahren, beiderseitige hintere Synechien, Iridektomie-Colobom. Centrales Scotom, auch für Farben, links auch Einengung des Gesichtsfeldes nach innen. V kaum 15/200. 5% Zucker.

b) 52 jähriger Mann. Rechts Finger in 12—14 Fuss, links in Fuss, beiderseits centrales Scotom, namentlich für Farben. Links leichte concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, später auch rechts. 5·1% Zucker. Nach Karlsbad Rechts Finger in 12′, links in 8′. Trotzdem sehr viel von der Aehnlichkeit dieser Amblyopien mit der Tabakamblyopie gesprochen wird, erfahren wir nicht einmal, ob der Mann geraucht und getrunken hat.

1883 theilt Galezowski mit, dass er unter 144 Fällen von Augenstörungen bei Diabetes mellitus die Amblyopia diabetica 31 Mal (in 21·7%) beobachtete.

1883. Gutmann: 1 Fall. Mann von 65 Jahren, raucht täglich 7—8 Cigarren. 4·9% Zucker. Rechts V 15/30, Links V 15/100. Beiderseits paracentrale Scotome für Farben und Weiss. «Es besteht also eine ausgesprochene Amblyopia diabetica, die vielleicht, da Patient starker Raucher ist, mit Tabaksamblyopie komplicirt ist».

1885. Samelsohn: 2 Fälle (ohne nähere Angabe) mit beginnender Cataracta und Amblyopie, Gesichtsfeld intakt, viel Zucker. Sehschärfe steigt bei Diät, trotzdem die Linsentrübung zunimmt. «Durch blosse antidiabetische Behandlung und Besserung der Constitution steigt die Sehschärfe mit der Verminderung des Zuckers, fällt aber wieder mit der Vermehrung des Zuckers».

1885. Wiesinger: 1 Fall, oben im Kapitel IV. genau beschrieben.

1886. Hirschberg: 2 Fälle.

a) 47 jähriger Mann, der 3 Tage nach der Untersuchung an Coma diabeticum zu Grunde ging. Rauchte früher 7 Cigarren, seit 8 Wochen weniger (1—2). V 15/70, centrales Scotom, Grün für Gelb.

b) 54 jähriger Mann. Raucht stark. Centrales Scotom. Liest Snellen 3½, später Snellen 2. Strenge Diät. Wurde Rauchen verboten??

1887. Schirmer: 1 Fall (bei einem Kollegen, der sein Grundleiden verheimlichte, daher keine Analyse). Beiderseits centrales Farbenscotom für Grün, Nr. 3 Jäger mühsam in 25 *cm*. Nach 3 Monaten Coma und Tod.

1887. Badal: 1 Fall, kann kaum mehr lesen, 3·3% Zucker. Starker Raucher, kurirt seinen Diabetes auf den Rath eines Empirikers mit grossen Dosen von Cognac.

1887. Hirschberg kennt mindestens 7 unzweifelhafte Fälle von Amblyopia diabetica und führt zwei speziell an. Beide Fälle sind uns aber schon bekannt. Der eine betrifft die 52 jährige Frau Samuel's (1882). Nur erfahren wir noch über dieselbe, dass «sie niemals in ihrem Leben Tabak in irgend einer Gestalt zu sich genommen», und dass sie bald nach der Karlsbader Kur verstorben ist. Der zweite Fall ist der des 47 jährigen Mannes (1886), der 3 Tage nach der Untersuchung an Coma diabeticum starb. In einer Anmerkung berichtet Hirschberg noch über diese Form der Amblyopie (ohne nähere Angaben) bei einem 50 jährigen sehr kräftigen Landmann mit geringem Zuckergehalt und beginnender Linsentrübung. Die diabetische Amblyopie gewährt nach Hirschberg eine schlimme Prognose bezüglich des Lebens.

1891 sagt Hirschberg: «Merkwürdig und wichtig ist die diabetische Sehstörung ohne Befund (Der Dunkelfleck inmitten des fast normalen Gesichtsfeldes.) Die Prognose ist ernst, Besserungen sind möglich. Aber von 7 derartigen Kranken sind 5 sehr bald verstorben, einer nach wenigen Tagen durch diabetisches Coma».

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 9. Juni 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

Hofrath Prof. Dittel: *Ein Fall von Totalexstirpation der Prostata.*

Da diese Operation erst dreimal, aber mit ungünstigem Erfolge ausgeführt wurde, so dachte Vortragender bereits, dass er niemals in die Lage kommen würde, dieselbe auszuüben. Im Monate Mai kam aber an seine Abtheilung ein 32 Jahre alter, kräftiger Bauernbursche, welcher ausser Harnbluten keine anderen Beschwerden zeigte. Der erste Gedanke, dass es sich um Blasensteine handeln dürfte, musste, da durch die Sonde keine Concremente nachgewiesen werden konnten, fallen gelassen werden; durch die Bauchdecken liess sich ein ovaler, prallgespannter Tumor fühlen, während man vom Mastdarme aus die Prostata stark vergrössert fand; der hintere Rand derselben nicht erreichbar, die Seitenlappen nicht zu umgehen. Dabei bestand heftiger Harndrang und Entleerung von hellroth gefärbten Urin. Nachdem die Blase mittels Katheters entleert war, blieb noch immer der Tumor. Alle klinischen Erscheinungen schienen darnach angethan, zu denken, dass es sich um einen in die Blase durchgebrochenen Prostatatumor handle. Mittels des Endoskops sah man an der rechten Blasenwand eine kolbige Prominenz, aus welcher das Blut sickerte. Die Blase wurde nun mittels des hohen Blasenschnittes eröffnet und die derben stark blutenden Prominenzen mit dem scharfen Löffel entfernt, so dass eine glatte Fläche zurückblieb. Nun wurde vom Steissbein aus ein Schnitt bis zum Anus und oval um denselben geführt, das Steissbein enucleirt, an der rechten Seite des Mastdarms eingedrungen, die Kapsel eröffnet und die Prostata aus derselben ausgelöst. Der Tumor sah wie ein Fibrom aus, seine mikroskopische Untersuchung liess ihn aber in keinen Typus der Geschwülste einreihen. Die Höhle wurde nun mit Jodoformgaze ausgefüllt und die Blase drainirt. Bei der Füllung der Blase kam kein Tropfen in die Wundhöhle, doch zeigte nach einigen Tagen die in ihr befindliche Jodoformgaze einen urinösen Geruch, so dass der Verdacht berechtigt ist, dass doch eine Perforation vorlag. Jetzt ist die Wundhöhle um vieles kleiner.

Dieser gute Erfolg ist hier günstigen anatomischen Verhältnissen zu verdanken. In der Regel verlauft die Harnröhre durch die Prostata, näher der Commissura posterior. Nun kommt es vor (Dittel sah dies bereits dreimal), dass ausnahmsweise die Harnröhre der Prostata aufliegt und so war es auch in dem erwähnten Falle, so dass es möglich war, die Prostata auszuschälen, ohne die Harnröhre zu verletzen.

Vortragender kommt nun zu folgenden Schlusssätzen:

In allen jenen Fallen, wo der Prostatatumor die Harnröhre überwuchert, ist die Exstirpation nicht möglich, ohne die Harnröhre zu verletzen; es wäre denn, dass man versucht, die Prostata zu halbiren und jede einzelne Hälfte von der Harnröhre abzulösen. 2. In jedem Falle bietet die Auslösung von rückwärts (sozusagen das sacrale Verfahren) mehr Chancen als die Operation vom Perineum aus.

* * *

Primarius Dr. Riehl: *Ueber die elastischen Fasern*

Die Frage über die Vertheilung der elastischen Fasern der Haut, sowie über deren Zweck, ist durch die Entdeckung der elektiven Färbemethoden, welche es gestatten, isolirte Fasern im Gewebe darzustellen, ausserordentlich geklärt worden. So weiss man z. B., dass über den Fascien eine dicke Schichte von elastischen

Fasern liegt und dass die einzelnen Cutisbündel von elastischen Fasern umsponnen sind. Früher hat man sich vorgestellt, dass die elastischen Fasern wie Gummischnüre in die Haut eingezogen sind, was aber nicht richtig ist, dieselben wirken nicht wie elastische Fäden. Man findet elastische Fasern oft in reicher Anzahl dort, wo keine Elasticität erforderlich ist, so z. B. im Ligamentum nuchae. Die normale Haut mit ihren vielen elastischen Fasern ist einer grossen Dehnung fähig, wenn sie aber überdehnt wird, so reissen die elastischen Fasern aus; man kann dies besonders an den Striae sehen. Wenn man eine Narbe untersucht, mag sie nach welchem Prozesse immer entstanden sein, so fehlen immer die elastischen Fasern. Da aber bei Narben das Stützgewebe der Haut fehlt, so wird das Bindegewebe gedehnt und so sieht man, dass die Narben mit der Zeit nachgeben. Der Mangel elastischer Fasern lässt sich für alle jene Prozesse nachweisen, bei denen Bindegewebsneubildung erfolgt, bei den Fibromen der Erwachsenen, Keloiden, bei der DUPUTROYEN'schen Kontraktur der Hand und bei Elephantiasis consecutiva. RIEHL hat nur bei Sclerodermie eine auffallende Wucherung von elastischen Fasern gesehen u. zw. im Stadium der Sklerose, die wieder im Stadium atrophicum schwindet, und da ist es zweifelhaft, ob es sich nicht um eine Auswanderung derselben handelt. Bei Sarkom geht mit dem Bindegewebe auch das elastische Gewebe zu Grunde, manchmal sieht man einzelne Fäden durch Geschwulstantheile hindurchziehen. Bei epithelialen Neubildungen schiebt die vordringende Geschwulst das Bindegewebe sammt den elastischen Fasern vor sich her. Im Mykosisknoten sind elastische Fasern lange zu sehen, schwinden aber, wenn das Infiltrat dichter wird, ähnlich ist es bei Lupus und Tbc. verrucosa. Die übrigen Befunde behält sich Vortragender für eine spätere Publikation vor. Für Chirurgen wäre es empfehlenswerth, elastisches Gewebe dorthin zu transplantiren, wo ein festerer Widerstand mit der Narbe zu erzielen ist. Bis jetzt ist es nicht bekannt ob elastische Fasern in transplantirten Stücken zu Grunde gehen oder nicht. Es ist ferner die Frage noch ungelöst, wie die elastischen Fasern entstehen und wie sie zu Grunde gehen — Fragen, die sich mittels der neuen Färbungsmethoden leicht studiren lassen.

Dr. Em. Mandl.

XII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden.

(12.—15. April 1893.)

Prof. Ewald (Berlin): *Ueber Tetanie.*

Bei einer 26jährigen Patientin, die mit 18 Jahren zuerst menstruirt war und mit 20 Jahren eine normale Geburt hatte, cessirten die Menses und trat an ihre Stelle ein meist nur einen Tag dauernder Anfall von Diarrhoe. Dabei hatte Patientin dyspeptische Beschwerden und magerte stark ab. Später kamen die diarrhoischen Stuhlentleerungen häufiger und es gesellten sich ausgesprochene Anfälle von Tetanie hinzu, die zuerst nur monatlich einmal, später wöchentlich und zuletzt mit kurzen Pausen täglich auftraten. Dabei zeigten sich die Anfälle jedesmal, wenn der Stuhl fest oder breiig war und liessen nach, wenn wieder diarrhoische Entleerungen kamen.

Die chemische Untersuchung des Kothes ergab Fettsäuren mit dem Schmelzpunkte der Palmitin- und Oleinsäure. Die während des Anfalles und unmittelbar darnach gesammelten Urinmengen ergaben bei der Untersuchung (nach BRIEGER) auf Ptomaine schliesslich ein alkoholisches Extrakt, welches sämmtliche Alkaloidreaktionen zeigte und eine Pikratverbindung, die sich in büschelförmigen Nadeln ausschied. Der 14 Tage nach dem Anfall gesammelte Harn und zwei Kontrollharne (von einer multiplen Neuritis und einer traumatischen Neurose) gaben, in derselben Weise bearbeitet, keine Reaktion.

Der Vortragende glaubt, dass in dem beschriebenen Falle durch mangelnde Darmverdauung ein Toxin entstanden ist, welches während der Durchfälle in zu geringer Menge resorbirt wurde, um zur Wirkung zu kommen, dagegen bei Stuhlverhaltung sich ansammelte und die tetanischen Erscheinungen hervorrief. Diese konnten jedoch auch in der Zwischenzeit durch das Nervensystem treffende starke Reize ausgelöst werden.

* * *

Dr. Rosenfeld (Stuttgart): *Ueber die Behandlung des tachycardischen Anfalles.*

Die Anfälle mit einer Herzaktion bis zu 300 Schlägen, manchmal nur wenige Minuten, manchmal wochenlang dauernd, treten bei meist geschwächten nervösen Personen nach Ueberanstrengung, nach Alkohol- und Kaffeemissbrauch auf.

Digitalis, Amylnitrit, Nitroglycerin ohne besonderen Nutzen; Atropin und Morphium beruhigend, jedoch nicht heilend.

Eine Patientin des Vortragenden coupirte den Anfall durch Bettlage, Anstemmen mit den Füssen, tiefe Inspirationen und Pressen mit den Armen und mit der Bauchpresse bis zu 60 Sekunden.

Dieser Vorgang, der sich in weiteren 4 Fällen bewährte, wird vom Vortragenden empfohlen.

In der Diskussion empfiehlt SCHOTT (Nauheim) Morphium und psychische Behandlung. Prognose nicht immer günstig, weil oft wichtige und gefährliche Herzkrankheiten nachfolgen. *B. S.*

V. Versammlung der gynäkologischen Gesellschaft zu Breslau.

Pfannenstiel (Breslau): *Ueber die Malignität der papillären Ovarialgeschwülste.* (Autoreferat.)

PFANNENSTIEL sucht zu beweisen, dass die papillären Ovarialgeschwülste vielfach gar nicht bösartig sind, dass vielmehr mehrere Gruppen von einander zu trennen sind, welche sowol anatomisch wie klinisch grosse Verschiedenheiten untereinander aufzuweisen haben. Nur diejenigen papillären Eierstockstumoren, welche vom histologischen Standpunkte als Carcinome oder — was sehr selten ist — als Adenosarkome zu bezeichnen sind, haben wirklich maligne Eigenschaften: worunter zu verstehen ist: destruktives Wachsthum, Bildung von Metastasen auf dem Wege der Blut- und Lymphgefässe, sowie Erzeugung von Kachexie in Folge von Zerfall von Geschwulstelementen und Resorption von so entstandenen Gewebssäften. Die Peritonealmetastasen sieht PFANNENSTIEL nicht von vornherein als ein Merkmal von Bösartigkeit an. Denn diese kommen auch bei ganz gutartigen Kystadenomen des Eierstockes vor, sind durch Loslösung von Geschwulsttheilen und Transplantation derselben im Peritoneum entstanden, also als Impfmetastasen aufzufassen. Solche Impfmetastasen können allerdings ebenso wie Lymph- und Blutmetastasen bösartig sein, sind es aber nicht in allen Fällen.

Anatomisch unterscheidet PFANNENSTIEL folgende Gruppen:

1. Retentionscysten mit papillären Wucherungen.
2. Papilläre Adenome.
3. Papilläre Adenocarcinome.
4. Papilläre Adenosarkome.

Zu den Retentionscysten gehören die P a r o v a r i a l c y s t e n und der H y d r o p s f o l l i c u l a r i s o v a r i i. Beide haben in seltenen Fällen papilläre Wucherungen an der Innenwand der Cyste. Diese Papillen sind in der Regel plumpe warzige Auswüchse des Bindegewebes, der epitheliale Antheil der Neubildung ist nur ein sekundärer, es sind papilläre Fibrome. Trotz dieser papillären Wucherungen sind sowohl die Parovarialcysten als der Hydrops follicularis ovarii ganz gutartige Geschwülste. Sie wachsen sehr langsam, sind meist einseitig, erzeugen nie Metastasen oder Kachexie, recidiviren auch nicht nach der Exstirpation. PFANNENSTIEL konnte dies an drei papillären Parovarialcysten und zwei Fällen von papillärem Hydrops folliculi des Materials der Breslauer Frauenklinik nachweisen. Die Dauerheilung nach der Operation ist bis jetzt 3—4 Jahre hindurch konstatirt.

Alle übrigen papillären Ovarialgeschwülste sind epitheliale Neubildungen. Hierbei ist kein wesentlicher Unterschied zwischen den sogenannten «Oberflächenpapillomen» und den papillären Kystomen, da bei ein und derselben Kranken oft gleichzeitig auf der einen Seite ein Oberflächenpapillom und auf der anderen Seite ein papilläres Kystom vorkommt, da die Genese beider Arten eine einheitliche ist und da Mischformen häufig sind. In allen diesen Fällen ist die epitheliale Proliferation bei der Papillenbildung das primäre und wesentliche, der bindegewebige Antheil nur sekundär. Wo sich die Epithelien nach dem Drüsentypus entwickeln, entstehen die papillären Adenome. Wo diese Entwicklung atypisch vor sich

geht, so dass die Epithelien bei dem Bestreben, drüsige Bildungen zu produziren, polymorph und mehrschichtig werden, da entstehen die papillären Adenocarcinome.

Die papillären Adenome kommen in zwei Arten vor:

a) das Adenoma papillare pseudomucinosum die Epithelien produziren ein zähes Sekret — wie es in den gewöhnlichen Eierstockskystomen vorkommt — das Pseudomucin; sie haben auch die Gestalt der Zellen des gewöhnlichen Ovarialkystoms.

b) das Adenoma papillare simplex, die häufigere Form: die Epithelien produziren eine wässerige Flüssigkeit, sind von der Gestalt der Epithelzellen der Uterusschleimhaut und tragen in der Regel, aber nicht immer, einen Flimmerbesatz (daher auch «Flimmerpapillärenkystom früher genannt). Die Häufigkeit des Adenoma papillare pseudomucinosum zu der des Adenoma papillare simplex und der des Adenocarcinoma papillare verhält sich wie 7 : 15 : 20.

Das Adenoma papillare pseudomucinosum wächst sehr langsam, es entwickelt sich in der Hälfte der Fälle doppelseitig, es erzeugt keine Blut- oder Lymphmetastasen und selten (14%) peritoneale Lymphmetastasen. Nie wird Kachexie hervorgerufen. Die Ovariotomie führt zu dauernder Heilung (beobachtet bis zu 9 Jahren). Die Peritonealmetastasen mussten in dem einen Falle, in dem sie zu finden waren, bei der Operation zurückgelassen werden. Patient ist zur Zeit, 1 Jahr, 3½ Monate nach der Operation, ganz gesund und ohne Ascites.

Das Adenoma papillare simplex wächst etwas rascher, als die vorhergenannte Neubildung und ist gleichfalls in der Hälfte der Fälle doppelseitig. Das Wachsthum ist kein destructives, selbst wenn — was in der Hälfte der Fälle vorkommt — die Entwicklung intraligamentär ist. Hier werden die beweglichen Nachbarorgane eventuell von der Neubildung verdrängt, aber nicht selbst ergriffen.

Niemals fand PFANNENSTIEL Metastasen auf dem Blut- oder Lymphwege und nur 2 Mal (— 13%) peritoneale Impfmetastasen.

Die Patientinnen werden selbst bei massenhafter Ascitesbildung und häufiger Punktion desselben durch Jahre hindurch nicht kachektisch, sind sogar in der Regel dabei in einem guten körperlichen Ernährungszustand. Die Dauerheilungen sind in allen Fällen, in denen die Ovariotomie ohne Zurücklassung von Geschwulstresten vorgenommen werden konnte, sehr günstige (bis zu 8 Jahren beobachtet.) Wo peritoneale Metastasen zurückbleiben, kann durch Jahre hindurch völliges Wohlbefinden nach der Ovariotomie, selbst ohne Ascitesbildung, eintreten.

Wo Geschwulstreste (Theile der Cystenwand) bei der Operation zurückbleiben, wachsen dieselben in der Regel weiter, doch auch wiederum ohne destruktive Tendenz, ohne Metastasenbildung und Erzeugung von Kachexie. Was schliesslich aus solchen Kranken wird, kann PFANNENSTIEL vorderhand noch nicht angeben, da die Patienten z. Th. noch am Leben sind. Eine Kranke starb ¾ Jahre nach der Operation an einer Pleuropneumonie — und bei der Sektion fand sich als Nebenbefund ein kleines Kystom, welches klinisch keine Beschwerden hervorgerufen hatte. Eine andere Kranke starb 6½ Jahre post ovariotomiam, ohne dass die Sektion gemacht werden konnte.

Das Adenoma papillare simplex ist dennoch als eine gutartige Neubildung aufzufassen, welche nur dann zuweilen schädlich für den Organismus wird, wenn die Geschwulst nicht total entfernt werden kann.

Dagegen ist das Adenocarcinoma papillare eine exquisit bösartige Neubildung, welche zu zwei Drittel doppelseitig auftritt, welche rasch wächst und Metastasen sowohl auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen, als auch im Peritoneum (in 30%) erzeugt, Kachexie hervorruft und schlechte Dauerresultate liefert. 82 % Rezidive, an denen die Kranken durchschnittlich in einem halben Jahre zu Grunde gehen. Die peritonealen Impfmetastasen sind hier ebenso bösartig wie die Muttergeschwulst.

Das Adenosarkoma papillare, eine Mischgeschwulst von Adenoma papillare mit Sarkom, beobachtete PFANNENSTIEL nur 1 Mal. Patient starb 4 Monate nach der glücklich überstandenen Operation kachektisch.

PFANNENSTIEL konstatirt demnach, dass — wo die papillären Eierstocksgeschwülste wirklich bösartig sind — dies stets auch durch die histologische Struktur derselben erklärt ist. Wo sich Fibrome oder Adenome finden, da kann man von einer wirklichen Bösartigkeit im Sinne der Geschwulstpathologie nicht sprechen.

PFANNENSTIEL wendet sich ferner gegen die vielfach herrschende Anschauung, dass die papillären Kystome sich im Laufe der Zeit alle in Carcinome umwandeln. Diese sekundäre Umwandlung ist bisher noch in keinem Falle bewiesen worden. Es ist nur das eine zuzugeben, dass das Adenocarcinom aus einem adenomatösem Vorstadium sich entwickelt. Offenbar ist es aber schon im Beginn der Geschwulstentwicklung entschieden, ob ein Adenom oder ein Adenocarcinom entstehen wird. Dafür spricht das rasche Wachsthum der Adenocarcinome, das sehr viel langsamere der Adenome. PFANNENSTIEL führt zwei Fälle an, in denen die Geschwulst 14, bezw. 15 Jahre vor der Operation begonnen hatte zu wachsen, ohne dass irgend welche carcinomatöse Veränderungen zu finden waren.

Société de dermatologie et de syphiligraphie zu Paris.

Sitzung vom 18. Mai 1893.

Dr. Mendel: Meningo-Myelitis syphilitischen Ursprunges.

Dr. MENDEL stellt der Versammlung eine hysterische Frau vor, die nervöse Störungen, wahrscheinlich syphilitischen Ursprunges, darbietet. Ihre übrigens gut behandelte Syphilis datirt seit April 1889, und die nervösen Zufälle begannen mit heftigen Kopfschmerzen im Jänner l. J. Die auf die Kephalalgie folgenden hauptsächlichsten Symptome waren: Diplopie, Paralyse des VI., dann des III. Nervenpaares links, Steigerung der Patellarreflexe, epileptoides Zittern, keine erhebliche Polyurie, geringe Glycosurie, allgemeine Schwäche und Abmagerung. Das Zittern tritt in letzterer Zeit bei intendirten Bewegungen auf.

Prof. FOURNIER: Höchstwahrscheinlich handelt es sich in diesem Falle um eine frühzeitige maligne Syphilis des Centralnervensystems, die ein Analogon bildet zu den frühzeitigen malignen Hautsyphiliden.

* * *

Dr. Hudelo: Mundgeschwür tabischen Ursprunges.

Der Vortragende zeigt einen Kranken, der im Munde entsprechend der Höhe des linken N. maxillaris inferior und des rechten maxillaris superior je eine Ulceration darbietet. Die Affektion hat im Juni vorigen Jahres mit einem schmerzlosen Ausfall der Zähne begonnen. Darauf haben sich die beiden Geschwürsflächen entwickelt. In den Antecedentien des Patienten findet sich nichts vor, das zur Annahme einer Phosphornekrose berechtigen könnte, und obwohl Patient syphilitisch ist, so handelt es sich doch nicht um eine spezifische Läsion. (Der Verlauf ist nicht wie der bei syphilitischen Alterationen.) Diese Ulcerationen scheinen vielmehr mit der Tabes zusammenzuhängen, an welcher Affektion der Kranke leidet: sie rühren zweifellos von einer Neuritis des V. Nervenpaares her. Die totale sensible Anästhesie der Gesichtshaut und der Mundschleimhaut sprechen zu Gunsten dieser Diagnose.

* * *

Prof. Fournier: Hystero-Neurasthenie auf syphilitischer Basis.

Prof. FOURNIER berichtet über eine Beobachtung, eine 23jährige nervöse Frau betreffend, die im Jahre 1892 an Luës erkrankte. Bei einem erneuerten Ausbruche der syphilitischen Erscheinungen im März d. J. zeigten sich schwere neurasthenische Phänomene, welche durch eine Depression der physischen u d intellektuellen Kräfte, durch Vertigo und Alterationen des Gemüthes gekennzeichnet waren. Zu gleicher Zeit traten hysterische Stigmata auf: Einschränkung des Gesichtsfeldes, Verminderung des Hörvermögens etc. Zwei Symptome waren besonders bemerkenswerth: ein spasmodischer Zustand des oberen rechten Augenmuskels und ein kadaverischer Algor der Extremitäten. Zwei verschiedene Er-

scheinungen begleiteten die Algidität: die Finger wurden nämlich nacheinander weiss und cyanotisch, es bestand alternirend lokale Synkope und Asphyxie. Unter der Einwirkung einer gemischten Behandlung und der Anwendung der Hydrotherapie trat binnen zwei Monaten eine erhebliche Besserung aller Erscheinungen auf.

* * *

Prof. Darier und **Prof. Fournier**: *Papilläres Epitheliom des Präputium und der Glans.*

Der vorgestellte Patient leidet an einem Papillom-Epitheliom des Penis. Dasselbe stellt sich als eine scharf umgrenzte, wenig erhabene und nicht exulcerirte Papel dar. Dessen Oberfläche ist roth, glänzend, sammtartig. Die darunterliegenden Theile sind nicht indurirt, die Drüsen nicht geschwollen. Die Pappel ist bereits vor 4 Jahren entstanden und hat sich nach und nach entwickelt. Der Kranke ist nicht syphilitisch, hat jedoch wiederholt an Blennorrhagie der Urethra gelitten. Die Annahme des Vorhandensein eines Syphilids oder eines Lupus muss zurückgewiesen werden, dagegen ist an dem Vorhandensein eines Epithelioms festzuhalten. Die mikroskopische Untersuchung hat gezeigt, dass es sich in der That um eine Epithelgeschwulst handelt, ein Epitheliom, das den Papillomen ganz nahe steht.

Prof. FOURNIER bemerkt, dass für die fragliche Läsion die Schmerzlosigkeit und die Chronicität, dabei das gänzliche Fehlen einer Drüseninfiltration charakteristisch seien, und Prof. BESNIER schlägt eine Behandlung durch Kampher-Naphthol vor.

* * *

Dr. Du Castel: *Lepra oder Syringomyelie?*

Dr. DU CASTEL stellt eine Patientin vor, die mit einer Affektion behaftet ist, deren Diagnose schwierig erscheint. Es handelt sich bei dieser Kranken um erythematöse Alterationen der Haut mit Sensibilitätsstörungen. Es lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen, ob eine Lepra oder eine Syringomyelie vorliegt. Die Untersuchung auf Leprabacillen nach dem DÉMOSTHÈNE'schen Verfahren (Application eines Vesicatoriums auf die erkrankten Hautstellen und Prüfung der gebildeten Flüssigkeit) fiel negativ aus.

Dr. ZAMBACO bemerkt, dass in einem Lande, wo die Lepra herrschte, man nicht zögern würde, im vorliegenden Falle die Diagnose auf Lepra zu stellen, wenn selbst die Untersuchung auf Bacillen ein negatives Resultat ergeben hätte. Uebrigens scheine das Verfahren DÉMOSTHÈNE's nicht verlässlich, wenn es sich um eine rein nervöse nicht tuberkulöse Lepra handelt; bei dieser Form von Lepra sind die Bacillen spärlich und so tief gelegen, dass es schwer möglich ist, dass sie in das durch ein Vesicatorium erzeugtes Serum hineingelangen können.

Prof. BESNIER glaubt, dass man nicht genügende Thatsachen besitze, um den wahren Werth der Untersuchung auf Lepra-Bacillen beurtheilen zu können; nichtsdestoweniger sei es angezeigt, alle jene Affektionen als nervösen Ursprunges anzusehen, die analog jener DU CASTEL's sind und bei welchen die Untersuchung auf den Leprabacillus als negativ sich erweise.

* * *

Dr. Feulard: *Ueber einen Fall von Lungensyphilis.*

Bezugnehmend auf die Mittheilung JULLIEN's in der letzten Sitzung der «Société de dermatologie et de syphiligraphie» berichtet der Vortragende über eine ähnliche Beobachtung, die er noch im Jahre 1886 gemacht.

Es handelte sich um einen Mann von 37 Jahren, der in seinem 20. Jahre an Syphilis erkrankte. Eines Tages wurde Patient von einem heftigen Seitenstechen ergriffen und expektorirte bald schwärzlich gefärbte Materien. Diese Erscheinungen wurden von Fieber begleitet. Bei der Auskultation konstatirte man hinten rechts im mittleren Lungendrittel ein etwas blasendes Respirium, feine Rasselgeräusche; links entsprechend dem Hilus blasendes Respirium und hie und da pleuritisches Reiben. Der Auswurf war, wie bereits erwähnt, schwärzlich und roch nach Knoblauch.

Der Vortragende vermuthete eine Lungengangrän. In Anbetracht aber der Antecedentien des Kranken unterwarf er denselben einer Jodkaliumbehandlung. Der Zustand besserte sich Anfangs, nach Ablauf eines Monats jedoch stellte sich neuerdings ein heftiger Husten ein mit reichlicher Expektoration von äusserst foetiden röthlichbraunen Massen. Hierauf wurde Eiter in grossen Mengen ausgeworfen. Mit der Darreichung von Jodkalium wurde ausgesetzt, da der Kranke dieses Mittel nicht gut zu vertragen schien. Auch schien die Diagnose **Lungensyphilis** nicht hinreichend begründet.

Zwei Monate später bot Patient die Zeichen einer Lungencaverne unterhalb der rechten Clavicula dar. Sein allgemeiner Zustand und die Auskultationserscheinungen waren derart, dass man an ein vorgerücktes Stadium der Lungentuberkulose denken musste. Da jedoch die wiederholte Untersuchung des Auswurfes auf Tuberkelbacillen negativ blieb, so konnte Redner die ursprüngliche Annahme einer Lungensyphilis nicht von sich weisen und verordnete dem Kranken neuerdings die Jodkalium-Kur. Da unter dieser Behandlung wieder eine deutliche Besserung sich einstellte, so wurde das Jodkalium in einer grösseren Dosis (4·00, dann von 5·00 täglich) gegeben. Die Besserung hielt an, und trotzdem ein neuer Hustenanfall mit Expektoration den Kranken befiel, war dieser nach einer 1monatlichen Behandlung mittelst Quecksilbereinreibungen und Jodkalium vollständig wieder hergestellt. Gegenwärtig — es sind volle 6 Jahre seither verflossen — ist der Mann noch immer vollkommen gesund. — *dt.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Choleraepidemie in Hamburg 1892.

Beobachtungen und Versuche über Ursachen, Bekämpfung und Behandlung der asiatischen Cholera.

Von **Dr. Ferdinand Hueppe**, Professor der Hygiene an der deutschen Universität in Prag und **Elsa Hueppe**.

Verlag von August Hirschwald. Berlin 1893.

Verfasser des vorliegenden Werkchens hat zahlreiche Untersuchungen über die Choleraepidemie in Hamburg angestellt und die dabei gemachten Erfahrungen streng objektiv niedergeschrieben. Im August 1892, also zu einer Zeit, wo die nächsten Seuchenherde so weit entfernt waren, dass auf eine Invasion keine deutsche Stadt gleicher Entfernung gefasst war, wurde Hamburg von einer Choleraepidemie heimgesucht, so dass dem Tadel, den man den mangelhaften Sanitätsvorkehrungen dieser Stadt entgegenbrachte, einigermassen die Spitze abgebrochen wird.

Verfasser kommt nun auf Grund seiner Untersuchungen und Erfahrungen zu folgenden Resultaten: Es gibt keine Cholera ohne Kommabacillen. Der hauptsächlichste Infektionsvermittler ist das Wasser und dürfte die Infektion bei der Cholera vom Munde aus erfolgen. Aber es ist nicht sowohl das Flusswasser, als die auf demselben fahrenden Schiffe und Schiffer, welche die Cholera verbreiten. Eine der wesentlichsten Rollen bei der Uebertragung des Cholerakeimes spielt das Trinkwasser, speziell in Hamburg das über die ganze Stadt sich ausbreitende und der Elbe entnommene Leitungswasser, welches daselbst nicht nur als Nutzwasser, sondern auch als Trinkwasser benutzt wurde, was besonders bei den Schiffer- und Arbeiterkreisen zutrifft, welche von der Epidemie hart mitgenommen wurden. Ein Centralfilter, welches allein bei einer Leitung etwas helfen kann, fehlte in Hamburg und man war noch in den Vorarbeiten zu den neuen Sedimentirbecken und Centralfiltern, als die Cholera ausbrach. Die Cholera hat in Hamburg nicht nur auf hygienische Unterlassungssünden hingewiesen, sondern auch grell die Mängel der ganzen Organisation beleuchtet. Der unverantwortliche Fehler lag in der Art der Vorbereitung und Ausführung und dieser steckt im ganzen Verwaltungssystem; die geringste Schuld trifft die am meisten Beschuldigten, die Medizinalbeamten und Techniker, welche seit 20 Jahren um die Abstellung der am schroffsten hervorgetretenen Mängel gekämpft haben. Fasst man alle in Hamburg herrschenden Momente zusammen, so wird es ganz unabweislich, das Wasser des Hamburger Hafens und der Hamburger Wasserleitung für die Entstehung der Epidemie und für deren explosionsartige Ausbreitung verantwortlich zu machen. Nach den weiteren Erhebungen unter den örtlichen Verhältnissen Hamburgs können zeitweilig im Monat August im Hafenwasser, im Leitungs-

wasser, vor Allem aber in bestimmten Abschnitten der Wasserleitung, den Hausreservoirs Verhältnisse vorhanden gewesen sein, die zur Konservirung und Virulenzerhaltung, vielleicht sogar zur Vermehrung der Kommabacillen geeignet waren. Die wichtigste Arbeit in Hamburg ist die Aenderung der Wasserversorgung, da eine gesetzliche vorbauende Regelung der Wasserfrage stets eine der wichtigsten Massnahmen der Hygiene ist. Für eine Abhängigkeit der Choleraepidemie von den Grundwasserschwankungen hat sich in Hamburg kein Anhalt ergeben.

Die grösste Wahrscheinlichkeit ist, dass eine allgemeine vielleicht tagelang vorhandene oder wiederholt eingetretene Infektion des Hafen- und von da aus des Leitungswassers zunächst für die allgemeine Ausbreitung der Infektion über die ganze Stadt und ihre Vororte sorgte, dass sich nach einer solchen, ohne Rücksicht auf die Bodenbeschaffenheit erfolgten Allgemeininfektion Herde bildeten, bei denen die sozialen Missstände, Zustände der Wohnungen, der Hauswasserreservoirs und des Untergrundes von Einfluss gewesen sein dürften. Die unmittelbare Kontagion tritt gegenüber der sekundären Herdbildung zurück. Es liegt auch die Annahme nahe, dass die Zahl der Infektionen, die ohne Folgen blieb, eine sehr viel grössere gewesen sein muss. Das schlechte Wasser kann auch, ohne zu inficiren, leicht Verdauungsstörungen herbeiführen, die dann der folgenden Infektion den Boden bereiten, oder es erleichtert die gleichzeitige Infektion. In Hamburg war die Wahrscheinlichkeit immer die, dass alle Erkrankten sich ihre Infektion gleichzeitig oder nach einander aus derselben Quelle geholt hatten, oder dass der erst Erkrankte Veranlassung zu einer neuen Herdbildung geworden war, so dass es sich um Herdbildungen, aber nicht um Kontagion gehandelt hat. Soll daher demnächst in Hamburg einer Epidemie entgegengearbeitet werden, so wäre neben der Aenderung der Wasserversorgung eine totale Aenderung der Bauordnung eine zwingende Nothwendigkeit und die Sorge für Arbeiterwohnungen eine dringende.

Die Desinfektion, wie sie in Hamburg gehandhabt wurde, wurde zu einem reinen Hohn auf die kontagiöse Auffassung der Cholera. Vielleicht trägt das dazu bei, später die Desinfektion sachlicher zu beschränken, dadurch leistungsfähiger zu machen und damit Material und Geld zu sparen für wichtigere Gelegenheiten. Die Keime sind nur sicher zu erreichen, so lange sie noch in unmittelbarer Nähe des Kranken sind (Dejektionen, Erbrochenes, Wäsche u. s. w.). Eine Quarantänirung aller Reisenden aus inficirten Orten ist vollständig werthlos und nur die mit Auswurfsstoffen des menschlichen Körpers besudelte Leib- und Bettwäsche ist zu desinficiren. Eine auf der Basis der Hygiene ruhende Reform des kontinentalen Sanitätswesens dürfte Abhilfe schaffen.

Eine gründliche Reform der Krankenhausorganisation gehört ferner zu den allerdringendsten Massnahmen, die sich aus den Erfahrungen der Choleraepidemie ergaben. An die Spitze gehört überall ein wirklicher Fachmann, dem die nöthigen Hilfskräfte zur Seite zu stellen und unterzuordnen sind, und nicht ein einseitig juristisch geschulter Beamter, dem der Fachmann untergeordnet ist. Von allgemeiner Bedeutung sind ferner bei der kontagiösen Auffassung der Cholera die Vorrichtungen zur Beseitigung der Dejekte d. h. die Abortanlagen und die Desinfektionseinrichtungen (Desinfektionsanstalt für Dampf).

Von besonderer Wichtigkeit ist die Sicherheit und Schnelligkeit des bakteriologischen Nachweises der Kommabacillen, die nicht jedesmal typisch nach KOCH wachsen. HUEPPE fand, dass im Dickdarm stets ein massenhaftes Absterben der im Dünndarm reichlich vorhandenen Kommabacillen stattfand und dass im Stuhl viel weniger Gift vorhanden war, als im Dünndarminhalt. Die Schwere des Einzelfalles ist keine Garantie für das nach aussen Entsenden von virulenten Kommabacillen; ein leichter Fall kann in dieser Hinsicht für die Umgebung gefährlicher sein. Zum Zustandekommen der schweren Fälle gehört unbedingt noch eine weitere Disposition gegenüber dem bereits resorbirten Gifte.

HUEPPE spricht das Choleragift als ein Pepton an, welches durch den Anstoss der Kommabacillen bei Luftabschluss im Darm aus genuinen Eiweisskörpern abgespalten wird. Ein Theil des im Darme gebildeten Giftes wird resorbirt, ein anderer Theil aber mit dem Stuhl ausgeschieden und durch die Säuren des Dickdarmes gebunden. Dieses Gift bringt die Nierenepithelien zur trüben Schwellung und Nekrose. Die Schwere des Falles geht der Vergiftung, nicht dem Wasserverluste parallel. Sicher wird bei Cholera asiatica im Darme bei den Sauerstoffverhältnissen des Darmes, also bei starker, bis zu Anaërobiose gehenden Luftbeschränkung aus dem aktiven, genuinen Eiweiss ein eiweissartiges Gift, ein Pepton als spezifisches Gift durch die Lebensthätigkeit der Cholerabakterien, d. h. als Stoffwechselprodukt gebildet.

Die Cholera asiatica ist eine wesentlich miasmatische Krankheit und ihre epidemiologisch als gesetzmässig nachgewiesene Abhängigkeit von örtlichen und zeitlichen Verhältnissen findet ihre natürliche Erklärung in dem Saprophytismus der Kommabacillen, die zur Erhaltung der Art auf diese Lebensweise angewiesen sind und deren Parasitismus nur ein fakultativer ist. Nur bei der saprophytischen Lebensweise bilden die Kommabacillen Formen, welche genügend widerstandsfähig sind, um mit einiger Sicherheit die natürlichen Widerstände des menschlichen Organismus in einer grossen Anzahl von Fällen zu überwinden. Die den Körper des Kranken verlassenden Formen sind in Folge der vorausgegangenen Anaërobiose im Darm so wenig widerstandsfähig, dass sie zur unmittelbaren Infektion wenig geeignet sind. Die direkte Kontagion wird aus diesem natürlichen Grunde zur Ausnahme.

Mit den bisherigen Ermittelungen sind auch die Grundlagen für die wissenschaftlichen und praktischen Aufgaben der Behandlung der Cholera gewonnen. Der Schwerpunkt liegt in der Erkenntniss der Bedeutung der Vergiftung gegenüber der sekundären Bedeutung der Wasserverluste. Von diesem jetzt und durch die Ermittelungen in Hamburg gesicherten Standpunkte aus erscheinen die Behandlungsmethoden vereinfacht. Die Mittel, welche jetzt zur Durchführung der Causalindikationen zu Gebote stehen, sind gesichtet und wissenschaftlich und klinisch geprüft. Der Werth der Infusion und der Enteroklyse ist ganz wesentlich genauer festgestellt. Bei medikamentösem Vorgehen sind in erster Linie die Nieren zu schonen. Sehr empfehlenswerth ist die von CANTANI empfohlene heisse gerbsaure Enteroklyse. Die Medikation ist so einzurichten, dass sie bei der Reaktion vor sich geht, auf die der Darm eingerichtet ist, bei der alkalischen, und dass nie mehr Säure vorhanden ist, als durch Toxin sofort gebunden werden kann. In Bezug auf Desinfektion des Darmes entsprach unbedingt das Tribromphenol und zwar am besten als Tribromphenol-Wismuth den Erwartungen, und erst in zweiter Linie, aber entschieden erst nach dem Tribromphenol, kam Calomel. Opium scheint durch Behinderung der Ausscheidung der Bakterien und Gifte oft direkt schädlich zu wirken. Es ist ferner nöthig, auch die leichten, aber sicheren Cholerafälle von Anfang an zweckentsprechend zu behandeln, da sie sonst plötzlich, meist mit Eintreten der Anurie sich verschlechtern und dadurch schwer und oft unheilbar werden.

Mittelst der intravenösen Infusion kann man scheinbar etwa 5 Perzent der schweren Cholerakranken durch konsequente Durchführung derselben retten. Sie scheint vor Allem desshalb am Platze, weil man durch die günstigen Momentanerfolge Zeit gewinnen kann, den Kranken besser zu ernähren, zu stärken und ihm Medikamente vom Magen oder der Haut aus zu verabreichen. HUEPPE ist daher für die ärztliche Praxis unbedingt für die konsequente Anwendung der subkutanen Infusion.

Dem Werke ist ein Aufsatz von ELSA HUEPPE «Zum persönlichen Gesundheitsschutze und zur Krankenpflege» beigegeben, in welchem dieselbe dafür eintritt, dass man der Reinlichkeit die erste Stelle anweist und die Desinfektion erst an zweite Stelle setzt. Da den Armen gute Bezugsquellen meist fehlen, erscheint Vorsorge für den Bezug und für billige oder unentgeltliche Abgabe guter Nahrungsmittel an dieselben das einzige wirklich Nothwendige im Kampfe gegen die Seuche während der Epidemie und wenigstens nöthiger als Verbote. Sorgfalt ist ferner zu verwenden auf die Ausbildung und Kleidung des Wärterpersonales. Den Darmentleerungen und dem Erbrochenen, sowie dem keimsicheren Transport der Wäsche vom Krankenbette nach der Desinfektionsanstalt ist erhöhte Auf-

merksamkeit zu schenken. Zum Schlusse spricht Verfasserin den Wunsch aus, dass man sich der Cholera gegenüber weniger ängstlich zeigen möge, damit die praktische Nächstenliebe wieder mehr zu ihrem Rechte komme. *E. M.*

Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften.

Für praktische Aerzte und Spezialärzte.

Herausgegeben von **Hofrath Prof. Dr. Drasche** in Wien.

Verlag von Max Merlin, Wien und Leipzig 1893.

Die ersten fünf Lieferungen dieses Werkes liegen uns zur Beurtheilung vor. Wie uns der Prospekt versichert, ist diese neue Bibliothek in erster Linie für den praktischen Arzt, in zweiter für den Spezialarzt berechnet. Insoferne soll sie sich wohl auch von der EULENBURG'schen Realencyklopädie unterscheiden, die, als wissenschaftliches Werk grösser angelegt, gerade durch diese grössere Anlage und die Ausführlichkeit einzelner, praktisch wenig wichtiger Artikel, mehr für den Bücherschatz des Gelehrten als den des Praktikers sich eignet. Die neue Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften soll sich nun gleich in der Eintheilung des Stoffes von den früheren Werken ähnlichen Inhaltes unterscheiden. Es wird die einzelnen Spezialfächer der gesammten Medizin, sofern sie sich überhaupt trennen lassen, vollkommen selbständig behandeln, so dass zu gleicher Zeit die Lieferungen verschiedener Abtheilungen erscheinen werden. Die erste Abtheilung enthält die praktischen, die zweite die theoretischen Fächer; und jede dieser Abtheilungen zerfällt in diverse Unterabtheilungen; so dass das Sammelwerk nach seinem völligen Erscheinen eigentlich eine grössere Anzahl von Einzellexicis — aus der internen Medizin, aus der Chirurgie, aus der Syphilidologie, aus der medizinischen Chemie, aus der Anatomie etc. etc. — vorstellen wird.

Ob sich das ärztliche Publikum mit dieser Eintheilung befreunden wird, muss sich erst zeigen — ich halte sie für nicht vortheilhaft. Für sein Spezialfach hat wohl jeder Spezialist die geeigneten Werke zur Verfügung, und ist auf die alphabetische Ordnung nicht angewiesen; der Praktiker aber, der sich bald über dieses bald über jenes orientiren will, sollte nicht nachzudenken brauchen, wenn er gerade irgend ein Kapitel nachschlagen will, welchen Spezialband er zu Hilfe nehmen muss, umsomehr, als es Themen genug gibt, wo sich die Disziplinen tangiren. In solchen Fällen sollen nun allerdings, wie uns der Prospekt verspricht, Vertreter verschiedener Spezialfächer das Wort erhalten. — Unsere rein formelle Einwendung soll im Uebrigen auch dem praktischen Werth der neuen «Bibliothek» durchaus nichts anhaben, denn im Ganzen entspricht sie einem zweifellosen Bedürfnisse, und die Namen der Referenten für die einzelnen Spezialfächer lassen eine gediegene Redaktion des Werkes erwarten. Auch unter den Mitwirkenden finden wir vortreffliche Kräfte. — Die Schriftleitung liegt in den Händen der Herren A. BRESTOWSKI und Dr. Julius WEISS. Den bisher erschienenen Artikeln lässt sich Klarheit und Uebersichtlichkeit nachrühmen und die Literatur ist genügend berücksichtigt, ohne dass eine reichliche Quellenangabe, die ja für den praktischen Arzt weniger Interesse bietet, den Umfang überflüssig vergrösserte. — Das Werk ist auf 8—10 Bände zu 15—20 Lieferungen berechnet; und monatlich soll je eine Lieferung je einer Abtheilung erscheinen. Wir wünschen dem Werke rüstiges Fortschreiten und den verdienten Erfolg im Kreise der praktischen Aerzte.

Die Ausstattung ist entsprechend, der Druck sehr gut.

A. S.

Die Neurasthenie (Nervenschwäche.)

Von **L. Bouveret**, a. o. Professor in Lyon.

Nach der zweiten franz. Auflage deutsch bearbeitet von **Dr. Otto Dornblüth,**

Direktor der Provinzial-Idioten-Anstalt Freiburg in Schlesien.

Verlag von Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Zu den vielen zum Theil ganz vortrefflichen Lehrbüchern über Neurasthenie, die in der letzten Zeit erschienen sind, gesellt sich nun auch dieses, und hier, wo es sich gar um eine Uebersetzung handelt, liegt die Frage besonders nahe, ob eine Nothwendigkeit für die Herausgabe des Werkes vorlag. Nun, man wird gewiss nicht behaupten wollen, dass das Buch BOUVERET's wesentlich Neues bringt; aber man wird es allen Jenen, welche sich über die Neurasthenie genau unterrichten wollen, auf's Wärmste empfehlen können, weil es mit wohlthuender Klarheit geschrieben ist und an Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig lässt. Ausserdem sind da einige Abschnitte, die man unbedingt an Werth über die entsprechenden Kapitel in den meisten Fachwerken stellen muss, so insbesondere diejenigen, welche die traumatische Hysterie, Neurasthenie und Hysteroneurasthenie im Zusammenhang betrachten. Noch ist die Diskussion über die traumatischen Neurosen nicht zum Abschluss gelangt, und die Bemerkungen des Herrn BOUVERET in dieser Frage sind die eines scharf beobachtenden und kenntnissreichen Gelehrten. Vorzüglich ist der letzte Abschnitt nicht nur den Spezialisten, sondern den praktischen Aerzten zu empfehlen; derselbe zeichnet ein klares Bild von dem gegenwärtigen Stande der Neurasthenie-Behandlung, und hier merkt man, dass einen die kundige Hand eines erfahrenen Arztes geleitet. Aber die Therapie der Nervenschwäche wird sich noch weniger als die anderer Krankheiten jemals aus Büchern lernen lassen; und es kann höchstens Aufgabe Desjenigen sein, der sie lehren will, allgemeine Gesichtspunkte aufzustellen. Wann man im konkreten Falle zur Suggestion, zur Hypnose, zur WEISS-MITCHELL'schen Kur, zur Massage, zur elektrostatischen, galvanischen oder faradischen Behandlung oder gar zu Tincturen und Pulvern seine Zuflucht nehmen soll, das kann kein Buch erzählen. Und gerade Neurastheniker sind schon von sehr gelehrten Aerzten ohne Erfolg behandelt worden, und ein weniger gelehrter, der zufällig ein guter Psycholog war, hat sie der Heilung nahe gebracht. Das Buch BOUVERET's hat schliesslich noch den Vorzug, dass es sich höchst angenehm liest; die Uebersetzung DORNBLÜH's ist fliessend, Ausstattung und Druck sehr gut. *A. S.*

Zeitungsschau.

Dr. H. Neumann Berlin: **Ueber erschwerte Nahrungsaufnahme bei kleinen Kindern.** — (Therapeutische Monatshefte Nr. 5, 1893.)

Von dem häufigen Fall, dass die Nahrung zwar in den Magen gelangt, aber früher oder später wieder durch Erbrechen entleert wird, soll hier im wesentlichen abgesehen werden. Vielmehr beschränkt sich die Erörterung auf die Fälle, in denen die Nahrung nur unter erschwerten Umständen oder überhaupt nicht aufgenommen werden kann.

Die Ursachen hierfür liegen in der Nahrung selbst, in der Art ihrer Darreichung oder in krankhaften Verhältnissen beim Kinde.

Die in der Nahrung selbst begründete Erschwerung der Aufnahme wird der Regel nach ihren letzten Grund beim Kinde haben. Ob das Kind beispielsweise Graupenschleim mit äusserster Beharrlichkeit zurückweist, hingegen Haferschleim ohne Weiteres zu sich nimmt, ob es kühler Nahrung widerstrebt, wärmere ohne Weiteres zu sich nimmt, — oder umgekehrt, ist Sache des Geschmacks.

Oft behauptet der Säugling genug siegreich seinen Standpunkt, nicht nur bezüglich der Qualität, sondern auch bezüglich der Methode der Ernährung. Wird ihm zwischen Brust und Saugflasche die Wahl gelassen, so entscheidet er sich oft mit grosser Entschiedenheit für eins von beiden.

Dass mangelnde Milchabsonderung den Säugling veranlasst, «schlecht» zu trinken, wird oft genug da angenommen, wo eine der später zu erwähnenden Ursachen vorliegt. Vielleicht

noch häufiger wird aber — besonders bei Ammenbrust — der Milchmangel verkannt.

Hier ist die Waage das souveräne diagnostische Mittel, mit dessen Gebrauch man sich nicht genau genug vertraut machen kann. Bestimmung des Körpergewichts vor und nach dem Saugen, von einem Tag zum andern in glattliegenden Fällen von einer Woche zur andern, ist hier zweckmässig.

Ungemein mannigfaltig sind die Ursachen für die erschwerte Nahrungsaufnahme, soweit sie unmittelbar vom Kinde abhängen. Hier ist der Arzt auf eine subtile, in's Einzelne gehende Untersuchung angewiesen.

Zunächst kann jedwede Störung des Allgemeinbefindens, zumal, wenn sie mit Fieber verbunden ist, den Säugling veranlassen, die Brust oder Flasche weniger gut zu nehmen oder sich, bei gleichzeitiger Ernährung mit Brust und anderer Nahrung, auf eins von beiden — meistens auf die Brust — zu beschränken.

Dass das Trinken durch Dyspnoë bei Erkrankung der Athmungsorgane behindert werden kann, bedarf ebenso wenig der Erörterung wie die Erschwerung des Trinkens bei Bewusstseinsstörung in Folge von Gehirnerkrankungen.

Verf. geht darum sofort zu den Störungen in der Nahrungsaufnahme über, welche in Affektionen der Mund-Nasen-Rachenhöhle ihren Grund haben.

Verfasser erwähnt hier nur kurz den Trismus der Neugeborenen, welcher in unserer antiseptischen Zeit selten geworden sei. Ebenso wenig verweilt er bei den angeborenen Missbildungen des Mundrachenraumes. Nur der «angewachsenen Zunge» widmet Verfasser einige Worte. Ob aber eine derartige Abnormität kleine Kinder beim Saugen behindern kann, ist nicht mit Bestimmtheit zu sagen. Sicher ist, dass oft genug jede Behinderung trotz sehr ausgesprochener Abnormität der Insertion fehlt.

Statt der «angewachsenen Zunge» findet sich bei Neugeborenen nicht selten bei sorgfältiger Besichtigung der Mundhöhle eine katarrhalische Stomatitis. Es ist ein Verdienst A. EPSTEIN's, betont zu haben, dass diese katarrhalische Stomatitis zum Theil auf mechanische Irritation beim Reinigen der Mundhöhle zurückzuführen ist. Es ist das Gleiche, wie EPSTEIN zeigte, mit den BEDNAR'schen Aphthen der Fall.

Obwohl die Stomatitis katarrhalis und die BEDNAR'schen Aphthen nicht mit Nothwendigkeit ein Saughinderniss abgeben, so thun sie es doch zweifellos in einer Reihe von Fällen: es «knallt» das Brustkind von der Brust ab und das Flaschenkind lässt den Pfropfen jedesmal los, wenn er zu tief in den Mund und dadurch mit dem Geschwür in Berührung geräth. Die Therapie wäre einfach genug — Unterlassung jeder mechanischen Reizung der Mundhöhle.

Beim Soor reinigt man mit einem an einem Holzstäbchen befestigten Wattebausch und benutzen in schweren Fällen hierbei eine Lösung von Sublimat in Glycerin (1:5000). Ob starker Soor als solcher ein Saughinderniss bilden kann, ist nicht sicher. Unter den sonstigen Infektionskrankheiten des Mundes sind es die Stomatitis aphthosa und ulcerosa, welche besonders schmerzhaft sind und darum mit grosser Regelmässigkeit die Aufnahme jeder Nahrung, höchstens Flüssigkeit ausgenommen, verhindern. Bei den schlimmsten Graden der hierdurch verursachten Nahrungsverweigerung kann man vorübergehend — durch vorsichtige Pinselung mit geringen Mengen einer 2%igen Cocaïnlösung (ungefähr 3 Mal am Tage) die Nahrungsaufnahme erleichtern.

Einige Erkrankungen der Mundhöhle sind zu geringfügig, um die Nahrungsaufnahme ohne Weiteres zu erschweren: erst dann, wenn sie sich am Racheneingang lokalisiren und hierdurch das Schlucken schmerzhaft machen, kommen sie in Betracht. Von den echten Pocken, die ja hinderlich genug werden können, abgesehen, ist dies z. B. der Fall, wenn Varicellenbläschen auf den Gaumenbögen sitzen. — Erheblich können die Schmerzen sein, wenn es sich um eine Angina handelt, mag sie nun diphtheritischer, lacunärer oder einfach katarrhalischer Art sein.

Dass die im Verlauf des akuten Katarrhs bei kleinen Kindern sehr oft eintretende akute Mittelohrentzündung die Schluckbeschwerden noch weiter steigert, ist wahrscheinlich, aber nicht direkt zu erweisen. Die Schluckbeschwerden, die auf der Höhe der akuten Entzündung der Ohrspeicheldrüse einstellen können, sind von geringem Interesse.

Sehr bemerkenswerth ist die Nahrungsverweigerung bei Keuchhusten. Zum Theil mag sie durch Schmerzen beim Schlucken, theils aber durch die instinktive Befürchtung, einen Anfall auszulösen, bedingt sein. Die Pinselung des Rachenraumes mit einer Cocaïnlösung (2%, mittelst geraden Rachenpinsels bei niedergedrückter Zunge) ermöglicht es hier oft, wenigstens während der Dauer der Anästhesie Nahrung zuzuführen.

Bekannt ist die Erschwerung der Nasenathmung und in Folge dessen auch des Saugens bei syphilitischer Koryza. Viel häufiger sieht man aber die Rhinitis kleiner Kinder als Theilerscheinung des akuten Katarrhs der oberen Luftwege. Besonders Morgens, wenn das Sekret während der Nacht eingetrocknet ist, ist hier die Nase undurchgängig; man hilft auch hier mit eingefetteter Federpose oder Wattebäuschchen ab; dünnflüssiges Sekret kann man vor dem Trinken gut entfernen, wenn man mit einem Ohrenballon einen stärkeren Luftstrom (bei offnem Nasenloch der anderen Seite) durchtreiben oder mit einem Gummischlauch hineinblasen lässt.

Eine wesentliche Erleichterung beim Trinken bleibt aber trotz dieser Maassregeln in denjenigen Fällen aus, wo der Schnupfen gleichzeitig mit einer Vergrösserung der Rachenmandel besteht oder sogar durch sie veranlasst ist.

Wenn ein akuter Katarrh der Luftwege eine Rachenmandel vorübergehend stärker anschwellen lässt, kann man wohl durch Einträufelung von Adstringentien in die Nasenhöhle (Zinc. sulf. 0·10:15·0) Abschwellung erzielen und hiermit die Behinderung in der Nahrungsaufnahme heben. Aber in allen Fällen stärkerer Hypertrophie wird man nur auf blutigem Wege zum Ziele kommen. Auch die Vergrösserung der LUSCHKA'schen Tonsille macht — besonders unter Zutritt von Katarrhen — starke Beschwerden. Die Diagnose ist im Allgemeinen leicht durch die Palpation zu stellen, die Operation erfordert für das früheste Lebensalter kleine Formate der üblichen Ringmesser sowie eine schnelle und geübte Hand. Starke Gaumenmandelvergrösserung kommt in den ersten Lebensjahren verhältnissmässig seltener vor.

Uebrigens kan das dauernde Offenstehen des Mundes in Folge von Mandelvergrösserungen ein Hängenlassen der Unterlippe und Speichelfluss veranlassen: solche Kinder lassen beim Trinken aus der Tasse einen Theil der Nahrung nebenher wieder herauslaufen. Ebenso wenig entbehrlich wie bei den adenoiden Wucherungen ist die Fingeruntersuchung des Rachens bei dem Retropharyngealabszess.

Es ist aber der Retropharyngealabszess nur einer der Ausgänge, welche die Lymphadenitis retropharyngealis akuta nehmen kann. Kommt es bei akuter Entzündung der Rachenlymphdrüsen hingegen, wie gar nicht so selten, zur Resolution, so bleibt der Prozess leicht unerkannt, sofern er nicht durch den tastenden Finger festgestellt war. Abgesehen von den Schluckbeschwerden, welche auch bei der nicht zur Einschmelzung kommenden Entzündung vorhanden zu sein pflegen, muss an die Möglichkeit einer solchen Lymphadenitis eine jede akute Entzündung der äusseren (retromaxillären) Cervicaldrüsen denken lassen. Ausser der akuten Entzündung der retropharyngealen Lymphdrüsen ist auch in seltenen Fällen eine Verkäsung derselben zu beobachten.

Viel seltener als die Entzündung der retropharyngealen Drüsen ist bei kleinen Kindern die diffuse phlegmonöse Entzündung der hinteren Pharynxwand aus unbekannter Ursache. Sie heilt langsam unter wiederholten Incisionen in die diffus entzündete und geschwollene Rachenwand.

Weiterhin können Innervationsstörungen in der Rachen- und Kehlkopfmuskulatur ernstliche Störungen in der Nahrungsaufnahme machen z. B. postdiphtheritische Lähmung. Weit wichtiger ist aber der Stimmritzenkrampf, welcher als ein

Symptom der Rhachitis vom frühesten Lebensalter an bei uns recht häufig auftritt.

Hier sucht Verfasser die nervöse Erregtheit zunächst durch Bromkalium (1—2 %) herabzusetzen und beginnt gleichzeitig eine Phosphorbehandlung nach KASSOWITZ (0·01 : 100 Leberthran, 1 Mal täglich 1 Theelöffel), welche innerhalb von 8 Tagen den Stimmritzenkrampf zu beseitigen oder mindestens zu bessern pflegt. Zu den Hindernissen welche sich im Verlaufe der Speiseröhre dem Nahrungsdurchtritt entgegenstellen, gehört u. A. angeborene Struma und der Soor, der zuweilen bei stark erschöpften Kindern vom Mund aus bis an den Kehlkopfeingang und in die Speiseröhre, ja selbst noch weiter vordringt.

Ferner können Geschwülste, vor Allem verkäste Bronchialdrüsen auf die Speiseröhre drücken, unter Umständen auch in sie durchbrechen. Zum Schluss wäre noch die häufige Erschwerung der Nahrungsaufnahme bei angeborener oder erworbener Körperschwäche zu besprechen.

Vielfach sind Frühgeburten zum Saugen zu schwach und selbst das Saugen mit der «Téterelle biaspiratrice» oder die Fütterung mit dem Löffel, der Schnabeltasse oder der Saugflasche stösst auf Schwierigkeiten. Hier ist die Einflössung von Milch (womöglich Frauenmilch) in entsprechender Häufigkeit und Menge mittelst der Schlundsonde angezeigt.

Noch häufiger kommt aber in der Praxis der Fall vor, dass bei ungünstigem Verlauf irgend einer Krankheit, vor Allem aber bei einer akuten Magendarmerkrankung das Kind die Nahrungsaufnahme in bedrohlichem Maasse verweigert oder ganz einstellt. Die Insufficienz in der Nahrungsaufnahme kommt in sehr wechselnder Form zum Ausdruck. Vielfach erfährt von ihr überhaupt nur, wer gewohnt ist, auch in solchen Fällen häufig die Waage anzuwenden. Zuweilen klagen die Mütter im Allgemeinen über mangelnden Appetit des Kindes. Dieser kann sich darin zeigen, dass das Kind zwar ohne Behinderung, aber zu wenig trinkt, in anderen Fällen sträuben sich die Kinder nach Kräften gegen die Nahrungsaufnahme.

Andere haben zwar den lebhaften Wunsch, Nahrung aufzunehmen, sobald es aber zum Schlucken kommt, stellen sich heftige Schlingbeschwerden oder Hustenreiz ein und behindern den Schluckakt; in den vorgeschrittenen Fällen von Entkräftung wird durch das Eingiessen von Flüssigkeit überhaupt kein Schluckakt mehr ausgelöst und die Nahrung fliesst seitlich aus dem Mund wieder aus. In solchen Fällen hat Verfasser die Sondenfütterung in ähnlicher Weise ausgeführt, wie sie bei Frühgeburten besonders in Frankreich gebräuchlich ist.

Die Mengen einer Eingiessung wechselten nach dem Alter des Kindes und nach der Wahrscheinlichkeit, einen Brechakt auszulösen; bei der letzteren Möglichkeit zog ich vor, in Zwischenräumen von etwa $^1/_2$ Stunde kleinere Mengen einzuführen.

Zum Eingiessen wurden weiche Katheter aus gesponnener Seide (Nr. 12—20 Charr.) benutzt. Nach dem Einführen der Flüssigkeit wurde der Katheter schnell entfernt, indem gleichzeitig der zuführende Schlauch geschlossen wurde, um keine Reflexe durch ausfliessende Nahrung im Pharynx zu erzeugen. Der Kopf wurde hiernach noch mehrere Minuten in wagrechter oder sogar hängender Lage gehalten, um das Erbrechen möglichst zu erschweren. Die Eingiessung muss der Regel nach mehrere Male täglich stattfinden, welche Forderung unter den Verhältnissen der Poliklinik freilich nicht immer zu erfüllen war.

Ohne mit der Sondenfütterung Wunder wirken zu wollen, will Verfasser, abgesehen von anderen, weiter oben schon gelegentlich erwähnten Indikationen, bei geeigeneten Fällen schweren Kräfteverfalls im Säuglingsalter (besonders bei Darmkrankheiten) warm empfehlen und wünscht dieser Verwendung der Sonde, die bei uns noch nicht planmässig vorgenommen werde, die gebührende Verbreitung. *F.—*

Prof. Dr. H. Löhlein: Ueber die Grenzen der künstlichen Frühgeburt. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Giessen. — Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 21, 1893.)

Als untere Grenze für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt einfach die Verkürzung der Conjugata auf 7 *cm* anzugeben, erscheint entschieden zu einseitig. Es kommen gewiss auch bei der Entscheidung im einzelnen Falle die anderen Beckendurchmesser, dann besonders die Grösse und Configurabilität des bitemporalen Kopfdurchmessers und beim rhachitischen Becken das Vorhandensein eines leistenartigen Vorsprunges der Symphyse gegen die Beckenhöhle in Betracht.

Verfasser führt einen Fall an, wo bei einer Frau mit einer Conjuguta diagon. von 9·9 *cm* und einem hohen Grat der Symphyse in zwei aufeinanderfolgenden Schwangerschaften zu der gleichen Zeit (35. Woche) die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde und das zweitgeborene entwickeltere Kind (es wog 2900 *gr* gegen das erste mit 2700 *gr*) mit seinen kleineren Kopfdurchmessern (bitempor. 7·2; bipariet. 8·5 gegen das erste mit bitempor. 8·5; bipariet. 9) am Leben erhalten wurde, während das erste einen tiefen löffelförmigen Eindruck in der rechten Forea tempor. davontrug und bald nach der Geburt zu Grunde ging.

In anderen Fällen wird man, wo eine schon einmal eingeleitete künstliche Frühgeburt nicht zur Entwickelung eines lebenden Kindes führte, in einer nächstfolgenden Schwangerschaft die erwähnte Operation entweder schon in der 30. bis 32. Woche einleiten oder zur Umgehung des Kaiserschnittes sich für die zu Ansehen gelangte Symphyseotomie entscheiden müssen.

Doch ist die künstliche Frühgeburt, wo sie ohne Gefährdung der Mutter ein lebensfähiges Kind erwarten lässt, der durchaus nicht harmlosen Symphyseotomie ebenso vorzuziehen wie dem Kaiserschnitt aus relativer Indikation.

Nur in Fällen, wo sich der Partus arte prämaturus als unzureichend erwies und weiters da, wo bei höheren Graden von Beckenenge erst am Ende der Schwangerschaft ärztliche Hilfe aufgesucht wird, kann die Symphyseotomie mit dem Kaiserschnitt aus relativer Indikation in (eine vorderhand noch nicht bestimmt entschiedene) Konkurrenz treten. *B. S.*

Dr. A. Widenmann: Aneurysma ateriovenosum der oberen Extremität. (BRUN's Beiträge zur klin. Chirurgie, X. 2.)

Es handelt sich um eine 40jährige Schuhmachersgattin, an der starke Verdickung des linken Armes, erhebliche Varicositäten und Pulsationen der oberflächlichen Venen mit schwirrendem Geräusch, Beugekontraktur des 3.—5. Fingers, Oedem der Hand und sehr lebhafte Schmerzen konstatirbar waren. Es kam zur Amputation des Armes und wurde als anatomisches Substrat des Zustandes folgender Befund nachgewiesen: Abnorme Verbindung zwischen Art. interossea communis und einem tiefen Aste der V. cephalica, grossartige Varicenbildung in nächster Umgebung der Kommunikation, enorme Erweiterung der Muskelvenen des Vorderarmes und der abführenden oberflächlichen Venen. Art. brach. in der Nähe der Theilungsstelle diffus erweitert, ebenso die Art. ulnaris bis zum Abgang der Interossea. Keine Schlängelung und Knotenbildung der Arterien. Vielfache entzündliche Verwachsung der Gefässe, besonders auf der Ulnarseite Degeneration der Muskulatur. Mikroskopisch wurde an den Venen Hyperthrophie der Wände, Entzündung und Hämorrhagie konstatirt, an den Arterien nur mechanische Dilatation. Die Diagnose konnte in diesem Falle aus dem schwirrenden Geräusche und aus der Venenpulsation gestellt werden. Die Aetiologie des Falles ist nicht klar, vielleicht handelte es sich um einen angeborenen Zustand. Die Atrophie der Muskulatur (und die Kontraktur) ist aus der hochgradigen Ernährungsstörung erklärbar. Die hochgradigen Cirkulationsstörungen waren auch die Ursache dafür, dass eine zuerst versuchte Ligatur der Art. brachialis zur beginnenden Gangrän führte, worauf eben die Amputation vorgenommen werden musste. *J. S.*

Kast: Beiträge zur Pathogenese der Paraplegien. (Jahresb. der Hamburger Staatskrankenanstalten 1890. — Centralblatt für klinische Medizin. Nr. 18, 1893.)

I. Ischämische anfänglich «intermittirende» Paraplegie durch Kompression der Bauchaorta.

Bei einem 30 jährigen Manne stellten sich nach stärkeren Anstrengungen Schwäche und Taubwerden in den Beinen ein, die ihn zwangen stillzustehen, worauf nach einigen Minuten die Schwäche nachliess; bei Forciren steigerte sich die Schwäche und es trat regelmässig Stuhldrang ein. Später trat dann nach jeder Anstrengung eine vorübergehende Lähmung beider Beine ein, allmählich zeigte sich diese Erscheinung häufiger und wurde schliesslich wenige Stunden vor dem unter Symptomen der inneren Verblutung erfolgten Tode der Patienten zur totalen schlaffen Paraplegie mit Erscheinungen der aufgehobenen Cirkulationen in beiden Beinen.

Die Sektion ergab bei der Untersuchung der Muskeln, peripheren Nerven, Nervenwurzeln und des Rückenmarks einen absolut negativen Befund; dagegen fand sich ein geplatzter aneurysmatischer Tumor im oberen Theil der Bauchaorta, der eine Verengerung des Aortenlumens verursacht hatte. Die Ursache der Bewegungsstörung ist daher in der durch die Kompression der Aorta hervorgerufenen Ischämie sowohl des Rückenmarkes als der peripheren Theile der motorischen Bahn, insbesondere der Muskeln, zu suchen. Auf die Betheiligung des Lendenmarks weist auch das klinische Symptom der Reizung und darauf folgender Lähmung der Centren für die Kothentleerung hin. Die Lähmung wurde eine dauernde in dem Augenblicke, in welchem der verminderte Blutstrom durch die Rupturstelle des aneurysmatischen Sackes nach der Bauchhöhle abgeleitet wurde und so eine komplete Ischämie der unteren Körperhälfte eintrat.

II. Zur Kenntniss der «Paraplegia gravidarum».

Eine 35 jährige Frau, die während ihrer 3. Schwangerschaft an den Beinen vier Tage gelähmt war, gelangt zur Aufnahme im 7. Monat der 5. Schwangerschaft. Am Tage vor der Aufnahme hatte sich bei ihr ohne alle Schmerzen im Verlaufe einiger Stunden wieder eine Lähmung entwickelt. Es fand sich eine Paraplegie beider Beine einschliesslich der Beckenmuskeln, Lähmung der Bauchmuskeln und des Rückenstreckers, eine Parese beider oberer Extremitäten. Ferner war die Sensibilität an den unteren Extremitäten für Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung völlig aufgehoben. Am 7. Tage nach Eintritt der Erscheinungen erfolgte der Exitus.

Die Autopsie ergab, dass es sich in diesem Falle um eine echte Myelitis, von oben nach unten an Intensität zunehmend, handelte. Kast sieht in den gewaltigen Cirkulationsveränderungen des Schwangerschaftszustandes den Grund zu einer gesteigerten allgemeinen und örtlichen Disposition zu entzündlicher Erkrankung des Rückenmarkes. Ueber die Art und Provenienz des direkten Erregers der Entzündung lieferte auch die anatomische Untersuchung keine Aufklärung.

Dr. Heisler: Die Periode, in welcher die Invasion der Pars prostatica urethrae bei der akuten Gonorrhoe stattfindet. (West. Med. Rep.)

Dr. Heisler berichtet über die Resultate seiner Untersuchungen von 50 Fällen von Gonorrhoe. In 25 Perzent wurde die Pars prostatica Urethrae im Verlaufe der ersten Woche afficirt; in 34% im Verlaufe der zweiten Woche; in 14% innerhalb der dritten Woche; in 24% in der vierten Woche; in 4% in der sechsten und siebenten Woche; in 2% im zweiten und dritten Monate.

Nach Ansicht des Autors spielt die Konstitution in der Aetiologie der hinteren Urethritis gar keine Rolle. *L. L.*

Comby (Paris): Parotitis mit Orchitis, Prostatis und Hämoptoë. (La Méd. Mod. 1893, Mai).

Prof. Comby theilte in der Sitzung vom 19. Mai d. J. der «Société Méd. des Hôpitaux» mit, einen Kranken beobachtet zu haben, bei welchem im Laufe einer epidemischen Parotitis eine profuse Lungen-Blutung auftrat. Es handelte sich um einen 29 Jahre alten Mann, der plötzlich nach beendigter Tagesarbeit von heftigem Fieberschauer, Cephalalgie, Schlaflosigkeit und grosser Unruhe befallen wurde. Zu gleicherZeit war der Hodensack geschwollen und schmerzhaft und man bemerkte eine Verdickung des Testikels und Nebenhodens rechterseits, sowie einen geringen Grad von Prostatis. Die Infiltration der Ohrspeicheldrüsen manifestirte sich erst am nächsten Tage, die jedoch nihct solange dauerte wie jene des Testikels. Der Zustand des Patienten verschlimmerte sich am dritten Krankheitstage: es zeigte sich eine hochgradige Prostration, es traten Delirium und schwere Beklemmungserscheinungen auf, die mit Hämoptisis endigten. Patient hatte indess nie gehustet und wies absolut keine Symptome einer Lungentuberkulose auf. Nach einigen Tagen fiel das Fieber ab und die Rekonvalescenz schritt ganz normal vorwärts; der betroffene Testikel nahm sein früheres Volumen wieder an, er behielt jedoch eine weiche Konsistenz, warscheinlich infolge eines konsekutiven atrophischen Processes.

Dr. Catrin bemerkte in der Diskussion, dass er in einer jüngsten Parotitis-Epidemie stehts gesehen hat, dass die Orchitis vom Epidydinus ausgeht, worauf bereits Sorel hingewiesen hatte. Er glaubt jedoch, dass man mit Bezug auf die Differenzialdiagnose zwischen Orchitis infolge von Parotitis und blenorrhagische Orchitis diesem Symptome nicht viel Bedeutung beimessen könne.

A. D.

R. Wreden: Zur Aetiologie der Cystitiden. (Botkins Spitalszeitung Nr. 17, 1893.)

Die bakteriologischen Untersuchungen von Doyen, Rovsing, Schnitzler und Anderen haben ergeben, dass die Cystitis grösstentheils durch Mikroorganismen des Darmkanales und hauptsächlich durch das Bacterium coli commune hervorgerufen wird. Dieser Umstand sowie die anatomischen Verhältnisse des Rectum zu der Harnblase führten Verfasser auf die Vermuthung, dass die Infektion der Harnblase nicht durch den Blutkreislauf vor sich geht, sondern direkt vom Rectum aus durch Läsion des Schleimhautepithels. Bei männlichen Individuen lässt sich eine derartige Annahme von vornherein nicht von der Hand weisen, da bei diesen das Rectum vor die Harnblase auf einer ziemlich grossen Strecke auseinander gelagert sind.

Die Versuche wurden an männlichen Kaninchen angestellt und bestätigten vollauf die Vermuthung des Verfassers.

Die Resultate gestalten sich folgendermassen:

1. Die Verletzung der Schleimhaut in der hintersten Partie des Rectums ruft keine Entzündung der Harnblase hervor.

2. Wird aber die Schleimhaut noch in der Höhe der Prostata und höher lädirt, so lässt sich immer eine Entzündung der Harnblase konstatiren.

3. Der Grad des Entzündungsprozesses und der Verlauf desselben hängt vom Grade der Verletzung der Rectalschleimhaut und vom Charakter des Entzündungsprozesses ab.

4. In allen Entzündungsfällen werden im Harne verschiedene Arten der im Darmkanale vorkommenden Mikroorganismen gefunden swie diejenigen, die in das Rectum eingeführt worden sind.

5. Führt man in das Rectum nach Verletzung der Schleimhaut Fettsubstanzen ein, wie Vaselinöl etc., so lässt sich ein Uebergang derselben aus dem Rectum in die Harnblase konstatiren.

Auf die klinischen Thatsachen und auf die Versuche selbst, will Verf. nächstens in einer ausführlichen Arbeit zurückkommen.

Rdt.

De Michele und **Sorrentino** (Neapel): **Ueber Darmsyphilis** (Riforma Med. 1892, No. 176).

Nach einer kurzen Uebersicht der spärlichen Kasuistik über intestinale Syphilis resumiren der Autoren den klinischen Verlauf zweier von ihnen beobachteten Fälle, die den Gegenstand vorliegender Abhandlung bilden. Die bakteriologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose von Darmsyphilis, indem in beiden Fällen der Lustgarten'sche Bacillus vorgefunden wurde.

Aus ihren Beobachtungen folgern die Autoren, dass die Darmsyphilis weniger selten vorkommen müsse, als man nach der vor-

handenen spärlichen Literatur meinen könnte. In manchen Fällen, in welchen die Kontrole der Autopsie fehlt, werden sicherlich die durch die Darmalteration veranlassten Störungen einer anderen Ursache zugeschrieben worden sein. Auf Grund der bisherigen Beobachtungen können folgende Symptome der syphilitischen Darmläsionen als die hauptsächlichsten angesehen werden: sehr schmerzhafte Koliken, Diarrhoe, die stets jeder Behandlung trotzt, Erbrechen, hektisches Fieber und zuweilen Erscheinungen der Darmstenose. Kein Autor erwähnt Perforationserscheinungen mit intraperitonealem Ergusse. Die Diarrhoe ist Ursache eines rapid fortschreitenden Verfalls und einer beträchtlichen Kachexie, die zum Tode durch Erschöpfung führt. Von einem unleugbaren Werthe für die Diagnose sind andere begleitende Symptome einer veralteten Syphilis. Vorliegende Arbeit enthält als Illustration drei Tafeln, aus welcher die makro- und mikroskopischen Merkmale der fraglichen Läsion zu ersehen sind.

A. D.

Julian Kramsztyk (Warschau): **Ueber Spasmus glottidis als Symptom der Tetanie.** — (Medycyna Nr. 19, 1893.)

Wie bereits ESCHERICH beobachtete, ist der Spasmus glottidis eines der konstantesten Symptome der Tetanie bei Kindern.

In den Epidemien, die ESCHERICH und LANGHOFER beschrieben haben, konnte das genannte Symptom in 80% der Fälle konstatirt werden.

In den Frühjahrsmonaten der letzten zwei Jahre beobachtete Verfasser ebenfalls sehr häufig den Spasmus glottidis, welcher manchmal sogar vor den allgemeinen Erscheinungen auftrat und als diagnostischer Behelf dienen konnte.

In den Monaten März und April dieses Jahres wurde Verfasser wiederum zu einer Anzahl von Fällen gerufen, in denen nur das einzige Symptom, der Spasmus glottidis nämlich bestanden hat, während andere Symptome von Tetanie von den Eltern nicht bemerkt worden.

Um sich zu überzeugen, dass hier thatsächlich Tetanie vorliegt, suchte Verfasser noch nach anderen Symptomen und in der That gelang es ihm in diesen Fällen solche nachzuweisen. So war konstant das TROUSSEAU'sche Symptom vorhanden und in der Hälfte der Fälle auch das CHWOSTEK'sche. Die Tetanie, die am häufigsten in den Frühjahrsmonaten aufzutreten pflegt, befällt, wie Verfasser bereits anderswo dargethan hat, hauptsächlich Kinder von 3 Monaten bis zu 2 Jahre, die mehr oder weniger mit Rhachitis behaftet sind.

Da rhachitische Kinder sehr zu Spasmus glottidis neigen, so lässt sich vielleicht in dem Umstande eine Erklärung finden, warum er bei Tetanie so häufig vorkommt. Verfasser theilt durchaus nicht die Ansichten derjenigen Autoren, die behaupten, der Spasmus glottidis sei eine selbstständige Erkrankung. Verfasser konnte nun beim Auftreten des Spasmus glottidis auch andere Symptome der Tetanie nachweisen.

Zur Illustration des Krankheitsverlaufes sei hier ein Fall angeführt.

Ein $1/{}^{1}{}_{2}$ jähriges, stets gesundes Mädchen erwachte Nachts unter heftigem Weinen, worauf es ca. 1 Minute nicht athmen konnte. Erst nach und nach kam das Kind zu sich, fing zu athmen an, was von einem pfeifenden Geräusch begleitet war. Solche Anfälle wiederholten sich in den ersten drei Tagen 6—10 Mal täglich.

Die Untersuchung des Kindes ergab unzweifelhafte Spuren von Rhachitis. Das TROUSSEAU'sche und CHWOSTEK'sche Symptom liessen sich hervorrufen, so dass Tetanie mit Bestimmtheit diagnosticirt werden konnte. Das Kind bekam Phosphor 0·005 *gr* und Kali brom. 1·5.

Schon nach zwei Tagen wurden die Anfälle seltener und ihr Verlauf ein viel kürzerer. Nach 18 Tagen waren keine Symptome der Tetanie zu konstatiren. Tödtlich vorgehende Fälle hat Verfasser nicht beobachtet und sie scheinen auch selten vorzukommen, denn in den oben erwähnten Epidemien kamen bei 76 Fällen bei Vorhandensein von Spasmus glottidis nur 4 Todesfälle vor.

Rdt.

Dr. L. Prochownick (Hamburg): **Ein Beitrag zur Kenntniss der Eileitersäcke.** (Deutsche mediz. Wochenschr. Nr. 21, 1893.)

Verfasser berichtet über 80 Salpingektomien, die er wegen infektiös-entzündlicher Eileitergeschwülste ausgeführt.

Bei 45 Frauen hatte eine gonorrhoische Ansteckung stattgefunden. Bei 30 war der Zusammenhang mit puerperaler Erkrankung nachzuweisen, bei den letzten 5 waren 2 Mal septische Vorgänge nach Operationen, 2 Mal Typhus, 1 Mal Scharlach die Ursache der Erkrankung des Eileiters.

Der Inhalt der Tubensäcke war bei mehr als $^{5}/_{6}$ der gonorrhoisch inficirten Frauen rein eitrig, während bei der Hälfte der puerperal erkrankten Hydro- bezw. Hämatosalpinx nachgewiesen wurde.

Bei 60 von den 80 Fällen wurde an den ausgeschnittenen Eileitern eine genaue bakteriologische Prüfung vorgenommen.

Die Trippererkrankung breitet sich in manchen Fällen sogleich auf dem ganzen Schleimhautgebiet aus und da genügen oft geringe mechanische Schädlichkeiten, um eine heftige, fieberhafte Erkrankung zu erzeugen. Gonokokken findet man in den Eileitersäcken nur in ganz akuten, frischen Fällen; Monate oder Jahre nach der Infektion finden sich nur Eiterzellen.

Es gibt auch «Mischinfektionen» wo neben den Gonokokken noch pyogene Mikroben (Staphylococcus aureus und albus, Streptokokkus) auf die Gewebe einwirken, indem sie entweder schon vorher auf der Schleimhaut vorhanden waren («die Bedingungen zur Mischinfektion sind bei vielen Frauen von vornherein gegeben»), oder mit der gonorrhoischen Infektion zugleich eindrangen oder indem zu einer puerperalen Erkrankung von früher her die Tripperansteckung hinzukam.

Doch fanden sich auch hier sowie auch bei den rein puerperalen Erkrankungsformen virulente Keime nur dann vor, wenn dem letzte akut fieberhafte Nachschub nicht länger als 4 Monate vor der operativen Eingriff zurücklag.

Da eine völlig glatte Heilung der Operationen nur in den Fällen eintrat, wo die Tubensäcke sich keimfrei erwiesen, so ergibt sich daraus «thunlichst lange nach dem letzten akuten Erkrankungstermin operativ einzugreifen und akut fiebernde Kranke nicht zu operiren.

Pyosalpinx gonorrhoica charakterisirt sich folgendermassen: Der deutlich «hornförmige» Eitersack ist dickwandig, die Schleimhaut krank, aber doch erhalten, wenig Verwachsungen, leichte Ausschälbarkeit, meisst einseitige Erkrankung, — Nichtbetheiligung des Eierstockes, eitriger Inhalt.

Die durch Wochenbettansteckung erkrankten Eileiter zeigen zerstörte Schleimhaut, die Muskulatur nicht verdickt, der Eierstock entweder Pyovarium oder mit einzelnen kleinen Abscessen durchsetzt, bei längerem Verlauf zahlreiche feste Verwachsungen zwischen Netz, Darm und Eileiter, die Gestalt des Eileitersackes sehr wechselnd.

Ueber Verlauf und Ausgang der Operationen bemerkt der Verfasser, dass die gonorrhoischen Krankheitsformen zahlreicher zur Operation kämen, weil sie anderen therapeutischen Massnahmen grösseren Widerstand entgegensetzen, dass aber andererseits die Operation sich meist einfacher gestalte, während die puerperalen Fälle in den leichteren Formen spontan oder durch weniger eingreifende Verfahren zur Heilung kommen, die schwereren Erkrankungen aber auch wegen den ausgedehnten Verwachsungen und des meist beiderseitigen Auftretens schwieriger zu operiren sind.

Auf keinen Fall dürfe man aber mit der Operation zu lange zögern, weil sie infolge der sich immer komplizirter gestaltenden Verwachsungen sich immer schwieriger gestalte, doch müsse man stets, wie schon früher hervorgehoben, nach einem akuten Nachschub einen gewissen Zeitraum vorübergehen lassen, damit man keine virulenten Keime mehr in dem Tubarsack antreffe.

B. S.

Tagesnachrichten und Notizen.

Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 16. d. M. unter dem Vorsitze Prof. Hofmokl's abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte stattete der zum zweiten Sekretär gewählte Prof. Paltauf der Gesellschaft in warmen Worten seinen Dank für seine Wahl ab. Das Interesse der Gesellschaft wurde hierauf durch eine lange Reihe von Demonstrationen rege erhalten. Zuerst stellte Prof. Kaposi einen seltenen Fall von Fibroma molluscum des Kopfes dar, das sowohl durch seine starke Ausbreitung als auch durch seine Neiguug zur Malignität interessant erscheint. Dr. Gleich demonstrirt hierauf einen 7 jährigen Knaben mit angeborenem Hochstande der rechten Scapula und Behinderung der Bewegung durch Exostosenbildung. Dozent v. Eiselsberg stellt 4 Fälle vor, bei denen auf verschiedene Weise Defekte des Schädels mit sehr günstigem und ermuthigendem Erfolge zur Deckung kamen. Die Deckung geschah theils nach der Methode von Müller-König, theils nach Wagner, theils mittels Celluloidplatten. Bei einem Falle war Tuberkulose der Kopfknochen vorhanden, welche einen ausgebreiteten Defekt zurückliess, der mittels der König'schen Plastik zur Deckung kam. Dr. Kretz demonstrirt hierauf ein Präparat von primärem doppelseitigen Zottenkrebs der Tuben mit regionären Metastasen in der Tubenwand. Dr. Ewald stellt hierauf einen Fall vor, bei dem wegen einer Kropfmetastase der ganze Angulus scapulae abgetragen werden musste. Der zweite vom Vortragenden vorgestellte Fall betrifft ein 26 jähriges Mädchen, welches im 13. Lebensjahre einen Tumor am linken Jochbogen acquirirte, dessen histologische Untersuchung eine Aehnlichkeit mit der foetalen Schilddrüse aufweist und als Adenom zu deuten ist. Dr. Sternberg stellt einen Fall von geheilter organischer Gehirnerkrankung vor, der ein junges Mädchen betrifft, bei dem ein Tuberkel in der Gegend des Praecuneus angenommen werden muss, welcher Lähmung des Facialis, Jackson'sche Epilepsie und als auffallendes Symptom Amaurose mit erhaltener Lichtreaktion der Pupille verursachte und wo an eine Verkreidung des Tuberkelknoten gedacht werden muss. Vortragender versucht dann zum Schlusse seiner Auseinandersetzungen eine Erklärung für das letzte merkwürdige Symptom zu geben. Dr. Jahoda stellt einen 44 jährigen Mann vor, bei dem sich die von Hofr. Albert beschriebene Achillodynie findet. Prof. Weinlechner demonstrirt eine Frau, bei welcher seit der Kindeszeit an beiden Füssen papilläre elephantiasisartige Wucherungen entstanden, welche die Patientin im Gehen sehr behinderten und die er mittels Operation entfernte. Ein zweiter vorgestellter Fall bekam einen Defekt in der Wange, welcher von Vortragendem nach mehreren Operationen mittels Plastik gedeckt wurde. Weinlechner demonstrirt endlich einen 20 jährigen Schlosser, welcher in einer Fabrik angestellt, infolge seiner Beschäftigung eigenartige Bewegungen machen musste, welche zur Folge hatten, dass er jetzt eine Gehstörung acquirirte, welche darin besteht, dass beide Knie beim Gehen nach innen knicken und die Unterschenkel im Kniegelenke rotiren. Dr. Müller stellt einen Patienten vor, der an einer isolirten Trigeminuslähmung leidet, welche ihren Ursprung aus dem Ganglion Gasseri nimmt. Die Folge dieser Lähmung war eine Keratitis neuroparalytica. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung findet sich in der nächsten Nummer dieses Blattes. — Bei der am 13. d. M. abgehaltenen Sitzung des Vereines für Psychopathologie demonstrirte Hofr. Prof. Krafft-Ebing ein 33 jähriges Fräulein, an welcher er hypnotische Experimente vornahm. Die interessante Demonstration gab Veranlassung zu einer langen Diskussion, die wir in einer der nächsten Nummern bringen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. Professor Dr. Rabl (Prag) wurde zum korrespondirenden Mitgliede der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien; der k. k. Bezirksarzt Dr. Paschalis R. v. Ferro wurde zum Presektor im Status der Prosektoren an den Wiener k. k. Krankenanstalten; Docent Dr. Röhmann wurde zum a. o. Professor für Physiologie und medizinische Chemie an der Universität Breslau; Dr. Pegoud wurde zum Professor der internen Pathologie und Dr. Wolff zum Professor der Physik, beide an der École de médecine in Tours; die Professoren du Bois-Reymond (Berlin) und Lister (London) wurden zu auswärtigen Mitgliedern der ungarischen Akademie der Wissenschaften in Budapest ernannt. — Der Privatdocent an der medizinischen Fakultät der Universität Breslau, Dr. Röhmann, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden. — Dr. Benecke hat sich als Privatdocent für allgemeinePathologie und pathologische Anatomie in Göttingen habilitirt. — Dr. Obregia ist zum Professor der Histologie in Bukarest ernannt worden. — Dr. Duffin, Professor der pathologischen Anatomie, ist zum Professor der inneren Medizin am Kings College in London ernannt worden. Dr. Dalton ist zum Professor der pathologischen Anatomie an Stelle Duffin's ernannt worden. — Dr. Gilbert Barling ist zum Professor der Chiru gie am Queens College in Birmingham ernannt worden.

* Oesterreichische Delegation. Am 15. Juni kam bei den Verhandlungen über das ordentliche Heereserforderniss auch die Stellung der Militär-Aerzte zur Sprache. Delegirter Masaryk bemerkt, dass unsere Militär-Aerzte thatsächlich nicht Sanitäts-Officiere seien und in Folge dessen auch nicht jener Würden theilhaftig werden können und jenes Einkommen haben, welches ihr schwieriger Stand verlangen würde. Ihre materielle Stellung stehe nicht in Verhältnisse zu den Kosten ihrer Ausbildung und zu ihren Leistungen. Auch das Avancement gehe nicht rasch genug vor sich. Redner wünscht irgend welche Reformen auf diesem Gebiete. Der Kriegsminister FZM. v. Bauer erwiederte darauf: «Die beabsichtigten Massnahmen bezüglich der Militär-Aerzte sind zwar noch nicht in der Ausarbeitung fertiggestellt, aber als Fundament finden die Herren im Budget-Antrage die Erhöhung der Charge als dasjenige, was — ich möchte sagen — das Brot schafft und daher zunächst nothwendig sein dürfte. Denn wir haben im ärztlichen Officierskorps Regimentsärzte, die 20 Jahre in derselben Charge bleiben, und die Herren, welche doch auch die Hochschule absolvirt haben, kommen nach einer 20jährigen Dienstzeit als Regimentsärzte und nach einer gesammten Dienstzeit von mehr als 30 Jahren auf eine Gage im Betrage von 1200 fl. Das ist gewiss eine so geringe Besoldung, dass man vor allem Andern den Aerzten eine bessere Existenz geben muss. Es handelt sich aber auch darum, wie neben der Erhöhung der Charge und der des Standes für die Militär-Aerzte weiter gesorgt werden soll.» Zum Schluss gab der Kriegsminister der Hoffnung Ausdruck, das ganze Projekt im nächsten Jahre der Delegation vorlegen zu können. — Wie der Kriegsminister schon in einer der früheren Sitzungen mittheilte, soll der Friedensstand des österreichischen militärärztlichen Officierscorps erhöht werden. Es soll innerhalb der nächsten Jahre eine Vermehrung geschehen um: 1 General-Stabsarzt, 18 Ober-Stabsärzte erster Classe, 23 Ober-Stabsärzte zweiter Classe. 14 Stabsärzte, 74 Regimentsärzte erster Classe, 29 Regimentsärzte zweiter Classe, 79 Oberärzte, zusammen 238 Personen.

* Zufolge Erlasses des Ministeriums des Innern vom 26. Mai l. J. wurde die Errichtung je einer Aerztekammer in Galizien, Steiermark, Mähren, Dalmatien, Kärnten, Schlesien und der Bukowina mit dem Sitze in der bezüglichen Hauptstadt angeordnet.

* Am 31. v. M., dem Todestage Theodor Meynert's, wurde dessen von Professor Griepenkerl ausgeführtes Bildniss im Hörsaale der psychiatrischen Klinik des allgemeinen Krankenhauses enthüllt.

* Budapest. Die Sanitätsgruppe der Millennium-Ausstellung) hat sich in Anwesenheit zahlreicher und hervorragender Vertreter des ärztlichen Standes konstituirt. Der Präsident der Gruppe, Prof. Friedrich Korányi, dankte dem Minister für das Vertrauen, welches er den Mitgliedern der Gruppe entgegen bringt; mit der kulturellen Entwicklung des Landes, macht in Ungarn auch die Entwicklung der öffentlichen Sanität Fortschritte, und wenn die Errungenschaften auf diesem Gebiete auch noch jung und in vielen Beziehungen lückenhaft sind, so liegt in der richtigen Leitung und Zusammensetzung dieser Gruppen eine gewisse Garantie für das Gelingen derselben. Die Gruppe konstituirte sich in folgende Subgruppen: Bäder, Mineralwasser etc. Präsident Sektionsrath Dr. Chyzer; Lebensrettungs-Vorrichtungen etc. Präsident Sanitätsrath Dr. Csatáry; Ernährung.: Präsident

Prof. Hogyes; Mediz.-chirurg. Instrumente, Einrichtung von Apotheken etc.: Präsident Prof. Thartoffer; Spitalseinrichtungen, Leichenhallen etc.: Präsident Prof. Müller; Einrichtung öffentlicher Wohlthätigkeits-Anstalten: Präsident Prof. Kétly; Desinfektions-Reinigungsmittel: Präsident Prof. Fodor; Mittel zur Ernährung und Entwicklung der Kinder, Kinderspiele etc.: Präsident Prof. Bókai. Zu Schriftführern der Sanitätsgruppe wurden gewählt: Dr. Faragó, Palotai und Dr. Székács.

* An der Budapester mediz. Fakultät wurden für das künftige Studienjahr gewählt: Zum Dekan Prof. Mihalkovits, zum Notar Prof. Klug. Die Dozenten werden vertreten sein durch die Doctoren Hirschler und Szénássy.

* Der 8. internationale Kongress für Hygiene und Demographie wird im Jahre 1894 in Budapest abgehalten werden.

* Franzensbad beging in der abgelaufenen Woche die Feier seines hundertjährigen Bestandes als Kurort.

* Krakau. Der fünfte Kongress polnischer Chirurgen wird hier vom 11. bis 18. Juli d. J. tagen.

* Lemberg. Der siebente Kongress polnischer Aerzte und Naturforscher wird im Jahre 1894 hier abgehalten werden.

* Berlin. Im Institut für Infektionskrankheiten werden Mitte Juni d. J. ab unentgeltliche Vorlesungen über Cholera für praktische Aerzte abgehalten werden. Jeder Kreis dieser Vorlesungen ist auf eine Woche und auf täglich zwei Stunden berechnet.

* Die Berliner Stadtverordneten-Versammlung hat in ihrer Sitzung vom 8. d. M. dem Magistrats-Projekt zur Errichtung eines vierten städtischen Krankenhauses, welches zwischen Seestrasse und Spandauer Schifffahrtskanal errichtet werden soll, zugestimmt. Das neue Krankenhaus soll neben inneren und chirurgischen Stationen (1000 Betten) auch eine Abtheilung von 400 Betten für nicht unter polizeilicher Aufsicht stehende Geschlechtskranke enthalten und mit einer auf 1000 Geburten im Jahre berechneten Entbindungs-Anstalt sowie mit einer Pflegerinnen- und Hebammenschule verbunden sein.

* Auf der VII. Versammlung der anatomischen Gesellschaft, die zu Göttingen Ende Mai abgehalten wurde, ist Strassburg als Ort für den nächstjährigen Kongress gewählt worden.

* Die Ophthalmologische Gesellschaft hält ihre Jahresversammlung vom 6. bis 9. August in Heidelberg ab. Vorträge und Demonstrationen sind bei Dr. W. Hess in Mainz anzumelden.

* Die Senckenbergische naturforschende Gesellschaft in Frankfurt a. M. hat den Privatdocenten der Physiologie, Herrn Dr. med. Max Verworn in Jena, zu ihrem korrespondirenden Mitglied erwählt.

* Halle a. S. Der Leiter der hiesigen Ohrenklinik, Geh. Med.-Rath Dr. Schwartze, trank aus Versehen statt Selterswasser — Salmiakgeist und verletzte sich schwer.

* Paris. Die Anzahl der in Paris ercheinenden medizinischen Journale belief sich mit 1. Mai d. J., wie das «Bullet. méd.» mittheilt, auf 176 — gegen 161 des Vorjahres — während die Anzahl der politischen Journale im Ganzen 190 beträgt.

* Rom. Bis zum 15. Mai sind beim Secretariat des Centralcomités des XI. internationalen medizinischen Kongresses 259 Anmeldungen für Vorträge und Mittheilungen eingelaufen. Der Termin für die Anmeldungen ist der 30. Juni.

* Barcelona. Auf Grund eines vorhergegangenen Wettbewerbs ist Dr. Fargas zum Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie ernannt worden.

* Der erste pan-amerikanische Kongress findet am 5. 6. 7. und 8. September d. J. in Washington statt. Präsident ist William Pepper (Philadelphia).

* Cholera. Im Deutschen Reiche sind keine weiteren Cholerafälle mehr vorgekommen. — Frankreich: In Cette vom 20.—22. Mai 4—5 verdächtige Erkrankungen, einige in Toulouse, Frontignon, Montpellier und Lunel. — Russland: Vom 13.—19. Mai in Saratow 3 Erkrankungen, 2 Todesfälle. — In Orel und Ufa ist die Seuche erloschen. — In Nechitschervan 1 Todesfall.

* Influenza. In Paris, London, Kopenhagen, Stockholm leichte Abnahme. — In Dresden 5 Todesfälle (gegen 3 der Vorwoche). — 3 Todesfälle in Leipzig.

* (Todesfälle) In Paris Professor Peter am 9. Juni, 69 Jahre alt. Der berühmte französische Kliniker war bekanntlich in seiner Jugend Corrector in einer Druckerei und wandte sich erst spät dem medizinischen Studium zu. Er war ein Lieblingsschüler Trousseaus. Unter seinen zahlreichen Arbeiten sind hervorzuheben seine «Untersuchungen über Diphtherie», seine «Krankheiten des Kehlkopfes», und seine «Klinik der Herzkrankheiten.» — In Lyon Dr. Emile Blanc als Opfer einer Septicämie, die er sich bei Behandlung eines Puerperalprocesses zuzog

Aerztliche Stellen

Zwei l. f. Bezirksarztesstellen (Böhmen) mit den Bezügen der X. Rangsklasse und zwei, im Vorrückungsfalle vier k. k. Sanitätsassistentenstellen mit dem Adjutum jährlicher 500 fl. Bewerber um diese Dienstposten haben ihre vorschriftsmässig insbesondere auch mit dem Gesundheits- und Wohlverhaltungszeugnisse und dem Nachweise über die bisherige Verwendung sowie über die Sprachkenntnisse belegten Gesuche bis zum 1. Juli 1893 beim k. k. Statthalterei-Präsidium, und zwar, falls sie bereits in öffentlichen Diensten stehen, im Wege ihrer vorgesetzten Behörde einzubringen. — Zur Erlangung einer Sanitätsassistentenstelle ist bei Ermangelung der mit Erfolg abgelegten Physikatsprüfung der Nachweis eines einjährigen Spitalsdienstes nothwendig.

Distriktsarztesstelle in Netolitz (Böhmen) mit 17 Gemeinden, 4760 Einwohner und einem Flächenausmass von 89 Qu.-Kilom. Gehalt 400 fl., Reisepauschale 175 fl. In Aussicht steht die Uebernahme der ärztlichen Praxis in mehreren herrschaftlichen Meierhöfen gegen eine Jahresremuneration von 500 fl. und Beistellung der Fahrgelegenheit. Die Anstellung erfolgt provisorisch auf die Dauer eines Jahres. Bewerber haben ihre im Sinne des § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes vom 23. Februar 1888 belegten Gesuche bis 30. Juni l. J. an den Bezirksausschuss in Netolitz einzusenden.

Distriktsarztesstelle in Unter-Kalna (Böhmen) mit 7 Gemeinden, 4870 Einwohnern und 37 Qu.-Kilom. Flächenausmass. Gehalt 400 fl., Reisepauschale 75 fl., von der Gemeinde Unterkalna eine entsprechende freie Wohnung für die Dauer von 5 Jahren. Die mit dem Nachweise der physischen Eignung, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der Berechtigung zur Ausübung der Praxis, des Wohlverhaltens und der Kenntniss der böhmischen Sprache in Wort und Schrift belegten Gesuche der Bewerber, von denen Doktoren mit Krankenhauspraxis den Vorzug haben, sind 31. Juli l. J. an den Bezirksausschuss in Neupaka einzusenden.

Distriktsarztesstelle im II. Sanitätsdistrikte, im Vertretungsbezirke Böhm.-Leipa, mit dem Sitze des Arztes in der Gemeinde Neugarten. Jährlicher Gehalt 400 fl., Reisepauschale von 40 fl per 10 Kilom.; Besetzung zunächst auf ein Jahr provisorisch. Amtsantritt mit 1. Juli 1893. Dieser Distrikt zählt 4956 Einwohner und sind demselben zwölf Gemeinden zugewiesen. Bewerber deutscher Nationalität haben ihre gemäss § 5 des Gesetzes vom 23. Februar 1888, L.-G.-Bl. Nr. 9 belegten Gesuche bis 20. Juni l. J. beim Bezirksausschuss in Böhm.-Leipa einzubringen.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 25. Juni 1893 Nr. 26.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9**

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber zwei Endemien von Icterus afebrilis neonatorum cum hämoglobinuria, genannt „die Winkelsche Krankheit“.*)

Von

Professor Dr. Wolczynski.

Geheimrath WINKEL hat am 24. April 1879 in der ersten Versammlung der pädiatrischen Sektion der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin einen Vortrag über eine bis dahin noch nicht beschriebene endemische im Dresdener Gebärhause aufgetretene Erkrankung der Neugeborenen gehalten. In der Zeit vom 19. März bis 21. April 1879 sind daselbst rasch nach einander 23 Kinder unter denselben später zu beschreibenden Erscheinungen erkrankt, von denen 19 gestorben, 1 genesen, 2 mit Krankheitssymptomen behaftet und 1 Fall wesentlich gebessert entlassen wurden.

WINKEL nennt die Krankheit «Cyanosis afebrilis icterica perniciosa cum hämoglobinuria».

Im Jahre 1886 beschreibt SANDERS in der Münchener medizinischen Wochenschrift Nr. 24 einen gleichen Fall, den er als «akuteste tödtliche Hämoglobinurie» bezeichnet.

Endlich publicirt STRELITZ im Archiv für Kinderheilkunde XI. Band, 1. Heft, einen von BAGINSKY am 10. Jänner 1889 in der Privatpraxis beobachteten Fall, welchen er kurz als «WINKEL'sche Krankheit» bezeichnet.

Soweit die mir bekannt gewordene Literatur.

Um so interessanter ist die Beobachtung, dass diese so ausserordentlich selten vorkommende Krankheit der Neugeborenen in zwei nach einander folgenden Jahren, in der meiner Leitung unterstehenden Landesgebär- und Hebammenlehranstalt auftrat, ohne dass die hygienischen Verhältnisse der Anstalt sich scheinbar geändert hätten.

*) Beobachtet an der Landesgebäranstalt in Czernowitz.

Die Erscheinungen, unter denen die Kinder erkrankten, waren mehr weniger dieselben, wie sie WINKEL so trefflich schildert.

Am zweiten bis vierten Tage nach der Geburt werden die Kinder unruhig, versagen die Nahrungsannahme und die allgemeinen Hautdecken bekommen eine leicht ikterische Färbung. Allmälig wird das Hautcolorit besonders um den Mund und die Nase, an den Geschlechtstheilen und den Extremitäten graucyanotisch, die Kinder scheinen benommen zu sein, es stellt sich manchmal leichtes Erbrechen ein, manchmal zeigt sich gelblicher Schleim zwischen den Lippen, sie drängen häufig zu Stuhl und Urin. Der Stuhl wird, falls er schon auch gelblich war, bräunlich, schwärzlich, schleimig, meconiumartig. Der Urin ist dunkelviolett bis dunkelschwarz, wird häufig aber in geringer Menge entleert, jedesmal mit sichtlicher Anstrengung, er färbt die Windeln auffallend dunkelblau, lässt sich nur schwer nach wiederholtem Auswaschen mit Seife und heissem Wasser entfernen und fällt dadurch selbst dem Wartpersonale auf. Dabei magern die Kinder rasch ab — selbst in wenigen Stunden — und bekommen ein greisenhaftes Aussehen. Das Kind, dessen Sektionsbefund weiter unten folgt, welches am 21. Jänner 1892 geboren (Fall 3) am 24. erkrankt und am 27. gestorben ist, wog bei der Geburt 3700 *gr*, bei der Sektion hingegen 2700 *gr*, verlor also in den 3—4 Tagen nahezu 1000 *gr*, also über $^1/_4$ des ursprünglichen Körpergewichtes. Dabei fahren die Kinder bei Berührung zusammen, verdrehen die Augen und bekommen leichte konvulsivische Anfälle. Die Körpertemperatur ist nicht erhöht, schwankt zwischen 36·5—37·5° und hat bei mir in keinem Falle 38° erreicht.

WINKEL beobachtet in einem Falle 38·1° C. im rectum gemessen, während STRELITZ in dem von ihm beschriebenen Falle die Temperatur auf 38·4° C. erhöht fand.

Der Sektionsbefund des Falles 3 aus dem Jahre 1892, den ich ganz wiedergebe, ergab Folgendes:

Aeusserlich:

Männliche Kindesleiche, 52 *cm* lang, 2700 *gr* schwer.

Allgemeine Decken in toto sowie Sklera deutlich ikterisch verfärbt, an einzelnen Stellen des Stammes und der Extremitäten theils diffuse, theils fleckig begrenzte, stark livide Verfärbung. Nabelschnurrest in der Länge von 7 *cm*

erhalten, lege artis unterbunden, zum Theil pergamentartig eingetrocknet, zum Theil mässig feucht und weich, geruchlos. Beim Durchschnitt kommt auf Druck keine Flüssigkeit zum Vorscheine, nur das $1^1/_2$ *cm* lange Stück nächst des Nabelringes ist feucht und weich, jedoch ohne Beleg. Auf dem Durchschnitt sieht man die thrombosirten Lumina der Nabelschnurgefässe.

Innerlich:

Schädel. Schädeldecken normal, grosse Fontanelle im schiefen Durchmesser 2 *cm*. Hinterhauptbein und Stirnbeine schieben sich etwas unter die Seitenwandbeine. Die Knochen der Schädelbasis normal. Dura mater glatt glänzend, sehr fest adhärent. Pia mater zart glänzend, ihre Venen stark gefüllt. Das Gehirn weich, etwas ödematös. Ventrikel etwas erweitert.

Mundhöhle. Lippen, Zunge und Pharynx normal.

Thorax. Beide Lungen frei. In den Pleurasäcken keine Flüssigkeit. Glandula thyrioidea zeigt nichts abnormes. Die Thymusdrüse, von normaler Beschaffenheit, bedeckt im vorderen Mediastinum die grossen Gefässe bis an die Herzbasis.

An ihrer Oberfläche befinden sich zwei kleine streifenförmige Ecchymosen.

Oberfläche der rechten Lunge glatt, zart und glänzend, in den vorderen Antheilen rosenroth, in den hinteren an zahlreichen ziemlich scharf begrenzten konfluirenden Stellen bläulichroth und dünkler. Diese Stellen ragen weder hervor noch sind sie eingesunken nur bei Berührung derber anzufühlen und weniger knisternd, sonst sind die Lungen lufthaltig. Auf der vorderen Fläche des Unterlappens sehr zahlreiche bis linsengrosse subpleurale Petechien. Auf dem Durchschnitt ist der Ober- und Mittellappen hellrosenroth, die hinteren Partien sind dünkler, auf Druck kommt wenig schaumige, rosenrothe Flüssigkeit zum Vorscheine. Entsprechend den durchschnittenen Bronchien zeigen sich bei Druck Pfröpfe von gallig gefärbtem, mit Luftblasen untermischtem Schleim. Unterlappen von ähnlicher Beschaffenheit, nur die unter der Pleura gelegenen hinteren Partien zeigen dünklere Färbung und sind weniger lufthaltig. Die linke Lunge zeigt dieselbe Beschaffenheit.

Der Oesophagus normal beschaffen, bis auf eine knapp ober der Cardia gelegene, unregelmässig begrenzte, den ganzen Querschnitt des Oesophagus einnehmende blasse Partie, welche sich gegen die sonst mässig injicirte Schleimhaut scharf abgrenzt. Perikardium leer.

Herz kontrahirt, glatt, zart, glänzend, an der vorderen Fläche der Herzbasis einige stecknadelgrosse Ecchymosen. Die linke Kammer leer, die Vorkammer mit dunklem geronnenem Blute prall gefüllt. In der rechten Kammer und Vorkammer spärliche Blutgerinnsel. Epikardium glatt, zart, glänzend. Ductus Botalli noch offen Foramen ovale noch für die Sonde durchgängig in schiefer Richtung vom rechten ins linke Atrium, aber beide Blätter überragen einander. Herzfleisch selbst blass, von derber Consistenz.

Bauch. Peritoneum parietale et viscerale, glatt, zart und glänzend. In der Bauchhöhle keine Flüssigkeit. Das Omentum sowie die Magenserosa in der Gegend der Curvatura major und des Fundus mässig injicirt, daselbst deutlich die Ramifikationen der stark gefüllten Venen zu sehen. Nabelvenen leer, ihre Wandungen sowie die Umgebung von ganz normaler Beschaffenheit. Nabelarterien normal, in ihrem Lumen befinden sich dunkelbraunrothe Blutgerinnsel, welche dasselbe ganz ausfüllen.

Milz bis etwa auf das dreifache vergrössert, derb. Der vordere Rand mehrfach eingekerbt. Auf der äusseren Oberfläche verläuft im oberen Theile derselben eine $^1/_2$ *cm* tiefe Furche, sonst ist sie, wie auch die übrige Oberfläche glatt, glänzend von dunkelblau violetter Färbung. Das Parenchym von gleichartiger Beschaffenheit und derselben Farbe. Die Pulpa leicht abstreifbar. Etwa $^1/_2$ *cm* über der vorhin beschriebenen Furche befindet sich eine knapp unter der Milzkapsel gelegene mit einer blassbläulichen, mässig dicken, glatten, bindegewebigen Wand versehene Cyste, welche mit klarem Serum gefüllt ist.

Leberoberfläche glatt und glänzend, hellockergelb gefärbt, an einigen Partien durch zahlreiche blass- bis dunkelbraune Stellen wie marmorirt. Der vordere Leberrand mässig scharf, der hintere der Norm entsprechend abgerundet. Das Volumen der Leber bedeutend vergrössert, auf dem Durchschnitt von hellockergelber Farbe und stellenweise von dunklem lehmartigen Aussehen. Die Zweige der Lebervenen mit dunklem Blute gefüllt. Die Konsistenz markig, brüchig.

Die Gallenblase schwach mit dunkelbrauner, dickflüssiger, zäher Galle gefüllt. Die grossen Gallenwege frei.

Magen mässig dilatirt, enthält 20—30 *gr* eines dunkelbraunen, schwarzen, theerartigen, den Magenwandungen besonders im Fundus fest anhaftenden Contentums. Magenschleimhaut mässig injicirt, sonst von normaler Beschaffenheit. Keine Ecchymosen, keine Erosionen. Der soeben beschriebene Mageninhalt erstreckt sich blos bis zum Ende des Duodenums, um dann gradatim einem theils gelblich, theils gelbgrünlich gefärbten, breiigen Inhalte Platz zu machen. Die Peyerischen Plaques im Ileum unbedeutend geschwollen und leicht rosenroth injicirt, desgleichen die Mesenterialdrüsen mässig vergrössert und auch wenig rosenroth injicirt.

Niere mässig vergrössert, die Kapsel leicht abstreifbar, Nierenoberfläche glatt mit zahlreichen feinen Ecchymosen. Die Corticalis röthlich violett, ebenso die Pyramiden, so dass deren Grenze nur schwer zu erkennen ist. Die Spitzen der Pyramiden, die Papillen sind deutlich dunkelröthlichbraun gefärbt und zeigen auf den Durchschnitt zarte, dunkelbraunrothe, gegen die Pyramidenspitze ausstrahlende Streifen.

Harnblase wenig gefüllt, enthält einen röthlich-gelbbraunen Urin, Blasenschleimhaut blass, deutlich ikterisch gefärbt.

Eine genaue histologische und bakteriologische Untersuchung hat über mein Ansuchen der Herr Sanitätsrath und Regimentsarzt Dr. Kamen gemacht, die gewonnenen Resultate werden in Ziegler's Beiträgen publizirt und befinden sich bereits unter Druck.

(Fortsetzung folgt.)

Peri- und Paratyphlitis.

Klinischer Vortrag.

Von

Hofrath Professor Nothnagel.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Wir haben jetzt die Frage zu beantworten, was wir in solchen Fällen machen, wie die Therapie ist.

Sie begreifen, meine Herren, dass wir prophylaktisch nichts thun können. Sie können sagen: «Ich werde für den Stuhlgang sorgen und auf diese Weise das Entstehen der Krankheit verhüten»; aber ich habe schon bemerkt, dass selbst bei regelmässiger täglicher Stuhlentleerung eingedickte Kothmassen im Processus vermiformis sich entwickeln und die Krankheit veranlassen können. Die radikalste Prophylaxe würde darin bestehen, dass wir jedem Menschen den Wurmfortsatz herausschnitten; aber so weit sind wir eben noch nicht, und so müssen wir die Sache gehen lassen und können prophylaktisch gar nichts machen.

Wenn sich der Prozess einmal entwickelt hat, was machen wir dann?

Nehmen wir an, wir haben einen Fall in dieser Periode, wie der Kranke, den ich Ihnen eben vorstellte, in der Periode des lebhaften Schmerzes, des Fiebers und der beginnenden oder schon entwickelten Exsudation

Das Erste ist für diese Fälle selbstverständlich Bettruhe; und nun empfehle ich Ihnen für diese Fälle auf das Eindringlichste die Antiphlogose.

Es ist Ihnen ja bekannt, dass gegenwärtig und heute noch — und das ist ja, wenn Sie wollen, in der Constitution des Zeitalters begründet — eine sehr energische Strömung, gegen die Blutentziehung besteht. Es ist die bekannte gewöhnliche Reaktion gegen die frühere Action, und je intensiver die

*) Siehe «Intern. Klinische Rundschau» Nr. 19, 20, u. 22, 1893.

Activität in der früheren Periode war, um so grösser ist jetzt die Inactivität in unserer Periode.

Es hiesse aber das Kind mit dem Bade ausschütten, wenn man nicht in diesen Fällen, wie überall in der Medizin, individualisiren würde. Es gibt Fälle, wo wir den Aderlass nicht nur machen dürfen, sondern sogar machen müssen, weil wir damit das Leben des Patienten retten können; so gibt es Fälle, in welchen lokale Blutentziehung, sei es durch Blutegel oder durch blutige Schröpfköpfe, von grösstem Vortheile ist, und zu diesen Gelegenheiten gehört gerade die Peri- und Paratyphlitis. Wenn die Kranken nicht schon eine verschleppte Perityphlitis haben, sondern der Zustand noch frisch ist, der Kranke fiebert, so setzen Sie immer Blutegel. Wenn der Mensch kräftig ist, können Sie ganz ruhig 6—8 Blutegeln setzen, bei weniger kräftigen Individuen setzen Sie 3—4. Sie können fast ausnahmslos darnach vor allen Dingen eine Abnahme der Schmerzen konstatiren, dies pflegt das Erste zu sein, gelegentlich auch ein Sinken des Fiebers. Je nach dem Bedarf können Sie diese lokale Blutentziehung wiederholen, Sie werden, wenn Sie dieselbe mit Umsicht später einmal in ihrer Praxis anwenden, mit ihrem Erfolge zufrieden sein. Der Prozess heilt ja natürlich auch ohne Blutegel, aber nicht so rasch, und es geht viel besser und schneller, wenn Sie ein paar Blutegel anlegen.

Ausser den Blutegeln kommt als Antiphlogisticum die Applikation von Eisbeuteln in Anwendung.

Unser Kranker hier verträgt den Eisbeutel ganz gut, in anderen Fällen sind die Patienten sehr empfindlich, dann legt man den LEITER'schen Kühlapparat mit den Gummischläuchen auf, die nicht drücken; oder, wenn das nicht geht, müssen Sie den Eisbeutel auf einer Reifenbahre aufhängen, so dass er das Abdomen nicht drückt.

Eine sehr wichtige Frage bildet hier die interne Medikation.

Ich brauche nicht zu sagen, das wissen Sie ja, dass wir interne Mittel, um auf diesen Zustand einzuwirken, nicht besitzen. Sie werden auch hier nicht Jodkalium u. s. w. aufschreiben wollen; gegen das Fieber werden Sie noch weniger etwas aufschreiben; das wäre einfache Gedankenlosigkeit und ohne jeden Sinn, wenn Sie bei einem Kranken mit 38·5 Temperatur Antipyrin etwa geben wollten; das Antipyreticum ist hier die Antiphlogose.

Dagegen ist eine sehr wichtige Frage, wie wir uns der Darmthätigkeit gegenüber verhalten sollen.

Manche Aerzte haben die Ansicht, man müsse gegen die Kothstauung vorgehen und um den Verlauf der Perityphlitis günstig zu beeinflussen, die angenommene Kothstauung beseitigen. Wenn Sie sich das klar machen, und deshalb habe ich mich bemüht, Ihnen das klar zu machen, wie die Paratyphlitis entsteht, so werden Sie begreifen, dass derlei Abführmittel oder Klystiere auch nicht den mindesten Einfluss auf den Verlauf derselben haben. Ob Sie den Koth aus dem Coecum herausbringen ist ja vollständig gleichgiltig, da die Masse, wie Sie gehört haben, im Processus vermiformis selbst sitzt. Selbst wenn eine Kothstauung entstanden ist, hat es auf den Verlauf der Perityphlitis keinen Einfluss, ob Sie den Koth entfernen; im Gegentheil, Sie können durch ein Abführmittel die entzündlichen Erscheinungen steigern und Ereignisse herbeiführen, die Ihnen höchst unwillkommen sind, nämlich eine diffuse Peritonitis. Sie steigern durch Abführmittel die Peristaltik. Worauf kommt es uns aber hier an? Wir haben hier eine Peritonitis, welche fast ausnahmslos durch Perforation hervorgerufen wird und nur die Adhäsionen verhindern es, dass die Perforation den Anlass zu einer diffusen Peritonitis gibt; Sie müssen also diese Adhäsionen aufs Aeusserste schonen. Wenn Sie aber Abführmittel geben, bemühen Sie sich, diese Adhäsionen brutal zu zerreissen. Glücklicher Weise ist die Natur meist stärker als der Doktor, es halten die Adhäsionen meist dennoch; aber es ist ein entschiedener Kunstfehler, in solchen Fällen ein Abführmittel zu geben.

Denken Sie an den Satz den ich Ihnen einmal aussprach: wenn ein Mensch von akuten Schmerzen kolikartigen oder entzündlichen Charakters im Darme befallen wird, die plötzlich und heftig auftreten, so thun Sie unter allen Umständen immer gut, zuerst ein Opiat, respektive Morphium zu geben. Ob es eine eingeklemmte Hernie oder irgend eine innere Einklemmung oder Peritonitis oder sonst eine Form von Schmerzen sei, Sie werden durch einmalige Darreichung eines Opiates keinen Schaden anrichten, der Kranke wird vorübergehend für einige Stunden von seinem Schmerze befreit, und Sie sind in die Möglichkeit versetzt, den Fall genauer und sorgfältiger untersuchen und sich darüber erst ein Urtheil bilden zu können. Wenn Sie in der Nacht zu einem Kranken gerufen werden, der in heftigen Schmerzen liegt, sind Sie in einer Situaton, die ein rasches Handeln erfordert, und Sie sind nicht in der Lage, sich rasch eine Diagnose zu machen. Sie dürfen dann kein Abführmittel geben, sondern geben Sie ein Opiat; nachher werden Sie ja bestimmen können, ob Sie die Morphiuminjektion wiederholen sollen oder nicht, aber die einmalige Morphiuminjektion wird dem Kranken keinen Nachtheil bringen, selbst in dem einzigen Fall, wo eine Gegenindikation besteht. Es gibt nämlich nur einen Fall, wo Sie Abführmittel geben sollen, das ist die Kothkolik, eine Kolik, welche durch eine von angesammelten Fäcalmassen bedingte Enterostenose veranlasst wird. Da liegt natürlich die Heilung in der raschen Erfüllung der Indicatio causalis, der Entfernung der Kothmassen. Aber selbst in diesem Falle würden Sie durch die einmalige Injektion von Morphium keinen Schaden anrichten; Sie würden ja allerdings den Koth noch darin behalten, aber Sie erlösen den Kranken für ein paar Stunden von seinen Schmerzen, worauf es dem Kranken selbst ja zuerst ankommt, und Sie gewinnen Zeit, um die Diagnose näher zu erwägen. Nur wenn Sie als Hausarzt des Kranken wissen, dass derselbe schon oft Kothkoliken gehabt hat, und Sie finden ihn wieder in dem Ihnen schon bekanten Anfall, dann werden Sie sich entschliessen können, ein Abführmittel zu reichen.

Hier, bei der Perityphlitis ist die Darreichung eines Abführmittels ein entschiedener Fehler, und selbst wenn Sie Kothmassen im Darme fühlen, rathe ich Ihnen, immer erst ein Opiat zu geben.

Die Therapie besteht also immer in Bettruhe, entsprechender Diät natürlich, Blutegel, Eisbeutel, Opium.

Das ist die ganz klar und präzis vorgezeichnete Therapie.

Unter der Anwendung und Fortsetzung dieser Therapie lassen nun die heftigen Erscheinungen nach, das Fieber verschwindet, die Schmerzhaftigkeit nimmt ab.

Dann, wenn die Schmerzhaftigkeit mindestens sehr zurückgegangen ist, nach 5—6 Tagen etwa, können Sie für eine Stuhlentleerung sorgen; aber ich rathe Ihnen, in diesen Fällen nicht ein Abführmittel zu geben, um nicht die Peristaltik des Dünndarmes von oben her anzuregen, sondern Sie geben besser ein Klystier, entweder mit einfachem Wasser, oder Kamillenthee, Seifenwasser, Essigwasser, oder was Sie wollen.

Wenn die Schmerzen nachgelassen haben, hören wir mit der energischen Kälteapplikation auf und ersetzen dieselbe durch sogenannte Priessnitz-Umschläge, die wir kalt auflegen und warm werden lassen, also mehrere Stunden liegen lassen. Wenn dann das Fieber vollständig verschwunden ist und wir den stationären, torpiden Zustand vor uns haben, ein Exsudat, das nicht mehr weiter wächst, dann empfiehlt es sich für die weitere Behandlung, warme Umschläge zu appliciren. Sie nehmen dazu Species pro cataplasmate oder Leinsamenmehl oder etwas Anderes. In dieser Periode sorgen Sie durch Abführmittel jeden zweiten, dritten Tag für eine Stuhlentleerung und fahren so fort. Eine innerliche Medikation ist auch jetzt nicht durch den Zustand indicirt.

Wir sehen nun unter fortgesetzter Anwendung dieser Kataplasmen, dass das Exsudat entweder ganz oder bis auf einen minimalen Rest schrumpft.

Zuweilen bleibt aber eine ziemlich derbe und grosse Induration bestehen. In einem solchen Fall können Sie weiter Mehreres machen.

Wenn wir im Winter sind und Sie können den Kranken nicht fortschicken, können Sie, um auch psychisch — ein Moment, das sehr wesentlich berücksichtigt werden muss — auf den Kranken einzuwirken, die Kataplasmen mit 2—3 % Salzwasserumschläge verwechseln lassen, oder mit Moorumschlägen oder Moorsalzumschlägen. Sie können in dieser vorgerückten Periode, wo das Infiltrat torpide und wenig empfindlich ist, auch mit Jodtinktur und mit Tinctura gallarum einreiben; ferner mit Sapo kalinus viridis, der gewöhnlichen Schmierseife, die einen sehr schönen Hautreiz macht; um den widerwärtigen Geruch dieser Seife zu verdecken, setzen Sie einige Tropfen von Oleum Lavandulae hinzu, und lassen das zweimal täglich einreiben, bis die Haut sich röthet. In diesen Fällen empfiehlt sich auch Massage machen zu lassen. Aber ich bitte, nicht den ersten besten Masseur darübergehen zu lassen, sondern das müssen Sie selber thun oder ein anderer Arzt, der das geschickt machen kann. Durch die Massage kann sehr böses Unheil hervorgerufen werden, ich habe ein paar Mal erlebt, dass ein frisches Aufblühen der Entzündungserscheinungen dadurch hervorgerufen wurde, desshalb müssen Sie mit der Massage ebenfalls vorsichtig sein; bei ganz torpiden Fällen ist sie etwas sehr zweckmässiges.

Im Sommer, wenn Sie den Kranken in ein Bad wegschicken können, was wegen des Allgemeinbefindens zweckmässig sein wird, empfiehlt es sich, ihn in Soolbäder zu schicken. Wir haben ja Soolbäder in enormer Menge, in Ischl, Aussee, Gmunden, überall können Sie Soolbäder nehmen lassen. Ferner können Sie den Kranken in Jodsoolbäder schicken, nach Hall in Oberösterreich, nach Krankenheil, Kreuzen u. A. Schliesslich lässt sich auch nichts gegen Baden sagen, Sie lassen da einige Schwefelbäder nehmen, Umschläge mit Schwefelschlamm, Schwefelmoor machen. Dann können Sie unter Umständen auch Schlammbäder verordnen. Besonders aber empfehlen sich die Moorbäder; die lassen Sie entweder in Franzensbad nehmen, wo ausgezeichnete Moorbäder sind, oder in Marienbad, Königswart, Karlsbad. Die Verbindung mit einer Trinkkur in Karlsbad, Franzensbad, Marienbad — natürlich mit einer kalten Quelle — hat nur dann einen Sinn, wenn irgend eine Komplication von Seiten des Verdauungsapparates besteht; die Perityphlitis als solche erfordert dies nicht.

Wenn nun, meine Herren, eine Abscedirung erscheint, müssen wir selbstverständlich dagegen einschreiten und, wenn wir wissen, dass Eiter da ist, der alten Regel folgen: «Ubi pus, evacua».

Je nach der Oertlichkeit werden Sie den Abfluss des Eiters dirigiren.

Ich komme damit auf eine Frage, die in den letzten Jahren ungemein viel diskutirt worden ist, der Frage der operativen Behandlung der Perityphlitis.

Unsere amerikanischen Kollegen, wenigstens einige von ihnen, sind seit einigen Jahren auf die Idee verfallen, dass man jede Perityphlitis operativ behandeln müsse. Sowie die Diagnose Perityphlitis gestellt sei, solle man gleich einschneiden.

Ich muss sagen, dass ich mich zu dieser Therapie absolut nicht bekennen kann und werde, und zwar auf Grund der Erfahrungen, die ich hier gemacht habe. Wenn Sie die Perityphlitis so behandeln, wie ich gesagt habe, so haben Sie in der Mehrzal der Fälle einen günstigen Ausgang. Die frühzeitige operative Behandlung der Perityphlitis hat gar keinen Sinn. Die spezifisch operative Behandlung — abgesehen natürlich von der Eröffnung des Abscesses — ist meines Erachtens nur unter zwei Bedingungen indicirt. Einmal nämlich, wenn es sich um häufig recidivirende Perityphlitis handelt, da kann es sich empfehlen, einen Schnitt zu machen und, was da liegt, zu entfernen, insbesondere den Wurmfortsatz auszuschneiden, wie neuerdings öfter die Gallenblase exstirpirt wird, wenn sie voll Concremente ist, die nicht heraus können; aus dem nämlichen Gesichtspunkte kann man den Wurmfortsatz herausschneiden, um die Quelle für das beständige Recidiviren zu verstopfen. Aber diese Operation werden Sie nicht in der ersten Periode, sondern viel zweckmässiger erst dann vornehmen, wenn ein, zwei Recidiven abgelaufen sind, wenn der Prozess chronisch ist. Sie müssen den Kranken auf die Bedeutung und eventuelle Gefahr der Operation aufmerksam machen, und wenn er sich dazu entschliesst, können Sie die Operation machen.

Ein zweiter Fall, wo die Operation indicirt wäre, wäre die Kolik des Wurmfortsatzes, und in diesem Fall würden wir ja auch den Prozess mit Entfernung des Wurmfortsatzes zum Verschwinden bringen.

Aber eine ohne Wahl ausgeführte Operation im Beginne jeder Perityphlitis hat gar keinen Sinn, und wenn einzelne Chirurgen dieselbe befürworten, können wir ja mit Ziffern kommen und entgegenhalten, dass die Mehrzahl der Kranken mit Perityphlitis auch ohne einen operativen Eingriff gesund wird. —

Bis zu welchem Grade kann man die Epilepsie durch frühzeitiges Erkennen und durch frühzeitige Behandlung hintanhalten?

Von

Dr. Graeme M. Hammond.

(Fortsetzung.*)

Die Präventivbehandlung der epileptischen Anfälle ist fast ebenso wichtig wie die Behandlung der epileptischen Krämpfe selbst, nachdem sie bereits zum Vorschein gekommen sind. In der Mehrzahl der Fälle sind die Konvulsionen das Resultat starker Reflexreizung, die sich an einem Centralnervensystem geltend macht, das durch hereditäre Einflüsse besonders empfänglich gemacht worden ist. In einer kleineren Zahl von Fällen jedoch sind hereditäre Krankheiten die direkten Ursachen der Epilepsie. Solche Affektionen, wie hereditäre Syphilis, Skrophulose, Rhachitis bewirken in den meisten Fällen einen Zustand mangelhafter Ernährung und Entwicklung des Centralnervensystems, das, an und für sich, häufig dazu genügt, um epileptische Anfälle, ohne das Hinzukommen irgend eines peripheren Reizes auszulösen.

Ob es möglich sei oder nicht, diese Krankheiten ganz und gar zu eliminiren, darüber kann ich mich nicht mit Sicherheit aussprechen, aber ich bin davon überzeugt, dass, wenn man sie früh und energisch behandelt, man dieselben derart modificirt, dass der verderbliche Einfluss, den sie auf das Nervensystem ausüben, bis zu einem solchen Grade verringert werden kann, dass die Wahrscheinlichkeit der epileptischen Anfälle auf ein Minimum reduzirt wird.

Die Konvulsionen in Folge der Zahnung oder in Folge von Indigestion oder anderer Reizungen des Magen-Darm-Apparates werden oft von dem Arzte und von den Eltern zu leicht genommen, besonders wenn das Kind nur einen oder zwei Anfälle gehabt hatte, und wenn dieselben milden Charakters waren. Nichts kann aber verfehlter sein, als eine solche Auffassung.

Ein epileptiformer Anfall — gleichgiltig wie gering er sein mag — muss immer als eine ernste Sache betrachtet werden, nicht so sehr wegen irgend welcher drohenden unmittelbaren Schädigung, sondern weil ein solcher Anfall gewöhnlich das Vorhandensein einer stark ausgebildeten neuropathischen Disposition anzeigt und mit grosser Wahrscheinlichkeit darauf hinweist, dass das Kind auch weitere Anfälle darbieten wird, wofern man nicht die Mittel ergreift, um sie zu verhindern. Ein Anfall bedingt offenbar Veränderungen in den Gehirncentren, welche das Auftreten neuer Anfälle begünstigen und erleichtern. Es kann wohl geschehen, dass der zweite Anfall nicht unmittelbar auf den ersten folgt, im Gegentheil, es kann sogar der Fall eintreten, dass er mehrere Wochen oder Monate lang nicht erscheint, und dass die Eltern sogar über das ausgezeichnete Aussehen des Kindes höchst erfreut sind,

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 25, 1893.

und dass sich der Anfall schliesslich doch einstellt und nach ihm andere Anfälle, bis sich der epileptische Zustand ganz ausgebildet hat. Wenn ein epileptischer Anfall irgend welcher Art zum Vorschein kommt, so soll man sofort die entsprechende Behandlung einleiten.

Die Konvulsionen in Folge der Zahnung, von Helminthen im Darmkanal und in Folge von Indigestion werden häufig und sogar vom Arzt als Dinge, denen keine besondere Bedeutung zukommt, betrachtet.

Die behandelten Aerzte versichern in solchen Fällen die Eltern der Kinder, dass es von geringer Bedeutung sei, und behandeln die Fälle, indem sie Incisionen in das Zahnfleisch machen, oder indem sie ein wurmwidriges Mittel verschreiben, oder die Diät regeln, je nach der Beschaffenheit des Falles, und wenn sich die Konvulsionen nicht mehr wiederholen, so glauben sie Alles gethan zu haben, was nothwendig war. Ich komme durchaus nicht selten in die Lage, sowohl in der Privat-, als auch in der Spitalspraxis, feststellen zu können, dass Kinder beiderlei Geschlechts, oder sogar Erwachsene, welche an Epilepsie leiden, in ihrer Kindheit Konvulsionen durchgemacht hatten, wegen derer ihnen gar keine Behandlung zu Theil wurde. Ich bin überzeugt, dass solche Kinder, wenn sie vom Anbeginn gehörig behandelt worden wären, sich sicher zu gesunden Männern und Frauen entwickelt haben würden. Zunächst muss bemerkt werden, dass es allgemein anerkannt sei, dass solche Reizungen des Nervensystems, wie es die sind, von denen ich jetzt gesprochen habe, an und für sich nicht genügen, um Epilepsie hervorzurufen.

Es muss eine stark ausgesprochene neuropathische Prädisposition vorhanden sein. — Hat man diesen Zustand erkannt, so darf sich die Behandlung nicht lediglich darauf beschränken, einfach die Ursache, welche den Anfall bedingt hat, zu entfernen. Ein solcher Anfall muss für den Arzt ein Zeichen dafür sein, dass eine solche neuropathische Anlage vorhanden sei, und dass sie im späteren Leben zur Geltung kommen könne, wenn man sie nicht durch geeignete Behandlung radikal entfernt. Die Behandlung kann sich somit nicht immer auf den Gebrauch von Medikamenten beschränken.

So wichtig die medizinale Behandlung ist, so wichtig, wenn nicht wichtiger, ist die radikale Entfernung der neuropathischen Anlage. Es besteht in der Jetztzeit eine grosse Neigung, den Geist des Kindes zu pflegen, seine physische Erziehung in hohem Grade zu vernachlässigen. Was die Eignung dieser Methode in Bezug auf gesunde Kinder betrifft, so mögen die Ansichten darüber verschieden sein, aber in dem Falle eines Kindes, das an irgend einer Form der Epilepsie gelitten hat, besonders wenn eine Tendenz zur Wiederholung solcher Anfälle besteht, sollte man dem Zweifel keinen Raum lassen. Nirgends sind die Worte: «mens sana in corpore sano» mehr anwendbar als in solchen Fällen. Die sorgfältige und systematische Pflege des Körpers durch geeignete Uebungen, Jahr für Jahr durchgeführt; die ebenso sorgfältige und vorsichtige Pflege des Geistes; das Vermeiden, besonders in den ersten Jahren, schwerer oder anhaltender geistigen Beschäftigung — sei es in der Schule, sei es zu Hause, — die erforderliche Stundenzahl von Schlaf, die vernünftige Regulirung der Diät, das Alles sind Faktoren, die, energisch angewandt und jahrelang durchgeführt, nicht verfehlen können, eine prächtige Constitution und ein gesundes Nervensystem nach sich zu ziehen, deren Besitz zweifellos den Einfluss hereditärer Veranlagung mindert. Was thut es, wenn das Kind keine gediegenen Sprachenkenntnisse und keine Kenntnisse in der Mathematik erlangt, so lange seine physische Kraft und so lange sein Nervensystem sich nicht in dem bestmöglichen Zustande befinden, um Krankheiten zu widerstehen, besonders einer solchen Krankheit, wie es die Epilepsie ist. Lasset die geistige Erziehung später kommen, wenn bereits eine solide physische Grundlage geschaffen wurde. Es ist für ein Kind besser, sich eines starken und widerstandfähigen Organismus zu erfreuen und frei von Epilepsie zu sein, selbst wenn es nur eine mässige geistige Erziehung bekommt, als dass es Gefahr laufen soll, dass sich in ihm Epilepsie entwickelt, und eine Epilepsie, die auch zur permanenten werden kann, — einfach, um einen höheren Grad intellektueller Fertigkeiten zu erlangen.

(Schluss folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 16. Juni 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Prof. Kaposi: *Ein Fall von Fibroma molluscum capitis.*

Der vorgestellte Fall, welcher einen älteren Mann betrifft, erscheint interessant einerseits durch die Anordnung der Knollen, von denen einige Citronengrösse erreichen und in einer Höhe von 20 *cm* das Haupt überwuchern, andererseits dadurch, weil dieselben Neigung zur Umwandlung in ein malignes Gebilde zeigen.

* * *

Dr. Gleich: *Ein Fall von angeborenem Hochstand der Scapula.*

Ein 7jähriger Knabe zeigt einen angeborenen Hochstand der rechten Scapula, welche an ihrem oberen Ende eine Exostose trägt, welche dem Knaben beim Erheben des Armes sehr behinderlich ist. In einem ähnlichen Falle hat König die Ablösung der Schulter vorgenommen und es wäre zu erwägen, ob auch in dem vorliegenden Falle eine Operation vorgenommen werden soll oder nicht.

* * *

Dozent v. Eiselsberg: *Vier Fälle von gedeckten Schädeldefekten.*

1. Der erste Fall betrifft einen 36jährigen Mann, welcher in die linke Schläfe geschossen wurde, worauf sich rechtsseitige Lähmung, Aphasie und Agraphie einstellten, die mit der Zeit schwanden, aber eine Fistel an Stelle des Einschusses zurückliessen, aus deren Tiefe vier kleine Sequester extrahirt wurden, welche in der Gegend der dritten linken Stirnwindung lagen. Der circa vier Kreuzer grosse Defekt wurde mittels Müller-König'scher Plastik gedeckt. Heilung.

2. Ein 16jähriger Bursche erkrankte an einem Panaritium des Ringfingers, worauf sich heftige linksseitige Kopfschmerzen, Ptosis und Oedem des oberen linken Augenlides und leichter Exophthalmus einstellten. Da an ein Empyem des Sinus frontalis gedacht wurde, wurde dieser eröffnet, zeigte aber keine Abnormität. 8 Tage nach der Operation hohes Fieber, Erbrechen, Koma, Hyperalgesie und Erhöhung der Reflexe. Es wurde nun die Trepanation in der Stirngegend vorgenommen, und zwar wurde nach Wagner ein Lappen umschnitten. Bei der Punktion entleerte sich sehr viel Eiter, der sowie das Panaritium sehr viel Kokken von Staphylococcus pyogenes aureus enthielt, so dass an eine Metastasirung des Panaritium mit Abscessbildung im Gehirn gedacht werden musste. Die temporäre Abklappung des Schädels nach Wagner bietet den Vortheil, dass man durch dieselbe grosse Flächen zur Ansicht bekommt und die Deckung leichter vor sich geht.

3. Der dritte Fall betrifft einen Defekt nach Entfernung eines tuberkulösen Sequesters bei einem 16jährigen Burschen, welcher plötzlich eine Geschwulst über dem rechten Scheitelbein bemerkte, die incidirt wurde und eine Eiter secernirende Fistel zurückliess. Die Deckung geschah mittels König'scher Plastik. Man kann dieselben auch mittels Celluloidplättchen vornehmen. Bei einem Falle wurde die Celluloidplatte vor 3 Jahren eingelegt und heilte vollkommen ein. In vielen Fällen wird die Platte nicht vertragen und muss daher entfernt werden.

4. In einem Falle wurde ebenfalls die König'sche Plastik zur Deckung eines Defektes vorgenommen, welcher in Folge Trepanation bei Epilepsie entstanden war. Letztere stellte sich aber 40 Tage nach der Operation mit erneuerter Heftigkeit ein. Man darf daher in dieser Richtung nicht zu sanguinisch sein und in Fällen von allgemeiner Epilepsie, wo keine Lokalisation möglich ist, nicht gleich mit der Trepanation bei der Hand sein.

Prof. WEINLECHNER bemerkt, dass man bei Tuberkulose der Kopfknochen selten dazu kommt, den Defekt noch decken zu können. Bei einem Knaben, den Vortragender operirte, fand sich ein hühnereigrosser Tuberkelknoten im Gehirn, welcher ausgelöst wurde. Die Wundhöhle verkleinerte sich zwar, aber der Patient ging an Phthise zu Grunde.

* * *

Dr. Kretz: *Zottenkrebs der Tuben.*

Eine 47jährige Frau, welche vor 25 Jahren normal entbunden hatte, bekam im vorigen Jahre eine Geschwulst im Abdomen Dieselbe war ziemlich derb. wenig beweglich und wurde bei der Operation, welche glatt verlief, entfernt. Das nun vorliegende Präparat zeigt eine stark erweiterte und geschlängelte Tube, deren Inhalt schleimig war. Das Lumen derselben mit langen Zöttchen besetzt, das abdominale Ende vollkommen geschlossen. In der rechten Tube eine kirschgrosse Cyste. Die mikroskopische Untersuchung zeigt, dass die Zotten aus einem feinen Bindegewebsstroma bestehen, welches mit Cylinderepithel ausgekleidet ist, das 1—3schichtig ist. Neben diesen Zotten kleine Verdickungen und Faltungen des Epithels. In der Muskelsubstanz feine spaltförmige Hohlräume, die mit dem Tubenlumen nicht zusammenhängen und mit Cylinderepithel ausgekleidet sind. Die Neubildung ist als primärer doppelseitiger Zottenkrebs der Tube zu bezeichnen und die Hohlräume als regionäre Metastasen. Auffallend ist die Aehnlichkeit des Präparates mit dem papillären doppelseitigen Ovarialkrebs, was für den gemeinschaftlichen Ursprung des Epithels beider Organe spricht.

* * *

Dr. Ewald: *Zwei Fälle von Kropfmetastase.*

1. Bei einer Frau, welche eine Struma hatte, bildete sich an der rechten Schulter ein sehr harter Tumor, welcher eine mit einer klaren Flüssigkeit erfüllte Höhle hatte, deren Wand $1^1/_2$ *cm* dick war. Die histologische Untersuchung derselben ergab das Bild eines Carcinoms der Schilddrüse mit typischen Follikeln, weshalb der Tumor als Kropfmetastase gedeutet werden muss. Entfernung des Angulus scapulae.

2. Ein 26jähriges Mädchen bemerkte in ihrem 13. Lebensjahre einen wallnussgrossen Tumor am linken Jochbogen, während der Hals immer stärker wurde. Der Tumor besitzt Hühnereigrösse und eine deutliche Knochenschale, im Centrum zahlreiche Spicula. Die histologische Untersuchung zeigt eine Aehnlichkeit mit der foetalen Schilddrüse und grosse Zellen.

* * *

Dr. Sternberg: *Ein Fall von geheilter organischer Gehirnerkrankung.*

Vortragender stellt ein junges Mädchen vor, bei dem sich die ersten Symptome der Erkrankung in der Weise zeigten, dass es viel an Kopfschmerzen litt und in der Schule unaufmerksam und nachlässig wurde; Zuckungen in beiden oberen Extremitäten. Schwäche der Beine, unsicherer Gang, Neigung rückwärts zu fallen. Nach und nach wurden beide Augen bei erhaltener Pupillenreaktion amaurotisch; linksseitige Facialisparese, Bulbi konnten nicht über die Mittellinie nach links bewegt werden, Anfälle von JACKSON'scher Epilepsie. Nach und nach schwanden die cerebralen Symptome, jetzt fehlt nur das Geruchsvermögen und besteht vollständige Amaurose bei erhaltener Pupillenreaktion, Muskelsinn und Kraftsinn sind erhalten. Votragender empfiehlt letzteren in der Weise zu prüfen, dass man den Patienten anweist, gleiche, mit verschiedenen Mengen Wassers gefüllte Gläser auf ihr Gewicht zu prüfen. Es handelte sich hier um eine chronische progressive Hirnläsion, wahrscheinlich um einen Tuberkelknoten im Gehirn, so dass die Prognose letal gestellt wurde. Letzterer ist wahrscheinlich verkreidet. Die Lokalisation der Erscheinungen spricht für eine Betheiligung des Pons. Was die bestehende Amaurose mit erhaltener Lichtreaktion anlangt, so kann dieselbe erklärt werden, wenn man die optische Bahn in zwei Theile theilt, und zwar einen Theil, der von der Retina bis zum Höhlengrau, den anderen Theil, der vom Höhlengrau bis zum Hinterhauptslappen reicht. Nur eine Läsion des zweiten Theiles ist im Stande, eine solche Erscheinung hervorzurufen. Es ist hier eine Atrophia nervi optici vorhanden, doch muss angenommen werden, dass noch einige Fasern funktionsfähig geblieben sind. Die gesammten Symptome lassen sich am besten erklären, wenn man den Prozess in den Präcuneus verlegt.

* * *

Dr. Jahoda: *Ein Fall von Achillodynie.*

Hofr. ALBERT versteht unter Achillodynie eine Krankheit, bei der sich ohne Ursache eine Schmerzhaftigkeit der Achillessehne einstellt; er fand meist nur eine leichte Verbreiterung der Sehne an der Insertionsstelle des Calcaneus. Hie und da wurde auch Fluktuation des hier liegenden Schleimbeutels nachgewiesen, während ROSENTHAL das Auftreten von Neuromen für die Affektion verantwortlich machen will. Der vorgestellte Fall betrifft einen 44jährigen Bureaudiener, welcher erst vor einem Jahre die Schmerzen bemerkte und bei dem sich ausser der erwähnten Verbreiterung der Achillessehne objektiv nichts nachweisen lässt. Die Schmerzen werden heftiger, wenn man auf die Sehne einen Druck ausübt und bei Dorsalflexion. Die meisten Autoren betonen die Vergesellschaftung dieses Leidens mit Gonorrhoe, die aber hier nicht besteht. Die Prognose soll ungünstig sein, doch will Vortragender versuchen, ob mittels Massage nichts auszurichten ist.

Dr. WEISS erwähnt, dass sich derartige Schmerzen auch an anderen Sehnen des Fusses finden; so habe er einen Offizier gesehen, bei dem nach einem angestrengten Marsche alle Sehnen des Fusses schmerzhaft wurden, doch schwanden die Schmerzen nach einer Injektion von 2% Karbolsäurelösung.

* * *

Prof. Weinlechner: *Demonstration dreier chirurgischer Fälle.*

1. Bei einer Frau zeigten sich seit der Kindheit papilläre Wucherungen an den Zehen beider Füsse, woran sich später auch die Sohlenflächen betheiligten. Es bestanden so grosse Tumoren, dass der Fuss eine Länge von 30 *cm* erreichte und der Patientin das Gehen sehr erschwert wurde. Vortragender trug daher diese Wucherungen, theils gesondert, theils sammt den Zehen ab, wodurch sich der Zustand wesentlich besserte. Prof. KOLISKO hält diese Affektion für eine Art angeborenes Molluscum.

2. Der vorgestellte Patient hatte seit 10 Jahren an der linken Wange eine harte Geschwulst (warziges Epitheliom), welches durchbrach. Nach Herausschneidung des Tumors blieb ein Defekt in der Wange zurück, welcher erst nach mehrmaliger Operation gedeckt werden konnte. Vortragender glaubt, dass man bei so grossen Defekten mittels der GERSUNY'schen Methode besser und leichter zum Ziel komme.

3. Bei dem dritten Falle demonstrirt Vortragender eine seltene Art von Gehstörung, die einen jungen Schlosser betrifft, welcher dieselbe in einer Fabrik acquirirte, wo er bei seiner Beschäftigung stundenlang mit ausgespreizten Beinen stehen musste. Die Gehstörung besteht darin, dass beim Gehen die beiden Condyli femoris nach innen knicken, was Patient dadurch zu vermeiden sucht, dass er mit steifen Knieen geht. Dabei sind die Bänder nicht gelockert und besteht eine auffällige Rotationsfähigkeit im Kniegelenke.

* * *

Dr. Müller: *Ein Fall von Keratitis neuroparalytica.*

Der vorgestellte Patient leidet an einer isolirten Trigeminuslähmung. Die Lähmung betrifft nur den ersten Ast, lässt aber den zweiten und dritten Ast frei. Die Lokalisation dieses Prozesses, welcher der Lähmung zu Grunde liegt, lässt sich mit absoluter Sicherheit entweder in das Ganglion Gasseri oder in den zwischen Ganglion und Peripherie gelegenen Theil des Nerven verlegen, und zwar darum, weil sowohl der Niessreflex als der des Blinzelns fehlt. Andererseits besteht in den vom Trigeminus versorgten Muskeln Entartungsreaktion. Da man durch die Versuche GAULE's weiss, dass nur die Zerstörung des Ganglion Gasseri allein, nicht aber die der peripheren Theile der Nerven, eine Keratitis neuroparalytica, an deren Residuen der vorgestellte Patient leidet, erzeugen kann, so kann man den Prozess in das Ganglion Gasseri selbst verlegen.

Eine Keratitis neuroparalytica liegt sicher vor, da mit Ausnahme eines Randtheiles von 1 *mm* Breite, sich eine zum Theile sehr zarte, nur die Schichte unter dem Epithel okkupirende Narbe vorfindet.

Der zweite Patient ist nur ein Pendant zu dem ersten, um zu zeigen, wie zufällig Abscesse, die sich in der Hornhaut von an Trigeminuslähmung leidenden Patienten finden, eine Keratitis neuroparalytica vortäuschen können. *Dr. Em. Mandl.*

V. Versammlung der gynäkologischen Gesellschaft zu Breslau.

Theodor Landau (Berlin): *Zur Technik und Indikation der Totalexstirpation des Uterus bei Carcinom.* (Autoreferat.)

Bei der Ausrottung eines jeden, auch des kleinsten Carcinoms, ist nur die Möglichkeit, niemals die Sicherheit gegeben, dass der Kranke gesund bleibt; die räumliche Ausdehnung des Tumors bestimmt aber die Prognose noch nicht, sondern es kommen eine Reihe von Bedingungen in Betracht, welche für das Wachsthum, respektive Wiederwachsthum nach der Exstirpation ins Gewicht fallen. Gewisse Bedingungen für das Wuchern der Neubildung kennen wir, z. B. Gravidität, Alter der Kranken, Sitz der Geschwulst u. A., eine weitere Reihe von begünstigenden, respektive retardirenden Momenten ist uns unbekannt, und wir stehen darum jedem Krebse so gegenüber, dass wir mit zugestanden schwachen und unvollkommenen Mitteln den Versuch wagen, den Kranken zu retten, ein Versuch, der gelingen und der nicht gelingen kann, daraus folgt, dass wir die Indikationsstellung bei jeder Krebsoperation einzig und allein abhängig machen von technischen Bedingungen und darum ist die Frage der Heilbarkeit des Carcinoms auch nichts Anderes als eine Frage der Technik.

Die von PÉAN ersonnene und in Deutschland methodisch nur in unserer Klinik geübte und ausgebildete Behandlung des Uteruskrebses mittels liegender Klammern, deren Werth und verschiedene Modifikationen der Vortragende erst kürzlich in der Berliner Medizinischen Gesellschaft des Näheren auseinandergesetzt hat, gestattet nun, nicht allein solche Fälle per vaginam zu operiren, welche mittels der allgemein üblichen Nathmethode, also beweglichem und kleinem Uterus, ausrottbar sind, sondern auch noch solche, in denen man auf jede radicale Operation verzichtet hat, oder in denen man sonst die FREUND'sche Operation, oder die parasacrale Methode zu Hilfe nehmen muss, zugestandenermassen Operationen, die viel gefährlicher sind als die Hysterectomie vaginalis. Vor Allem ist die Unbeweglichkeit der Gebärmutter keineswegs eine Gegenanzeige, sei es, dass dieselben auf Parametritis, Adnextumoren, Myomen zurückzuführen ist, ja selbst carcinomatöse Infiltrationen in der Nähe des Uterus von nicht zu erheblicher Ausdehnung — welche den Gebärmutterkrebs kompliciren, sind mittels des PÉAN'schen Verfahrens nicht allein einer palliativen, sondern der gänzlichen Ausrottung zugänglich und damit, natürlich in seltenen Fällen, einer definitiven Heilung. Bei Infiltration der hinteren Scheidenwand kann man getrost den grösseren Theil derselben mitentfernen, die Anlöthung der vorderen Scheidenwand durch krebsige Infiltration an die Blase ist als Gegenanzeige gegen die Operation zu erklären, wenn man nicht, wie es in zwei Fällen von Leopold LANDAU geschehen ist, einmal übrigens mit Vorbedacht vor dem Eingriff geplant, das zweite Mal freilich gezwungen, die Blasenresektion und sofortige Blasennaht vornimmt.

In anderen, wenn nach der Exstirpation ein Recidiv eintrat, haben viele (natürlich nicht alle) operirten Kranken wenigstens Monate, manche ein, zwei Jahre eines oft vollkommenen Wohlbefindens sich erfreut. Das Allgemeinbefinden hob sich und die alten Kräfte kehrten wieder. Es ist ja schon theoretisch klar, dass die Frauen, wofern sie nur die Operation überstehen, nicht schlechter dann sind, wenn das Recidiv eintritt, als am Tage des Eingriffs, wie einige Autoren es angeben.

Wie sollte auch die Entfernung der jauchenden, blutenden und einem sicheren Zerfall anheimgegebenen Krebsmassen den Zustand der Kranken ungünstig beeinflussen? Gar nicht selten kann man nach der Totalexstirpation es dahin bringen, dass beim Rückfall an Stelle des äusseren, ulcerirenden Tumors ein von der Oberfläche abgeschlossener, submucöser, trockener Krebs auftritt, der unter der ganz glatten Operationsnarbe weiter wächst. Wir wissen ja aus der Symptomatologie aller bösartiger Geschwülste, dass erst mit dem Moment, in dem sie vereitern, oder in dem sie mechanisch durch direkten Druck lebenswichtige Funktionen in den Organen stören, die Krebskachexie eintritt. Die Erklärung für diese immerhin annehmbaren Erfolge sieht Vortragender darin, dass man beim Klammerverfahren noch weite Strecken des Gewebes durch Druckgangrän zur Mortifikation bringt, und dass weit zahlreichere Gefässe als mittels der Nath verödet werden. Erhöht werden die Chancen der Operation dadurch, dass man beim Klammerverfahren Blut spart und wegen der erheblich kürzeren Dauer des Eingriffs die Narkose abkürzt. Beiläufig bemerkt, ist die Anwendung des Aethers, wie sie in unserer Anstalt seit 2 Jahren geübt wird, dem Chloroform vorzuziehen.

Aus den eben dargelegten Erörterungen folgt, dass die Zahl der nach den anderen vaginalen Methoden inoperablen Fälle bei Pinces herabgemindert ist. Es ist zuzugeben, dass wir bei vielen Kranken, bei denen wir die Totalexstirpation des Uterus vornahmen, nicht auch eine Totalexstirpation des Krebses erreichen konnten, aber es ist nicht allein aus theoretischen Gründen, sondern nach den praktischen Erfolgen für uns Regel geworden, jeder einzelnen Frau, die noch irgendwie operable Verhältnisse darbietet, eine Aussicht auf Heilung zu geben und prinzipiell wird dabei der Versuch der Totalexstirpation unternommen. Zeigt sich dabei, dass die Ausrottung nicht möglich ist, so hat man mit dem Versuch schliesslich nichts Anderes gethan, als was in den Lehrbüchern im Wegkratzen, Aetzen und Brennen als symptomatisches Verfahren gegen jeden inoperablen Krebs empfohlen wird. In vereinzelten, scheinbar aussichtslosen Fällen, ist durch dieses Beginnen ein sonst verfallenes Leben gerettet worden, so dass die Totalexstirpation mittels Klammern der immerhin wirksamen Umkreisung maligner Geschwülste mit dem Glüheisen gleich zu stellen ist, wobei hier wie dort die Blutzufuhr zum Tumor beschränkt wird.

Der vorsichtige Versuch einer Radicalbehandlung in geeigneten Fällen ist um so eher zu wagen, weil die symptomatischen Verfahren nicht immer harmlos sind und manche Kranke im Anschluss an diese Paliativoperationen durch Sepsis und Periotonitis zu Grunde geht.

Vielleicht ist einer nahen Zeit vorbehalten, uns ein Mittel an die Hand zu geben, das intern gereicht, die Krebsentwicklung aufhält. Bis das gefunden, werden wir mit unseren chirurgischen Methoden zu retten suchen, was zu retten ist.

Société de Médecine legale zu Paris,

Sitzung vom 12. Juni 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Prof. Motet: *Hymen und Virginität vom forensischen Standpunkte Hymen und Nothzucht.*

Ein jüngst von einem Gerichtshofe in der Provinz gefälltes Urtheil berührt nach Ansicht des Vortragenden, eine interessante gerichtlich-medizinische Frage, die von der «Soc. de Médecine legale» in Erwägung gezogen zu werden verdient. Es handelt sich um Folgendes:

Eine Frau X., ein erstes Mal verheiratet, lebte 18 Monate lang mit ihrem Gatten. Letzerer starb. Kurze Zeit darauf verehelichte sich Frau X. von neuem. Schon nach 4 Monaten dieses zweiten Ehebündnisses trennten sich die Neuvermählten und Frau X. reichte gegen ihren Gatten die Ehescheidungsklage ein. Ihr Ansuchen war darauf begründet, dass ihr Mann sich beständig geweigert hatte, seinen ehelichen Pflichten nachzukommen, was im legalen Sinne eine schwere Beleidigung bedeutet. Ueberdies erklärte sich die Klägerin bereit, zu beweisen, dass sie Virgo sei.

Das Gericht in Compiégne, bei welchem die Sache anhängig war, gestattete gleich in erster Instanz die Einvernehmung von Sachverständigen, wie sie von Frau X. verlangt wurde.

Die Haupterwägungen dieses Urtheils waren folgende: «in Anbetracht dessen, dass Frau X. unter ihren Konklusionen angeführt hat, dass sie noch Jungfrau sei, dass sie sich erbötig zeigt, den Be-

weis ihrer Virginität zu liefern und erklärt, sich bereitwilligst einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen, behufs Feststellung der Thatsache; in Anbetracht, dass, wie unwahrscheinlich auch diese Behauptung sein möge (insbesondere mit Rücksicht darauf, dass die Klägerin bereits ein erstes Mal verheirathet war), die angeführte Thatsache zulässig ist in dem Sinne, dass der Nachweis der Virginität augenscheinlich die Enthaltung von Y. vom geschlechtlichen Akte feststellen wird.»

Dr. CHEVALIER aus Compiégne wurde mit der Expertise betraut. Nach den von ihm selbst gemachten Eröffnungen konstatirte er Folgendes:

Die Vulva war normal geformt: sie war nicht der Sitz einer besonderen Empfindlichkeit und die Untersuchung rief keine Reflexkontraktion der Vagina hervor. Hymen intakt. Diese Membran zeigte eine dicke zähe Beschaffenheit und war nicht nachgiebig. Sie wies im Centrum ein Orificium auf, welches kaum die Einführung des Nagelgliedes des kleinen Fingers gestattete. Augenscheinlich lag eine Defloration nicht vor. — Sie selbst sagte indess aus, dass ihr erster Gatte einige vierzig Mal in geschlechtlichen Verkehr zu ihr getreten sei, dass ihr zweiter Mann aber die Copulation nicht einmal versucht habe. Dieser dagegen behauptete, mit seiner Frau ja verkehrt zu haben. Seine Geschlechtsorgane waren übrigens gut beschaffen und funktionirten normal.

Nach Verlesung des Berichtes des Dr. CHEVALIER, welcher die von ihm konstatirten Thatsachen enthielt, wies das Gericht die Klägerin mit ihrer Beschwerde zurück und zwar vor Allem «in Anbetracht, dass der Gerichtshof in einer so delikaten und einen mysteriösen Charakter an sich tragenden Angelegenheit, wie es die vorliegende ist, so gross auch das Interesse sein mag, das die Situation der Frau X. vom ehelichen Standpunkte darbietet, in Ermangelung gewisser anderer Ueberzeugungsmomente, ein Ehescheidungsurtheil auf Grund einer einfachen Konstatirung rein physiologischen Charakters hin nicht auszusprechen vermöchte.»

Das sind die Thatsachen.

Nun kann ein Arzt jeden Tag aufgefordert werden, in einem ähnlichen Falle sein Gutachten abzugeben. Inwieweit liefert die Persistenz des Hymen einen Beweis für die Enthaltung von der Cohabitation? Der Vortragende glaubt demnach, dass es von Nutzen wäre, wenn sich die «Société de Méd. legale» mit dieser Frage eingehend beschäftigen und ihre Ansicht über diesen Gegenstand in präciser Form aussprechen würde.

Dr. VIBERT: Ich glaube, dass es wohl schwer sei, auf eine solche Frage eine bestimmte Antwort zu geben. In dem von MOTET mitgetheilten Falle muss die Entjungferung äusserst schwierig gewesen sein, und ich glaube nicht, dass die Persistenz der Membran den Schluss zulasse, eine selbst mit einiger Heftigkeit vollführte Cohabitation habe nicht stattgefunden.

Prof. DE BEAUVAIS: Zur Stütze dessen, wass mein Vorredner gesagt und ohne an jene ziemlich zahlreichen Fälle zu erinnern, bei welchen das Hymen bis zu dem Momente der Geburt vollständig erhalten blieb, will ich Ihnen folgende Thatsache mittheilen:

Ein junges Mädchen behauptete, ein Mann hätte an ihr ein Nothzuchts-Attentat verübt. Der Mann, der sie zu schänden versucht habe, wäre mit äusserster Heftigkeit vorgegangen. Sie zeigte dies beim Strafgerichte an, worauf sie ärztlich untersucht wurde. Man fand das Hymen intact und folgerte daraus, dass sie nicht genothzüchtigt worden sei. Acht Tage später erschien sie in meiner Ordination: Das Mädchen war gravid und sein unverletztes Hymen zeigte Merkmale, analog denjenigen die von Dr. CHEVALIER beschrieben wurden.

Dr. GUILLOT: Was hier gesagt wurde, verdient unsere besondere Aufmerksamkeit. Wenn ein geschlechtlicher Verkehr mit Gewalt versucht werden kann, wenn der Coïtus beinahe vollständig ausgeführt werden kann, und da dabei selbst Schwängerung erfolgen kann, und dies Alles mit Integrität des Hymens, was wird uns dann in der Mehrzahl der Fälle übrig bleiben, um das Greifbare der Nothzucht festzustellen? In dieser Hinsicht verfüge ich gegenwärtig über einen Fall, der mir einige Verlegenheit verursacht. Ein junges Mädchen soll genothzüchigt worden sein, und ich neige gerne zu dieser Annahme hin. Nun erklärt aber das ärztliche Parere, dass das Hymen vollkommen intakt ist. Was soll man unter solchen Umständen für einen Schluss ziehen?

Dr. VIBERT: Die Rolle des Gerichtsarztes besteht nicht darin, zu bestimmen, ob es sich um Nothzucht handelt oder nicht. Er muss sich darauf beschränken, zu untersuchen, ob materielle Läsionen vorhanden sind. Wenn er den Auftrag erhält, ein Mädchen zu untersuchen, die genothzüchtigt worden sein könnte, dann muss er nachsehen, ob das Hymen intakt ist oder nicht. Bemerkt er im Hymen einen Einriss, dann theilt er einfach diesen Befund dem Gerichtshofe mit. Dem Richter fällt dann die Aufgabe zu, zu prüfen, unter welchen Verhältnissen der Riss erfolgt ist.

Findet sich das Hymen intakt vor, dann können sich zwei Möglichkeiten darbieten. In einer Gruppe von Fällen zeigt sich das Hymen unregelmässig, mit weiter Oeffnung, nachgiebig und die Einführung des Penis, ohne einzureissen, gestattend. Der Gerichtsarzt hat diese Besonderheiten in seinem Berichte anzuführen. In einer zweiten Gruppe hat das Hymen die Form eines Diaphragma und besitzt eine centrale Oeffnung, durch die kaum ein kleiner Finger eingeführt werden kann. In diesem Falle kann der Sachverständige getrost behaupten, dass das Glied unmöglich in die Scheide eindringen konnte. Da nun erst die Einführung der Ruthe in die Vagina eine Nothzucht bedingt, so kann man sagen, dass es sich in diesem Falle nicht um eine solche handle.

Dr. GUILLOT: Der Besitz einer Frau gegen ihren Willen bedingt die Nothzucht.

Dr. BENOIT: Nothzucht ist ein mit Gewalt verübter Beischlaf oder auch nur der Versuch eines solchen.

Dr. VIBERT: Wie werden Sie dann einen Unterschied machen zwischen der Nothzucht und einem mit Gewalt verübten Keuschheitsattentate, wie er von unserem Codex angenommen wird? Bisher war ich stets der Ansicht, dass Nothzucht die Einführung des männlichen Gliedes in die Scheide zur Voraussetzung habe.

Dr. GUILLOT: Ich wiederhole es, dass der Werth, den man der Persistenz der Hymen beilegen muss, nicht unterschätzt werden darf. Indess, damit Nothzucht vorliege, ist nicht immer die Einführung des Penis Bedingung. In der That, wird man denn behaupten, dass die Frau, deren Geschichte Dr. BEAUVAIS uns erzählt hat, nicht genothzüchtigt worden sei, weil ihr Hymen intakt gefunden wurde, aber geschwängert worden ist? Und doch ist in diesem Falle der Penis nicht eingeführt worden.

Prof. POUCHET: Die Verwirrung, die augenblicklich hier vorhanden ist, rührt davon her, dass der Gerichtsarzt einfach den materiellen Zustand festzustellen hat. Aufgabe der gerichtlichen Untersuchung sei es, aus den vom Arzte gemachten Wahrnehmungen die Folgen zu ziehen und die verübte That juridisch zu kennzeichnen.

Prof. MOTET: Aus dem, was die einzelnen Redner gesagt haben, geht hervor, dass der Begriff Nothzucht nur sehr schwer präcisirt werden kann. Indess, wäre es von grossem Interesse, wenn die Desfinition klar und deutlich aus unserer Debatte hervorginge. Ich beantrage daher die Fortsetzung der Diskussion für eine der nächsten Sitzungen anzuberaumen. (Dem Antrage wird zugestimmt.)

d. T—e.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Die Verbreitung der Syphilis in Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials bearbeitet von **Dr. A. Blaschko.**
Verlag von S. Karger. Berlin 1892.

Die von gründlichster Durchforschung des einschlägigen weitläufigen Materials zeugenden Untersuchungen des bekannten Berliner Fachmannes, die sich übrigens nicht wie es im Titel angedeutet ist, auf die Syphilis allein beschränken, sondern auf das Gesammtgebiet der venerischen Erkrankungen ausbreiten, dürften umsomehr Interesse erregen, als die Frage nach der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin, seit den Fünfziger Jahren überhaupt nicht mehr auf der Tagesordnung ärztlicher Discussion stand.

Das dem Verfasser zur Verfügung stehende Material entstammt den letzten 30 Jahren, schliesst mit 1889 ab und reicht bis 1860

zurück; aber auch für diesen Zeitraum ist dasselbe so ausserordentlich lückenhaft und ungleichwerthig, dass es erst einer kritischen Sichtung seitens des Verfassers bedurfte, um für die Beurtheilung der thatsächlichen Verhältnisse verwerthbar zu werden.

Aus den der Abhandlung zu Grunde gelegten Tabellen geht hervor, dass in den letzten 30 Jahren, d. h. ungefähr seit Aufhebung der Bordelle, die venerischen Erkrankungen, insbesondere auch die Syphilis in Berlin beträchtlich und ziemlich stetig abgenommen haben; erst in den letzten 3—4 Jahren scheint wieder ein geringes Anwachsen stattzufinden.

Zunächst führt die Prüfung der Listen der Polizeiärzte, die am besten geführt sind, zu dem überraschenden Resultate, dass die Häufigkeit der venerischen Erkrankungen unter der Berliner Prostitution eine erhebliche Minderung erfahren hat; während die Einwohnerzahl Berlins von 528.900 im Jahre 1860, auf rund 1,520.000 im Jahre 1889, die Zahl der unter Kontrolle stehenden Prostituirten von 989 auf 3713 stieg — fiel die Anzahl der wegen venerischen Erkrankungen zur Charité gesandten Prostituirten während dieser Zeit von 107‰ auf 50‰ der Kontrollirten. Dass auch in der Gesammtbevölkerung sich während dieser drei Dezennien die venerischen Erkrankungen vermindert haben, ergibt sich:

Aus den officiellen Sanitätsberichten des preussischen Kriegsministeriums, die ein beträchtliches Absinken der Erkrankungsziffer der Berliner Garnison aufweisen. In den Jahren 73—78 waren 56·3‰ der Mannschaft mit 11·3‰ Syphilis; 83—88 36·8‰ mit 7·8‰ Syphilis venerisch erkrankt; ferner aus den Aufzeichnungen des Gewerkskrankenvereins der in den 60er Jahren bei 60.000 Mitglieder zählte und jetzt über 200.000 Mitglieder hat. Die venerischen Erkrankungen betrugen in den 60er Jahren 6·4‰ der Mitgliederzahl, 5·9‰ der Krankheitsfälle, in der 80er Jahren 4·9‰ der Mitgliederzahl, 2·7‰ der Krankheitsfälle.

Weitere Beweise für die Abnahme der venerischen Krankheiten ergeben sich aus der Abnahme der Gesammtsumme der in der Charité (der einzigen grösseren Heilanstalt Berlins, in der Geschlechtskranke verpflegt werden) alljährlich verpflegten Venerischen im Verhältniss zur Berliner Garnison, ferner und zwar hauptsächlich für Syphilis aus der Abnahme der Todtgeburten, die zum weitaus grössten Theil auf erbliche Syphilis zurückzuführen ist.

Die Zahl der Todtgeburten, welche in den 60er Jahren im Mittel 42·2‰ sämmtlicher Geburten betrug, sank in den 70er Jahren auf 40·9‰, in den 80er Jahren auf 37·7‰, eine Erscheinung, die umso auffallender ist, als im Laufe dieser Jahre die Geburtsziffer selbst eine ganz bedeutende Abnahme erfahren hat.

Diese Abnahme der venerischen Erkrankungen ist bedingt:

a) durch die zunehmende Leichtigkeit für breite Volksschichten, Geschlechtskrankheiten zu behandeln, insbesondere durch die Verallgemeinerung des Krankenkassenwesens;

b) durch die beständig fortgesetzte sanitäre Kontrolle der gewerbsmässigen Prostitution;

c) durch die zunehmende Einsicht der Bevölkerung in die Natur und Verbreitungsweise der Geschlechtskrankheiten. *N.*

Schemata der hypokinetischen Motilitätsneurose des Kehlkopfes

zum laryngologischen Unterricht von **Dr. med. Richard Wagner**, Halle a. S

Mit Holzschnitten, Illustrationen und drei lithographirten Tafeln.

Verlag von Langkammer. Leipzig 1893.

Der Verfasser hat sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, durch schematische Darstellungen die Kehlkopfmuskellähmungen dem Verständniss der Anfänger näherzubringen. Die Schemata sind als wohlgelungen zu bezeichnen und erfüllen ihren Zweck vollkommen. Auch der beigegebene Text ist, der Grundidee des kleinen Büchleins entsprechend, klar und einfach. Auch die normalen Stimmbandstellungen finden in Wort und Bild die nothwendige Berücksichtigung. *S.*

Zeitungsschau.

Dr. Oskar Lassar. Zur Therapie der Hautkrebse. (Vortrag mit Krankenvorstellung gehalten in der Berliner med. Gesellsch. am 17. Mai 1893. — Berliner klin. Wochenschr. Nr. 23, 1893).

Die ersten Versuche, Epitheliome anders als rein chirurgisch anzugreifen, hat FEHLEISEN auf der v. BERGMANN'schen Klinik in Würzburg und Berlin gemacht. Es war das die Einimpfung von Erysipel in diese Neubildungen. Doch war das Mittel bei den nicht immer unzweifelhaften Erfolgen nicht eben harmlos.

Verfasser hat nun zum ersten Male im Jahre 1889 in einem Falle, wo das Epitheliom in Folge seiner Grösse und Ausbreitung inoperabel erschien und in einem zweiten Falle bei einer operationsscheuen Greisin Arsen innerlich gegeben und damit Rückgang und beginnende Vernarbung erzielt.

Dadurch angeregt, entschloss er sich in Fällen, wo die Geschwulst noch nicht lange bestanden und gut abgegrenzt war, die betreffenden Personen sich sonst in gutem Gesundheitszustand befanden, und wo im Falle des Misslingens durch einen Aufschub von wenigen Wochen keine Verschlimmerung des Zustands zu befürchten war, Versuche zu machen und kam dabei zu erfreulichen Resultaten. Er führt folgende Fälle an:

Eine 75 Jahre alte Frau kam im Oktober v. J. mit einer halbwallnussgrossen Geschwulst auf der linken Wange im Beginne des geschwürigen Zerfalles in Behandlung. Sie erhielt Sol. Kalii arsenicosi zu gleichen Theilen mit Aqu. Menthae innerlich dreimal täglich 5 Tropfen nach den Mahlzeiten. Anfangs December war die Geschwulst geschrumpft und vernarbt.

Ein zeiter Fall von Ulcus rodens bei einer Dame, wo auf innerlichen und subkutanen Gebrauch von Arsen bald Vernarbung eintrat und jetzt nach 4 Monaten die Narbe noch unverändert erscheint.

Ein dritter Fall: Ein 66jähriger Mann mit einer seit einem viertel Jahre bestehenden knolligen Geschwulst von harter Konsistenz und etwas weicherem Centrum. Da die Diagnose zwischen Gumma und Epitheliom schwankte, wurde eine antiluetische Behandlung eingeleitet, die jedoch auf die Geschwulst ohne Einfluss blieb. Es wurden also zuerst Arseninjektionen gemacht und Sol. Fowler. innerlich gegeben, später die Medikation auf die innerliche Darreichung beschränkt. Nunmehr erscheint die Geschwulst geschwunden und an ihrer Stelle eine geschrumpfte Narbe.

Eine Selbstheilung, wie sie manchmal vorkommt, scheint bei der Uebereinstimmung dieser drei Fälle, wo mit Beginn der Arsenbehandlung sofort prompt ein Zurückgehen der Geschwulst und beginnende Benarbung zu beobachten war, die im Verlauf konstante Fortschritte bis zur Heilung machte, vollkommen ausgeschlossen.

Man muss also in geeigneten Fällen, die Heilung von Hautkrebsen blos durch Anwendung eines inneren Mittels für möglich halten.

Die dem Artikel beigegebenen Bilder des Zustandes vor und nach der Behandlung, sowie die mikroskopischen Ansichten — in allen Fällen war die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung sichergestellt worden — illustriren die beschriebenen Krankheitsfälle in ausgezeichneter Weise. *B. S.*

H. F. Harris: Akromegalie. — (Centralblatt für klinische Medizin Nr. 18, 1893.)

Im 1. Fall entwickelte sich die Krankheit bei einem früher völlig gesunden Manne ganz schleichend und allmählich. Hände und Füsse des Patienten begannen langsam zu wachsen; die Schuhe wollten schon nach kurzer Zeit immer wieder nicht passen. Gleichzeitig stellte sich eine auffällige Mattigkeit und in der Folge auch profuse Schweisse ein.

Durch zwei dem Texte beigegebene Photographien, deren eine lange vor Beginn des Leidens, die andere auf dem Höhepunkt der Krankheit aufgenommen wurde, illustrirt der Verfasser in sehr anschaulicher Weise das enorme Wachsthum der Nase, Lippen und Kiefer, wodurch die früher ebenmässige und angenehme Gesichts-

bildung eine unschöne und plumpe Veränderung erfahren hat. Hände und Füsse zeigten die charakteristischen Verbildungen; an den inneren Organen konnte nichts Krankhaftes nachgewiesen werden.

Besonderes Interesse bietet der Fall noch durch den Augenbefund; es bestand nämlich eine linksseitige homonyme Hemianopsie. Dieser Befund steht in einem gewissen Gegensatz zu anderen, durch Hemianopsie complicirten Fällen von Akromegalie; denn bei diesen war die Hemianopsie stets eine bitemporale und konnte desshalb auf eine Läsion der hinteren Partien des Chiasma opticum bezogen werden. Eine derartige Läsion dürfte nun für unseren Fall kaum zutreffen, um so weniger, als das WERNICKE'sche Symptom der hemianoptischen reflektorischen Pupillenstarre nicht bestand.

Auch der 2. Fall ist ein typisches Beispiel der seltenen Krankheit. Aus der Anamnese sind Perioden von Mattigkeit und Schwäche hervorzuheben, die ebenso wie im Falle von D. die Krankheit einleiteten. Hände, Füsse und Gesicht verfielen, wie aus den beigegebenen Photographien ersichtlich ist, den bekannten Veränderungen; die Physiognomie erhielt einen ganz anderen Ausdruck; die peripherstem Theile erlangten eine ganz unverhältnissmässige Grösse. Ein Gesichtsfelddefekt wurde durch die Untersuchung nicht aufgedekt, ebenso wenig anderweitige Augenveränderungen; die inneren Organe waren völlig normal.

Von einer gewissen ätiologischen Bedeutung ist die Thatsache, dass mehrere Familienmitglieder abnorm grosse Hände und Nasen hatten, ohne jedoch ausgesprochene Akromegalie zu zeigen.

Im 3. Falle handelte es sich um eine 35 jährige hereditär nicht belastete Frau, die lange Jahre an neuralgischen Schmerzen im Gesicht und in den Extremitäten gelitten hatte; mit dem Beginn des abnormen Wachsthums cessirten diese Beschwerden.

Der Verfasser bekam die Patientin erst kurz vor dem Tode, der in Folge einer interkurrenten Influenza eintrat, zu Gesicht und fand alle Charakteristica der Akromegalie in ganz typischer Weise vertreten.

Prof. Dr. C. Garré: Ueber besondere Formen und Folgezustände der akuten infektiösen Osteomyelitis. (Beiträge zur klin. Chirurgie, X. 2.)

Verfasser hat auf Grundlage eines Materiales von über 500 Fällen von Osteomyelitis (aus der Klinik zu Tübingen) einige seltenere Formen dieser Erkrankung einer Besprechung unterzogen. Er berichtet zunächst über 4 Fälle von Periostitis albuminosa (OLLIER) und schliesst sich der Ansicht SCHLANGE's an, dass dieser Prozess der infektiösen Osteomyelitis einzureihen ist. Was die Entstehung des eigenthümlichen Exsudates betrifft, so erklärt GARRÉ dasselbe hervorgegangen aus der Degeneration ursprünglich ganz typischen Eiters. Veranlasst wird die Periostitis albuminosa wie die gewöhnliche Osteomyelitis durch die Pyokokken. Bei Besprechung der subakuten Form führt GARRÉ einige Fälle an, ohne Neues beizubringen. Krankengeschichten von Fällen von sklerosirender (nicht eiternder) Form der Osteomyelitis beweisen die relative Häufigkeit des Ausganges der Osteomyelitis in einfache Hyperostose ohne Nekrose. Auch von Knochenabscessen führt GARRE einige interessante Fälle an. Bezüglich der recidivirenden Osteomyelitis glaubt GARRE an stete Reinfektion, nicht an Lebendigbleiben alter Keime in den alten Herden. GARRE erbringt ferner den Beweis, dass die Osteomyelitis selbst im höchsten Lebensalter — 60. Jahre — noch einsetzten kann und dann meist bösartiger verlauft. Bezüglich der multiplen Osteomyelitis hält Verfasser eine gleichzeitige Infektion mehrerer Knochen von der Blutbahn aus, wie auch eine sekundäre Infektion von dem zuerst erkrankten Knochen aus für möglich. Eine grössere Anzahl von Fällen — 15 — betrifft Epiphysenosteomyelitis und bespricht GARRE als eventuelle Konsequenz derselben die Luxationen, während er der durch ungleichmässige Reizung der Epiphysenknorpel entstehenden Diformitäten keine Erwähnung thut. Er bespricht dieselben vielmehr in dem Kapitel von der Epiphysenlösung und zwar als Folge einer unter Verschiebung verheilter Epiphysenlösung. Zum Schlusse berichtet GARRE über eine grössere Zahl von nach Osteomyelitis aufgetretenen Spontanfrakturen. *J. S.*

Grimm: Ueber Urobilin im Harne. (Virch. Archiv, 132 Band, Seite 246.)

Gibt zunächst eine auch für den Arzt leicht auszuführende Methode der annähernden quantitativen Bestimmung des Urobilins: Ausschütteln mit Aether oder Chloroform nach dem Ansäuern, Abdampfen, Aufnehmen des Rückstandes mit NH_3 haltigem Wasser, Zusatz vod Chlorzink und Verdünnung mit Wasser bis zum Verschwinden der Fluoreszenz. Das Verhältniss des Verdünnungswassers zur Urinmenge gibt Vergleichszahlen.

Durch zahlreiche Untersuchungen fand GRIMM einen Zusammenhang der Urobilinmenge mit der Magenverdauung, die bei diagnostischer Verwerthung der Urobilinurie wohl zu beachten ist.

1. Bei normalen Individuen findet sich im nüchternen Zustande, beim Hunger, und während der Magenverdauung kein Urobilin.

2. Nach Schluss der Magenverdauung erscheint Urobilin im Harn. (Die während der Verdauung abgesonderte überschüssige Galle wird in Urobilin umgewandelt und als solches leichter ausgeschieden.)

Das gleiche Schicksal hat auch sonst im Körper gebildetes überschüssiges Material zur Gallenbildung, z. B. bei Blutungen und sonstigen Zerfall von rothen Blutkörperchen.

Bei diesen Zuständen tritt immer Urobilinurie auf.

Als diagnostische Schlüsse führt GRIMM aus:

1. Wenn nicht organisirter Blutfarbstoff cirkulirt oder bei beginnender Gallenstauung beziehungsweise intermittirender Gallenstauung tritt Urobilinurie auf.

2. Bei Nephritis niemals Urobilin, nur bei Complikationen, die auch sonst zur Urobilinurie führen.

Interessant in differential-diagnostischer Beziehung ist die Thatsache, dass bei Blutergüssen während der Magenverdauung die Urobilinausscheidung sistirt im Gegensatz zur Urobilinurie bei Gallenstauung. *R. K.*

Leo: Ueber die Stickstoffausscheidung der Diabetiker bei Kohlehydratzufuhr. (Zeitschr. f. Klin. Med. XXII. Bd., S. 225.)

Im Anschluss an Arbeiten von KÜLZ und eigene in der Zeitschr. f. Klin. Med. XIX. veröffentlichte Untersuchungen wird durch eine grosse Versuchsreihe zunächst gezeigt, dass durch Kohlehydratzufuhr beim Diabetiker wie beim Normalen eine Steigerung der Stickstoffausscheidung durch Steigerung der Urinsekretion hervorgerufen wird, die aber im Gegensatz zum Normalen nicht so rasch wieder zur Norm absinkt.

In einer zweiten Versuchsreihe zeigt LEO, dass bei Kohlehydratzufuhr die Steigerung der Stickstoffausscheidung geringer ausfällt als bei Steigerung der Urinsekretion durch blosse Wasserzufuhr. Bei nicht enormer Steigerung der Diurese durch Zufuhr mässiger Mengen Kohlehydrat tritt beim Diabetiker eine Stickstoffsparung ein. Es bietet diese Thatsache grosse praktische Bedeutung für die diätetische Behandlung des schweren Diabetes. Es zeigt sich wieder, wie sehr es auch für den Praktiker erforderlich ist, neben dem Zuckergehalt des Urins auch die Stickstoffausscheidung, zusammengehalten mit der Diurese, zu kontrolliren. Anhaltspunkte dafür bietet die Bestimmung des Körpergewichts, Urinmenge, spezifisches Gewicht und Zuckergehalt. *R. K.*

Triwousse (Moskau): **Ueber die Behandluug der Cholera und anderer Infektionskrankheiten.** («Wratch» und «Bulletin Med.», 17. Mai 1893).

In der Ueberzeugung, dass die interne antiseptische Behandlung bei gewissen Infektionskrankheiten und insbesondere bei der Cholera nicht nur von keinem Nutzen, sondern sogar schädlich sei, veröffentlicht Prof. TRIWOUSSE in einem russischen med. Blatte, dem «Wratch», eine Abhandlung, in welcher er die Gründe auseinandersetzt, die ihn zu dieser Ueberzeugung führten.

Das Resumé der interessanten und beachtenswerthen Arbeit lautet folgendermassen:

«Wir haben gesehen, dass im Allgemeinen bei der Behandlung der Cholera das Princip vorherrscht, die Verdauungswege zu steri-

lisiren und die im Organismus cirkulirenden Toxalbumine unschädlich zu machen: dieses Prinzip ist aber grundfalsch. Vor einem solchen Handeln, wäre es nothwendig, sich zu vergewissern, ob das Gift sich noch in einem aktiven Zustende befindet. Wenn dies nicht der Fall ist, dann muss man darauf verzichten, die Ursache der Krankheit zu bekämpfen. Da der Arzt, in der That, fast immer dann zu einem Kranken gerufen wird, wenn die Krankheit sich bereits entwickelt hat, so hat es keinen Nutzen mehr, in einer solchen Periode gegen die Infektion mit Antiseptica oder Antidota vorzugehen, denn bei einem gegebenen Zeitpunkte der Krankheit werden die Bakterien für den Kranken unschädlich; es gibt eine Art von durch die Krankheit selbst geschaffener Immunität. Wie könnte sonst der Widerstand eines erschöpften Kranken gegen Mikroben erklärt werden, die ihn in voller Gesundheit inficirt haben».

«Die Desinfektion — führt Verfasser also weiter aus — ist daher bei der Cholera und anderer Infektionskrankheiten völlig nutzlos, denn parallel mit dem schädlichen Einfluss der pathogenen Mikroorganismen entfaltet sich im Organismus selbst die heilsame Wirkung der Immunität. Die nämlichen Bakterien, die das Toxin secerniren, erzeugen zu gleicher Zeit das Bakteriotoxin. Gerade zu einer Zeit, wo man therapeutisch eingreifen will, befindet sich der Kranke in dem Stadium der Bildung solcher Bakteriotoxine. Die heilsam gewordenen Mikroben vernichten wollen, hiesse dem Organismus selbst Schaden und Tod bringen». Auf Grund dieser und anderer Erwägungen schliesst der Verfasser mit folgendem Satze:

«Bei der Behandlung akuter Infektionskrankheiten müsse man sich strenge von der Anwendung jedes antiseptischen Mittels enthalten. Man müsse den Kranken behandeln, das heisst durch eine geeignete physiologische Behandlung das Zustandekommen der Immunität fördern».

A. D.

Scarenzio (Lugano): **Ueber die sogenannte specifische Wirkung des Quecksilbers gegen die konstitutionelle Syphilis.** (Giorn. Ital. delle mal. d. pelle, Heft 1. 1893).

Diese Frage hat Prof. SCARENZIO zum Gegenstande eines Vortrages in der Sitzung von 28. August 1892 der «Società Medica della Svizzera Italiana» gewählt. Da der wohlthätige Einfluss des Quecksilbers auf syphilitische Processe weder einer parasiticiden Eigenschaft noch einer bio-chemischen Wirkung, die ein Ptomaïn oder Leukomaïn zu neutralisiren vermöchte, zugeschrieben werden kann, plaidirt Verfasser für die Anschauung, dass das Quecksilber, indem es seine Wirkung auf die Ausscheidungsorgane entfaltet, dieselben in ihren Funktionen stimulire und stärke, so dass sie mit der Steigerung ihrer Sekrete auch das Gift eliminiren, das im Blute Syphilitischer kreist und dadurch die natürliche Metamorphose der syphilitischen Produkte fördern. Dass cirkulirende infektiöse Stoffe die Tendenz zeigen, nach den Ausscheidungswegen zuzuströmen, können wir uns bei Parotitiden, Orchitiden, Nephritiden, die die Infektionskrankheiten begleiten oder auf dieselben folgen, überzeugen. Und dass das Quecksilber auf die Ausscheidungsorgane einwirkt, beweisen uns der bei Hydrargyrie häufig auftretende Speichelfluss und die diuretische und abführende Wirkung des Calomels. Es scheint jedoch, dass das Quecksilber erst durch das Jod zu seiner vollen Wirkung gelangen könne. In der That zeige uns oft die klinische Kasuistik, dass in vielen Fällen die Heilung dann am raschesten eintritt, wenn man das Quecksilber in Verbindung mit Jodpräparaten verabreicht.

Wenn also, führt SCARENZIO aus, das Mercur keine specifische Wirkung gegen Syphilis besitzt, dann sollten auch andere Mittel, insoferne dieselben die hauptsächlichen Sekretionen anregen, von heilendem Einflusse bei der Syphilis sein. In der That verfügen wir über Fälle von Heilung der Syphilis bei einer ausschliesslich tonischen Behandlung über solche nach Anwendung von diaphoretischen, ptialagogen, purgirenden Mitteln oder von Elektricität — also lauter Mittel, die jedenfalls auch als mächtige Coadjuvantia bei der Behandlung der konstitutionellen Syphilis gelten.

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen sei auch jüngst PORTER gelangt.

A. D.

Ueber die Pflege der Hände des Chirurgen und des Arztes (Médecine moderne, 13. Mai 1893.)

Der beständige oder häufige Kontakt der Hände mit Karbol- und Sublimatlösungen erzeugt nicht nur ein ausserordentlich unangenehmes Gefühl von Kälte und Abgestumpftheit in den Händen, sondern auch Risse und Schrunden und zum Mindesten Runzeln in der Haut. Vom Standpunkte des Chirurgen ist dieser Umstand um so gefährlicher, als es sehr schwer ist, die so verletzte Haut der Hände von den Unreinlichkeiten, die sich daselbst ansetzen, zu befreien, und da überdies, wie von FOURNIER angegeben wurde, diese Risse in der Haut den Ausgangspunkt einer syphilitischen Infektion abgeben können.

Es ist somit unbedingt nothwendig, dass man seine Hände derart pflegt, dass man alle diese Unannehmlichkeiten und die Gefahren einer luetischen Infektion in Folge einer Berührung oder einer Operation vermeidet.

Man darf nicht glauben, dass die Waschungen mit Wasser, selbst die anhaltenden Waschungen unter dem Hahn, die Karbolsäure, das Sublimat, die Alkalien oder die Säuren, mit denen man in Berührung gekommen ist, entfernen können. Damit man sich davon überzeugt, so genügt es, zu geeigneten chemischen Reagentien zu rekurriren.

Wenn man die Hände in alkalische Lösungen getaucht hat, so wird man sie mit Wasser waschen und dann in einer schwach saueren Lösung, in einer Lösung von Salzsäure, Oxalsäure oder Essigsäure 1 : 1000. — Man kann auch die Hände mit Seife waschen, aber dann darf man dieselben nicht gleich mit Wasser waschen, sondern man reinigt sie erst dann, nachdem sie tüchtig eingeseift worden sind.

Hat man die Hände mit sauren Lösungen in Berührung gebracht, so müssen die Hände eingeseift und zu gleicher Zeit mit Wasser gewaschen werden und hierauf müssen dieselben in eine schwache alkalische Lösung von Soda (1 : 1000) getaucht werden.

Wenn man seine Hände lange mit Karbolsäurelösungen befeuchtet hat, so badet man dieselben zunächst in Alkohol, den man denaturiren und zu wiederholten Malen gebrauchen kann; hierauf wäscht man sie mit Wasser und Seife, man trocknet sie ab und befettet sie mit Lanolin.

Um die nachtheilige Wirkung der Karbolsäure zu vermeiden, schlägt VOGEL vor, dass man vor und nach dem Gebrauche der Karbolsäure, dem Seifenschaume, der die Hände bedeckt, einen Kaffeelöffel von gepulvertem Borax zusetzen, und dass man die Hände einen Moment lang mit dieser Mischung frottiren soll.

Nach den Waschungen mit Sublimat ist es am besten, die Hände einige Zeit in einer Lösung von Meersalz, 1 : 50, zu baden; man wäscht sie hierauf mit Seife und Wasser, trocknet sie ab und bestreicht sie mit Lanolin.

Um den Jodoform-, Kreosot- und Guaiacolgeruch von den Händen zu entfernen, wäscht man sie mit Leinsamenmehl und Wasser.

Was das Jodoform betrifft, so kann man überdies sich des Kaffeepulvers bedienen, dann kann man Terpentin, Theerwasser, das ätherische Oel von Koriander, Zimmttinktur, Lavendeltinktur, Pfefferminztinktur u. s. w. gebrauchen.

Im Allgemeinen muss das Waschwasser lau sein. Die beste Seife ist die Pottasche-Toilettenseife oder eine Palmitinseife (MOSLER). Dem Lanolin kann man auch Vanillin oder Rosenessenz hinzufügen, um den Geruch zu verdecken.

Um dem Ekzem, das bei gewissen Personen so häufig anzutreffen ist, vorzubeugen, muss man sich gleich nach der Operation die Hände mit Talk stark einstreuen, und man wiederholt diese Operation einige Mal stündlich; das genügt, um nach Ablauf von 1—2 Stunden das stumpfe Gefühl in Folge des Gebrauchs der Karbolsäure zum Verschwinden zu bringen.

Die häufigen Waschungen, selbst die nicht antiseptischen, denen die Aerzte und Chirurgen obliegen müssen, verursachen nach längerer Zeit und namentlich im Winter, Runzelung und Risse der Haut in den Händen.

Gleich nach der Waschung und bevor man sich die Hände trocknet, frottirt man dieselben mit folgendem Gemenge:

Aquae rosarum	90·0
Glycerin	30·0

Das Glycerin allein, anstatt den Händen ihre Geschmeidigkeit zu erhalten, macht sie rauh, reizt und bräunt sie.

Man kann sich auch einer glycerinreichen Seife, oder einer Glycerinseife in Verbindung mit Zinkoxyd, wie sie von HEBRA angegeben wurde, oder einer Pomade aus Glycerin und Borsäure, wie es die folgende ist, bedienen:

Acid. boric. porphyr.	10·0
Glycerin	20·0
Lanolin	30·0

Dies gilt für die rauhe und runzelige Beschaffenheit der Hände.

Was die Hautrisse betrifft, zumal im Winter, so bestreicht man zwei Mal des Tages die Hände mit folgender Pomade (STEFFEN):

Menthol	0·75
Salol	1·50
Ol. Oliv.	1·50
Lanolin	45·0

Zum Schlusse noch ein Rezept, das leicht und schnell ausführbar ist, und das von UNNA herrührt, gegen die anilinfarbenen Flecke: Man wäscht sich zuerst die Hände in einer Lösung von Meersalz 5 : 100, dann in einer Lösung von sauerstoffhältigem Wasser 5 : 100, und man trocknet sich mit einem mit Alkohol befeuchteten Stück Leinwand ab. *L. L.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 23. d. M. unter dem Vorsitze des Prof. Kaposi abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte demonstrirte Reg.-Arzt. Dr. Habart einige Präparate, die er angefertigt hatte, um sich ein Urtheil über die Anwesenheit von Fremdkörpern und den Keimgehalt in frischen Schusswunden bilden zu können. Dozent Dr. v Eiselsberg stellt einen Fall von Verbrennungsstrictur des Oesophagus und einen Fall von Larynxstenose vor, bei welchen die Sondirung ohne Ende nach Hacker mit gutem Erfolge ausgeführt wurde. Zum Schlusse seiner Ausführungen demonstrirt v. Eiselsberg einen 27jährigen Mann, bei dem Verknöcherung einer Reihe von Fascien aufgetreten war. Prof. Lorenz stellt hierauf mehrere operativ behandelte Fälle von angeborener Hüftgelenksluxation vor, welche den deutlichsten Beweis für die ausgezeichnete Verwendbarkeit seiner Methode liefern. Dr. Kretz demonstrirt das Präparat einer Dermoidgeschwulst der Lunge, welches Hofr. Kundrat dereinst der Gesellschaft zu zeigen beabsichtigte. Prof. Weinlechner stellt einen Fall von Rhinoplastik und einen Fall von Subluxation im Ellbogengelenke mit Fractur der Eminentia capitata vor. Docent Dr. Herzfeld demonstrirt einen Apparat zur Einleitung der auf Prof. Schauta's Klinik geübten Aethernarkose. Dr. Spiegler hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Localreaktion in Folge hypodermatisch einverleibter chemischer Verbindungen», in welchem er zu dem Schlusssatze kommt, dass es eine unendlich grosse Anzahl von Körpern gibt, welche ähnliche Reaktionen wie das Tuberkulin u. s. w. hervorbringen können. Primarius Dr. Gersuny empfiehlt hierauf eine Sphincterplastik am Darme, und zwar ähnlich der Methode wie bei Incontinentia urinae, mit Dehnung des Darmes. Zum Schlusse der Sitzung ergreift der Vorsitzende das Wort zu folgender Ansprache: «M. H.! Ich glaube nicht, dass wir die heutige Sitzung schliessen sollen, ohne einer Empfindung Ausdruck zu geben, die uns Alle beseelt. Wir verlassen nämlich mit dieser Sitzung, die unsere letzte in diesem Jahre ist, zugleich auf immer dieses Haus. Diese Sitzung ist die Schlusssitzung einer längeren ereignissreichen Epoche. Meine Empfindung ist die des Dankes für alles Lehrreiche, das wir hier, von allen unseren Vorgängern genossen. Von der Voraussetzung ausgehend, dass auch Sie diese Empfindung hegen, rufe ich Ihnen zu: auf ein frohes Wiedersehen im neuen Heim!» Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung erscheint in der nächsten Nummer dieses Blattes.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Wien: Für die durch den Tod Kahlers erledigte Lehrkanzel der medizinischen Klinik ist vom Komité Prof. Dr. Bernh. Naunyn (Strassburg) vorgeschlagen worden. — Der Minister für Kultus und Unterricht hat den Universitäts-Professor Dr. A. Politzer zum fachmännischen Delegirten für die medizinisch-hygienische Ausstellung in Chicago ernannt. Prof. Politzer wird sich Anfangs August nach Amerika begeben. — Zum Dekan der Wiener medizinischen Fakultät wurde für das Studienjahr 1893/94 Hofrath Prof. Dr. Vogl gewählt.

— Deutschland: Der langjährige Assistent Virchow's, Dr. O. Israel in Berlin wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt. — Zum Nachfolger des verstorbenen Dr. Paul Guttmann als Direktor der internen Abtheilung des Moabiter Krankenhauses, ist vom Magistrat der Stadt Berlin der bisherige Bataillonsarzt Prof. Dr. Renvers, ein Schüler Leyden's gewählt worden. — Geheimrath Dr. v. Pettenkofer in München feiert am 1. Juli sein 40jähriges Professorenjubiläum. — Der Privatdozent der Physiologie Dr. Wilhelm Kochs in Bonn, ist zum Professor ernannt worden. — Prof. Dr. Henoch, der Direktor der Kinderklinik im Charité-Krankenhause in Berlin, beabsichtigt mit Rücksicht auf sein hohes Alter (er zählt 73 Jahre) schon Ende dieses Semesters in den Ruhestand zu treten.

— England: An der Westminster Hospital Medical School in London ist Dr. Donkin zum ausserordentlichen Lektor der inneren Medizin an Stelle des abgehenden Dr. Sturges ernannt worden.

— Amerika: An der Postgraduate Medical School in New-York sind die Doktoren A. Palmer-Dudley und George Edebohls für Frauenheilkunde und George F. Elliot für Hautkrankheiten, zu Professoren ernannt worden.

* Berlin. Die Vorlesungen über Cholera für praktische Aerzte, die auf Veranlassung des Unterrichtsministeriums im Institute für Infektionskrankheiten gehalten werden, haben am 12. Juni ihren Anfang genommen. Es wohnen ihnen etwa 80 Aerzte der verschiedensten Jahrgänge, vereinzelt auch Universitätslehrer, bei. Den ersten einleitenden Vortrag hielt Prof. Koch.

* Paris. Die unter Prof. Verneuil arbeitende Tuberculinkommission hat beschlossen, zur Förderung ihrer Arbeiten unter dem Titel «Revue de la tuberculose» eine vierteljährlich erscheinende Zeitschrift herauszugeben.

* Die Vereinigung der amerikanischen Presse hat einen Preis von 2500 Francs gestiftet, der von einem aus Aerzten bestehenden Preiskomité Demjenigen zuerkannt werden soll, der die beste Arbeit über die Aetiologie und Therapie der Phthise verfasst. Die Aerzte der alten und neuen Welt sind zur Preisbewerbung aufgefordert worden.

* Cholera. In Frankreich verbreitet sich die Cholera nun auch gegen den Norden. Einige Fälle werden aus Limoges und Privas gemeldet. In Cette und Alais täglich 3—4 Todesfälle. Vom 29 Mai bis 12. Juni in Alais 80 Todesfälle In Montpellier 14 Todesfälle. — In Mecca sollen gegenwärtig täglich 60—70 Cholera-Todesfälle vorkommen.

* Influenza. In New-York 5 Todesfälle gegen 12 in der Vorwoche. In Rom 2 gegen 3, in Paris unverändert 5, in Amsterdam 6 gegen 5, in London 21 gegen 25 Todesfälle. In Kopenhagen kamen noch 52 Erkrankungen mit 2 Todesfällen gegen 65 in der Vorwoche zur Beobachtung, in Stockholm 3 mit 1 Todesfall gegen 3, ferner in Moskau 2 Todesfälle. — 3 Todesfälle an Influenza aus Köln, vereinzelte Fälle aus Dresden und Leipzig sind gemeldet worden. Eine erheblichere Zahl von Erkrankungen, nämlich 167, wurde im Garnisonslazareth zu München festgestellt.

* Zur Feier des 100jährigen Jubiläums von Franzensbad hat die Kurverwaltung eine sehr hübsch ausgestattete Festschrift herausgegeben, welche nicht nur den Theilnehmern jenes Festtages, sondern allen Kurgästen Franzensbads, eine werthvolle Gabe bedeuten dürfte. Die Schrift enthält neben einer Chronik von Franzensbad, einer populären Abhandlung über das Moorlager u. s. w.

einige sehr gelungene belletristische Beiträge, unter denen wir besonders den Aufsatz von Georg Schmidt über Goethe in Franzensbad hervorheben wollen. Ausserdem enthält das Buch einige treffliche Holzschnitte und sogar Autogramme «erhabener und illustrer Gäste».

* Todesfälle. In Paris starb am 19. Juni der ausgezeichnete Dermatolog Dr. Vidal. Auch hat er sich viel mit hygienischen Fragen beschäftigt. Er wirkte fast ununterbrochen am Hôpital Saint Louis. — In Rom starb der Chef des Militär-Sanitätsdienstes, Generalstabsarzt Dr. Felice Baroffio, im Alter von 68 Jahren. Er war Mitglied des Obersten Sanitätsrathes des Reiches und Präses der Kommission zur Verleihung eines Preises an den Erfinder des besten Transportmittels für Kriegsverwundete. Mit dem Hinscheiden Baroffio's bleibt der Sitz des Präsidenten der XIV. Sektion des bevorstehenden «Internationalen medizinischen Kongresses» vakant — In Amerika: Dr. Patterson, Professor der gerichtlichen Medizin im «Chicago Medical College», und Dr. Caleb Green, Professor der Physiologie im «Geneva Medical College».

Aerztliche Stellen.

Distriktsarztesstelle in Thomigsdorf, Bezirk Landskron (Böhmen), für die der deutschen Nationalität angehörigen Gemeinden Thomigsdorf, Rudolfsdorf, Luken, Ziegenfuss, Türpes, Königsfeld, Triebitz, Rieling und Klein-Hermigsdorf mit einer Bevölkerungsanzahl von 6714 Einwohnern, mit dem Wohnsitze in Thomigsdorf. Bewerber um diese Stelle, mit welcher ein Jahresgehalt von 550 fl. und dem gesetzlichen Reisepauschale von 155 fl. 48 kr. verbunden ist, wollen ihre mit Diplomen belegten Gesuche bis 15. Juli d. J. bei dem Bezirksausschusse in Landskron überreichen.

Distriktsarztesstelle in Neuhaus (Land) mit dem Sitze in der Stadt Neuhaus (Böhmen), mit 19 Ortschaften, 6906 Einwohnern und 121·2 Qu.-Kilometer Flächenausmass. Gehalt 450 fl. und 240 fl. Reisepauschale. Die Besetzung erfolgt provisorisch auf die Dauer eines Jahres. Die im Sinne des § 5 des Landessanitätsgesetzes vom 23. Februar 1888 instruirten Gesuche sind bis 1. Juli l. J. an den Bezirksausschuss in Neuhaus zu richten.

Landesfürstliche Bezirksarztesstelle (Küstenland) mit den Bezügen der zehnten Rangsklasse. Bewerber um diesen Posten haben die mit den vorgeschriebenen Nachweisen über ihre Befähigung und Kenntnis der Landessprachen, sowie über die mit Erfolg abgelegte Physikatsprüfung belegten Gesuche direkt oder eventuell durch die vorgesetzte Dienstbehörde bei dem k. k. Statthalterei-Präsidium in Triest bis 30. Juni 1893 einzubringen.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 6 der „Therapeutischen Blätter“ enthaltend: Neuere Arzneimittel, Referate, therapeutische Mittheilungen und Recepte u. s. w.

Mit der nächsten Nummer versenden wir Heft 4 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen“ enthaltend: „Die Tuberkulose und deren heutige Behandlung in Sanatorien und Asylen.“ Von Dr. M. Mayer in Ischl.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Eisenfreier alkalischer Lithion-Sauerbrunn

Salvator

Bewährt bei Erkrankungen der **Niere** u. der **Blase, harnsaurer Diathese,** bei **catarrh. Affectionen** der **Respirations-** u. **Verdauungsorgane.**
Käuflich in Apotheken und Mineralwasserhandlungen.
(1298) *Salvator Quellen-Direction, Eperies (Ungarn).*

RONCEGNO

Stärkstes natürliches arsen- und eisenhaltiges Mineralwasser

empfohlen von den Herren Professoren: Albert, Benedikt, Bergmeister, Billroth, Braun, Chrobak, Drasche, Gruber, Hofmokl, Kahler, Kaposi, Krafft-Ebing, Lang, Monti, Neumann, Nothnagel, Oser, Rokitansky, Reder, Stoffela, Wiederhofer etc.

bei Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Blutleere, Malaria etc.

Die Trinkkur wird das ganze Jahr gebraucht. (1143)

Bade-Etablissement

ersten Ranges, Hydro- und Electrotherapie, Dampfbäder, Massage, Molken- und Traubenkur in Roncegno, Südtirol, 535 Meter Seehöhe, windgeschützte herrliche Lage, schattige Promenaden, lohnende Ausflüge, würzige Luft, konstante Temperatur 18—22° R., 3 Stunden von der Eisenbahnstation Trient entfernt. — Saison Mai bis Oktober. — Prospecte und Auskünfte durch die **Bade-Direction in Roncegno.**

Depots in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken.

Den P. T. Herren Dermatologen empfehle ich meine best bewährten

Collemplastra Marke „Austria"

Ausgezeichnet in London 1893: Ehrendiplom mit der grossen goldenen Medaille.

Vorzüge: **Sichere Wirkung, grosse Klebkraft, absolute Reizlosigkeit, leichtes Anlegen. — Verderben und Ranzigwerden ausgeschlossen.** — Mehr als 80 Sorten am Lager.

Den P. T. Herren Chirurgen und Operateuren empfehle ich als einzig **sicheres Verband-Materiale:** (1354)

Sterilisirte Bruns'sche Watta Ia,
Hydrophile sterilisirte „Austria"-Gaze
stets in doppelter Packung.

Sanitäts-Geschäft „Austria" **Hans Turinsky**
Wien, IX/3. Garnisonsgasse 1.
Verbandstoff-Fabrik. — Pharmaceutisches Laboratorium.

Andreas Saxlehner
k. u. k. Hof-Lieferant
Eigenthümer der

Hunyadi János
Bitterquelle

Zu haben in allen Mineralwasserdepôts und Apotheken.

Saxlehner's Bitterwasser

Als bestes seiner Art bewährt und ärztlich empfohlen.

Man wolle ausdrücklich verlangen:

Anerkannte **Vorzüge:**
Prompte, milde, zuverlässige Wirkung.
Leicht und ausdauernd von den Verdauungs-Organen vertragen.
Geringe Dosis. Stets gleichmässiger und nachhaltiger Effect. Milder Geschmack.

Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten.

Brand & Co.'s Essence of Beef.

Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.

Diese Fleisch-Essenz besteht ausschliesslich aus den Säften des feinsten Fleisches, welche nur durch gelinde Erwärmung und **ohne** Zusatz von Wasser oder andern Stoffen gewonnen **werden.** Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, **dass die hervorragendsten Autoritäten** dasselbe seit vielen Jahren als **Stärkungs- und Belebungsmittel mit ausserordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben.**

„LANCET" brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz auf welche wir uns speciell hinzuweisen erlauben.

BRAND & Comp. Mayfair, London W.

Auszeichnungen. — **(Gründungsjahr: 1835.)** — *Preis-Medaillen.*

Depôts in Wien: Pezoldt & Süss, I., Schottenhof; **Köberl & Plentok,** I., Kärntnerstrasse 33; **A. Hagenauer,** I., Tuchlauben 4; **M. Löwenthal,** I., Heidenschuss 3; **Math. Stalzer,** I., Lichtensteg 5. (1247)



Biliner Sauerbrunn!

hervorragendster Repräsentant der alkalischen Säuerlinge

in 10.000 Theilen: kohlens. Natron 33·6339, schwefels. Natron 7·1917, kohlens. Kalk 4·1050, Chlornatrium 3·8146, schwefels. Kali 2·3496, kohlens. Magn. 1·7157, kohlens. Lithion 0·1089, feste Bestandtheile 53·3941, Gesammtkohlensäure 47·5567, Temperatur 12·30° C.
Altbewährte Heilquelle für Nieren-, Blasen-, Magenleiden, Gicht, Bronchialkatarrh, Hämorrhoiden etc. Vortrefflichstes diätetisches Getränk.

Curanstalt Sauerbrunn

Trink- und Badekur, mit allem Comfort ausgestatte Wannen-, Dampf-, elektr. Bäder, Kaltwasser-Heilanstalt vollständig eingerichtet.
Brunnenarzt Med. Dr. **Wilhelm von Reuss.**
Die Brunnen-Direktion in Bilin (Böhmen). (1121)

Gemüths- und Nervenkranke

finden in

Dr. Svetlin's Heilanstalt

Wien, **III., Leonhardgasse Nr. 1 bis 5**
jederzeit Aufnahme und sorgsamste Pflege. (898)

Gegen venerische Geschwüre und ulcerirende Adenitis (1341) VI

wendet Herr Dr. med. Koch (conf. Wr. med. Wochenschrift Nr. 44, 1891) mit sehr günstigem Erfolge das

Kalium sozojodolicum „Trommsdorff"

an. «Das Mittel erwies sich als constant verlässlich und erfüllte seine Aufgabe. Ueberraschend fast muss man aber die Wirkung des Kal. sozojod. in einigen Fällen nennen, wo es, nachdem die Wunden unter Jodoformbehandlung sich äusserst ungünstig, fast ulcerös gestalteten, durch prompte Wirkung seine Ueberlegenheit zeigen konnte.»

Broschüren und Krankheitsgeschichten versendet gratis und franco
H. Trommsdorff, chem. Fabrik, Erfurt.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9

VII. Jahrgang. **Wien, 2. Juli 1893** **Nr. 27.**

„**Internationale Klinische Rundschau**“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**“ jährlich 10–12 Hefte zu 2–3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2·50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12·50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Med. Klinik des **Prof. De Giovanni** *in Padua*

Gegen die chirurgische Behandlung der Neurosen.

Von **Prof. Dr. Achille De Giovanni.***)

Meine Herren! Ich hatte Gelegenheit, Ihnen ein anderes Mal diese Patientin zu zeigen, bei welcher wir, der allgemeinen Anschauung folgend, eine gewisse Beziehung zwischen ihrer Neurose und der Alteration des Uterus (leichte Metritis und Antiversion) annahmen, und folglich einen chirurgischen Eingriff für zulässig hielten. Sie werden sich aber erinnern, dass wir uns schon damals diesbezüglich mit Vorbehalt aussprachen, da wir, nachdem uns bereits viele Fälle von selbst intensiveren und mehr hartnäckigen Uteruskrankheiten begegnet sind, ohne dass neurotische Erscheinungen aufgetreten wären, zugestehen mussten, dass die Neurose in diesem unseren Falle das wäre, was sie in der Mehrzahl der Fälle ist, nämlich: eher der Ausdruck einer allgemeinen Innervationsstörung als ein Effekt oder eine Reflexwirkung des erkrankten Geschlechtsapparates.

Heutzutage theilt aber die Mehrzahl der Aerzte diese Ueberzeugung nicht, und ich weiss sogar von Schülern aus meiner Schule, die, obwohl sie stets angeleitet wurden, in ähnlichen Fällen vorsichtig zu urtheilen, es dennoch später für gut hielten, im entgegengesetzten Sinne zu handeln.

Eine Frau leidet z. B. an einer neurotischen Krankheitsform. Diese scheint nun nichts Anderes als das Resultat der Alterationen des Geschlechtsapparates zu sein, daher muss dieser und nicht das Nervensystem behandelt werden. Das ist die Mode unserer Tage! Diese die Idee, die heute die Geister auf wissenschaftlichen Gebiete beherrscht!

Bereits vor mehreren Jahren ist die Frage der chirurgischen Intervention bei nervösen Störungen, die unter der allgemeinen Bezeichnung: Hysterie bekannt sind, aufgeworfen worden.

*) Uebertr. aus dem Italienischen nach der «Rif. Medica». (Juni 1893.)

Leider hat die Bezeichnung Hysterie schon zu vielen Irrthümern und Missverständnissen Anlass gegeben, denn wenn das Wort für einen denkenden und forschenden Arzt harmlos ist — denn dieser dringt mehr in das Wesen der Sache ein — so gilt dies nicht für die von traditionellen Vorurtheilen genährte Majorität, die das Wort Hysterie mit der seit HIPPOKRATES bis zu unseren Tagen herauf forterhaltenen falschen Auffassung eines krankhaften Zustandes des Nervensystems in Folge von Einflüssen seitens des Uterus und der Ovarien in Zusammenhang bringt.

Nachdem wir aber heute gesicherte Kenntnisse über die Struktursveränderungen und die pathologische Anatomie des Uterus besitzen, so muss ich lebhaft bedauern, dass man den neuen und präcisen die Neurosen betreffenden Thatsachen nicht neuere und geeignetere Bezeichnungen beigelegt hat, um so einer solchen Verirrung von Begriffen und praktischen Anwendungen besser vorbeugen zu können.

Mehr als in das pathologisch-anatomische Gebiet schlägt die Neurose in jenes der Physio-Pathologie hinein. Und da ich schon vor längerer Zeit stets darauf hingewiesen habe, dass die Hysterie sowohl die Physiologie als auch die Klinik angeht, so halte ich es für angezeigt, diesen Punkt kurz zu berühren, bevor wir von der chirurgischen Behandlung der Neurosen sprechen.

Eine der grossen Fragen, deren Beantwortung der Physiologie zufällt, wäre: «Warum hat die Symptomatologie der hysterischen Neurose sowohl beim Manne als auch beim Weibe konstante Rückwirkungen auf die Genitalsphäre?»

Vielleicht werden weder der Physiologe noch der gewiegteste Chirurg auf diese Frage Bescheid wissen, da sie noch nie das Bedürfniss empfunden haben, sich dieselbe vorzulegen. Für den Physiologen ist der Hysterische ein Kranker, für den Chirurgen ein Objekt, an dem experimentirt werden kann. Die medizinische Klinik allein fühlt die Nothwendigkeit des Problems, da sie unbefriedigt ist sowohl über die in den Laboratorien erlangten experimentellen Ergebnisse, als auch über die Erfolge der Chirurgie. Die Klinik analysirt eingehend den komplicirten Symptomenkomplex der Neurose, sie betrachtet deren

Entstehung und Entwicklung und gelangt, auf Grund der biologischen Gesetze, zu einer Synthese, die dann eine mehr wissenschaftliche Beantwortung der gestellten Frage gestattet.

Man sage nur, meine Herren, dass der Chirurgie der heutige Ruhm der Praxis vorbehalten ist, wie der experimentellen Pathologie jener der Wissenschaft; die Klinik jedoch übt zwischen den schweren und ernsten Beobachtungen, die sich ihr heute darbieten, den Instinkt der reinen biologischen Wissenschaften aus und gelangt dadurch zu einer wahren Erkenntniss der schwierigen Verhältnisse.

So oft ich mich einem Hysterischen gegenüber befand und mich in die Geschichte seiner Krankheit vertieft habe, habe ich die volle Ueberzeugung gewonnen, dass selbe mit der Geburt des Individuums beginnt, sich umwandelt und mit ihm endigt.

Für mich bedeutet das Wort Hysterie nicht allein eine Gesammtheit von pathologischen Zufällen, sondern auch einen Zustand, der innig zusammenhängt mit der mit dem Individuum selbst sich entwickelnden Konstitution, die man in ihren höchsten und niedersten, sowie in ihren komplicirtesten und einfachsten Manifestationen betrachten muss. Und wenn ich so dem Probleme näher getreten bin und mich frage, warum bei allen Neurosen, mehr oder weniger, aber doch stets Symptome seitens der Geschlechtssphäre auftreten, so kann ich darauf nur eine Antwort geben: Für mich schliesst die geschichtliche Thatsache der Krankheit ein Naturgesetz in sich.

Gleich wie ich, um die Funktion des Herzens, des Hirns, der Lunge, der Leber zu begreifen, diese Organe und deren Funktion in ihrer einfachsten natürlichen Aeusserung studiren muss, so werde ich, um die Funktion des Nervensystems im Zusammenhange mit den übrigen Theilen des Organismus richtig zu verstehen, zunächst jene genetische Phase ins Auge fassen müssen, in welcher die betreffenden Funktionen sich in der einfachsten Weise vollziehen.

Wenn wir die von Lamark stammende Methode befolgen, so gelangen wir dazu, jenes Protoplasma-Aggregat zu studiren, das wir Zelle nennen: ein einzelliges Wesen, an welchem das Mikroskop uns nur Körnchen sehen lässt, und die Cellularphysiologie uns zwei Elemente zeigt, die einer einzigen Funktion, nämlich der Ernährung und Fortpflanzung dienen sollen. Diese zwei Elemente sind die protoplasmatische Substanz und deren Fähigkeit auf die Reize der Umgebung zu reagiren.

Keine Zelle kann sich ernähren und vermehren ohne Bewegung, die eine molekulare oder eine Gesammtbewegung des Zellenkörpers ist. Und die Physiologie hat heute zugeben müssen, dass die Bewegung jenes Mikrokosmos in der elementarsten Form die Funktion des Nervensystems darstellt, die die trophische und fortpflanzende Thätigkeit der Zelle beherrscht.

Nun begreife ich nicht, warum man nicht mit Darwin diesen aufsteigenden Weg betritt und man nicht im menschlichen Körper dieses biologische Gesetz herausfindet, nach welchem das Nervensystem, obwohl viel komplicirter, doch stets seine Thätigkeit auf jene Organe übertragen muss, die der Ernährung und Fortpflanzung des Individuums und der Erhaltung der Species vorstehen. Ist daher jener Zustand vorhanden, den wir den neurotischen nennen, so muss dieser Zustand nothwendiger Weise in einer alterirten Funktion und eventuell auch in einem veränderten Trophismus jener Organe sich kundgeben, die für die Ernährung und Fortpflanzung bestimmt sind.

Meines Erachtens werden wir logischer Weise eine wissenschaftliche Erkenntniss der Neurosen nur dann besitzen, wenn wir diesen Ausgangspunkt jederzeit im Auge behalten, der im hohen Grade wissenschaftlich ist.

Andererseits werden wir auf die analytische Richtung, durch Beschreibung einer Unzahl von Varietäten der Neurose nicht hartnäckig bestehen, um zu der trostlosesten der Schlussfolgerungen zu gelangen, dass wir nämlich nur die neurotischen und hysterischen Zufälle kennen, die pathologische Wesenheit der Hysterie jedoch nicht zu erkennen vermögen. Das geschieht weil man nicht beobachtet und nicht denkt, und wenn man auch denkt, dann nicht den richtigen Ausgangpunkt, der die Naturwissenschaft ist, erfasst.

(Fortsetzung folgt.)

Bis zu welchem Grade kann man die Epilepsie durch frühzeitiges Erkennen und durch frühzeitige Behandlung hintanhalten?

Von

Dr. Graeme M. Hammond.

(Fortsetzung und Schluss *)

Die Diät bei der Epilepsie im Kindesalter ist meiner Ansicht nach ein sehr wichtiger Faktor in der Behandlung. Beim Epileptiker seceniren die verschiedenen Organe, die an der Verdauung betheiligt sind, nicht zur Genüge, sie funktioniren nicht in der gehörigen Art. Die Verdauung wird mehr oder weniger von Gehirnzuständen kontrollirt oder beeinflusst, und wenn ein deprimirter psychischer Zustand lange besteht, wie es bei der Epilepsie der Fall ist, so werden die Verdauungsorgane entschieden beeinflusst und lassen gewöhnlich in ihrer Funktion nach. Daher muss die reichliche Nahrungszufuhr, oder die Zufuhr solcher Nahrung, die Substanzen enthält, welche an die Verdauungssäfte grosse Ansprüche stellen, vermieden werden. Sowohl vom theoretischen als auch vom praktischen Standpunkte muss das Ideal der Nahrung bei der kindlichen Epilepsie eine solche sein, die geringe Quantitäten der Proteidsubstanzen, der Fette und Kohlehydrate enthält.

Abgerahmte Milch enthält ungefähr drei Perzent an Proteidsubstanzen, etwas weniger als ein Perzent Fett und ungefähr vier Perzent Kohlehydrate. Wir haben somit in derselben ein Nahrungsmittel, welches alle Elemente, die für die Ernährung nothwendig sind, in genügend kleinen Quantitäten enthält, um auch von einem kleinen Bruchtheile der normalen Quantität der Verdauungssäfte verarbeitet werden zu können.

Eine unpassende Ernährung der Kinder trifft man besonders häufig bei den unteren Klassen der Bevölkerung an. Es ist durchaus nichts Ungewöhnliches, Fälle zu beobachten, in denen die Mütter ihr einjähriges Kind mit derselben Nahrung ernähren, die sie selbst verzehren. Eine allzureichliche Nahrung muss beim epileptischen Kinde ebenso vermieden werden wie eine ungeeignete Nahrung. Die meisten Mütter glauben, dass so oft das Kind den Mund öffnet, man etwas in denselben einführen muss, und zwar so viel als eben das Kind überhaupt zu sich zu nehmen im Stande ist. Gesunde Kinder mögen dieser Art der Ernährung Stand halten, obgleich ihre Verdauung später darunter leiden wird, aber epileptische Kinder müssen ganz anders behandelt werden.

Ich gestatte für epileptische Kinder selten mehr, wenn überhaupt, als peptonisirte und sterilisirte abgerahmte Milch, bis die Kinder ungefähr das Alter von drei Jahren erreicht haben. In diesem Alter, wenn ich auch dem Kinde eine reichliche Aufnahme von Milch gestatte, so erhält doch das Kind keine grosse Menge von stickstoffhältiger Nahrung, und gerade dieses Element muss bei der Ernährung des epileptischen Kindes bei Seite gelassen werden. Der Magensaft verwandelt die Proteide oder die stickstoffhältige Nahrung in Peptone, die leicht resorbirt werden. Wenn aber die Menge des Magensaftes vermindert und die Qualität desselben eine geänderte ist, so werden die Proteide nicht in reichlichem Masse verarbeitet, und wenn man somit stickstoffhältige Nahrung verabreicht, so hat dies eine Indigestion zur Folge und vermehrt in hohem Grade die Disposition des Kranken zu epileptischen Anfällen. Fleisch, albuminöse und gelatinöse Nahrung, die alle stickstoffhältig sind, müssen daher aus der Diät für das epileptische Kind ausgeschieden werden. Diese Kategorie der Nahrungsmittel, speziell

* Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr 25, 26, 1893.

das Fleisch, ist es, die dem Organismus seine muskulöse Kraft und seine Vitalität verleiht.

Wenn man somit stickstoffhältige Nahrung, die künstlich in Peptone umgewandelt worden ist, durch den Magen in den Organismus einführen kann, so wird deren Absorption und Assimilation bewerkstelligt werden können, ohne dass man die beschränkte Menge des Magensaftes erschöpft.

In der letzten Zeit verabreichte ich Pepton-Präparate verbunden mit einer Milchdiät, und zwar nicht kontinuirlich, sondern nur zu einer gewissen Zeit und während mehrerer Tage. In dieser Art verabreichte ich stickstoffhältige Nahrung in denjenigen Fällen, in denen dieselbe besonders erforderlich war, und in einer Form, mittelst deren jegliche Reizung des Magens oder Darms vermieden wird. In dem Masse, als das Kind wächst, und wenn die epileptischen Anfälle gehörig kontrollirt werden, und wenn über ein Jahr lang kein Anfall aufgetreten ist, so kann man die am leichtesten verdaulichen stickstoffhältigen Substanzen verabreichen, aber vorsichtig und allmälig, und die zu einer bestimmten Zeit verabreichte Nahrung muss immer eine eingeschränkte sein.

Was die medikamentöse Behandlung der Epilepsie betrifft, so habe ich diesbezüglich nur wenig zu sagen. Die Brombehandlung, die Ihnen ja Allen so geläufig ist, scheint, meiner Ansicht nach, Vortheile zu besitzen, die man bei anderen Heilmitteln nicht antrifft. Nach einer sorgfältigen Prüfung all' der zahlreichen Mittel, denen man eine gewisse, wohlthuende Wirkung auf die Epilepsie zuschieben muss, kam ich zur Ueberzeugung, dass, wenn auch zweifellos viele von ihnen den epileptischen Zustand lindern, sich kein einziges unter ihnen findet, mit dem man dieselbe gleichmässige, prompte und dauernde Wirkung erzielen kann, wie mit den Brompräparaten, wenn man dieselben vernünftig und überlegt benützt.

Ich spreche diese Behauptung bis auf eine Ausnahme aus. Ich habe Fälle gesehen, in welchen die Brombehandlung, anstatt Erleichterung zu verschaffen, zweifellos den Zustand verschlimmerte. In einem Falle, an den ich mich in diesem Momente erinnere, handelte es sich um ein 10jähriges Mädchen, welches täglich 5—10 Anfälle von «Petit Mal» durchzumachen hatte.

Als ich dieses Mädchen zum ersten Male sah, erhielt sie 3 Mal täglich 8 *gr* Bromnatrium. Am nächsten Tage konnte man 18 Anfälle zählen, am zweitfolgenden Tage hatte das Mädchen 37 Anfälle und am dritten Tage mehr als 50 Anfälle. Es wurde hierauf die Brombehandlung eingestellt, und anstatt des Broms wurde Strychnin und Phosphor verabreicht. Die Anfälle nahmen rasch an Frequenz ab, hörten nach einer Woche vollständig auf, und sind auch seit jener Zeit nicht wiedergekehrt, obgleich dem Mädchen während eines Zeitraumes von sechs Jahren gar keine ärztliche Behandlung zu Theil wurde. Ich habe auch mehrere andere ähnliche Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. Im letztbeobachteten Falle handelte es sich um ein 9 Jahre altes Mädchen, das mir von Dr. Moris zugewiesen wurde, welches Brompräparate mehrere Wochen lang, bevor ich es sah, genommen hatte. Nichtsdestoweniger verschlechterte sich immer ihr Zustand und nur nachdem die Brombehandlung ausgesetzt worden war und durch Strychnin und Phosphor substituirt, besserte sich der Zustand. Ich habe in diesen wenigen Fällen die Beobachtung gemacht, dass alle diese Kranken, ohne Ausnahme, anämisch waren und einen elenden physischen Zustand aufzuweisen hatten. — Die Sache machte auf mich den Eindruck, dass Gehirnreizung durch eine abnorme Beschaffenheit des Blutes bedingt sein mochte, sei es eine quantitative oder qualitative Aenderung derselben, und dass eben dieser Zustand sich auf die Verabreichung von Bromiden verschlechterte, während er sich durch Strychnin, Phosphor und ähnliche Präparate besserte.

Ausser dieser einzigen Ausnahme jedoch, erhielt ich bessere Resultate mit den Brompräparaten, als mit irgend einem anderen Mittel und in denjenigen Fällen, in welchen das Brom versagt, glaube ich, werden sich auch andere Mittel nicht besser erweisen.

Die einzigen Punkte, die ich jetzt betonen möchte, betreffen die Dauer der Brombehandlung und die zu verabreichende tägliche Quantität des Broms, damit man der besten Resultate gewärtig sei.

Wenn ein Säugling auch nur einen, oder zwei, oder drei epileptiscne Anfälle hatte, so würde ich sicherlich die Brombehandlung so lange fortsetzen bis $1^1/_2$, ja sogar 2 Jahre verstrichen sind, ohne dass das Kind während dieser Zeit auch nur eine Spur von epileptischen Anfällen aufgewiesen haben würde. — Wenn die Anfälle oft aufgetreten sind, und wenn dieselben sehr hartnäckig sind, so soll die Behandlung so lange fortgesetzt werden, bis alle Zeichen der Erkrankung, wenigstens während der Dauer von 4 Jahren, ausgeblieben sind, und sogar dann soll man während der nächsten 2 Jahre die Brombehandlung fortsetzen, und zwar in zwei- oder dreimonatlichen Intervallen während eines Zeitraumes von 5 oder 6 Wochen.

Die Quantität von Brom, die man einem Kinde verabreicht, soll gerade genug sein, um die Paroxysmen zu kontrolliren, aber nicht grösser. — Die Brompräparate üben einen deletären Einfluss auf den Organismus aus, wenn sie in Uebermass verabreicht werden.

Bei der organischen Epilepsie ist es oft nothwendig, grosse Dosen zu verabreichen, um die Heftigkeit des Zustandes zu mildern, aber bei der reinen idiopathischen Epilepsie sind viel kleinere Quantitäten wirksam, und es ist besser, so weit wie möglich solche Zustände, wie Muskelschwäche, Stupor und allgemeinen physischen und geistigen Torpor zu vermeiden, da alle diese Zustände die gehörige Entwicklung des Körpers und des Intellekts verzögern, ohne dass man hierbei die epileptischen Anfälle besser zu kontrolliren im Stande sein würde, als bei mässigen Dosen von Brom.

Wenn man 5—15 Gran Brom 3 Mal täglich verabreicht, je nach dem Alter des Kranken, so wird dies fürs Gewöhnliche genügen, um die Paroxysmen zu kontrolliren, ohne das Fortschreiten des physischen und geistigen Wachsthums zu afficiren. Obgleich die medikamentöse Behandlung über Alles wichtig ist, und obgleich nur durch sie allein viele Fälle geheilt werden können, so wird man in anderen Fällen finden, dass die physische und konstitutionelle Behandlung von unschätzbarem Dienste seien, und dass in allen Fällen das diätetische Regime die Genesung sehr erleichtert und die Tendenz zu solchen Anfällen mindert. Die ideelle und erfolgreichste Behandlung muss eine Kombination dieser Methoden darstellen, und wenn man diese Behandlung frühzeitig einleitet, so kann man die Mehrzahl der Fälle zur Heilung bringen.

Aus der I. chirurgischen Klinik des Herrn ***Hofrathes Prof. Albert.***

Casuistische Mittheilungen.

Von **Dozent Dr. Rudolf Frank**, Assistent obiger Klinik.

(Fortsetzung und Schluss.*)

5. Carcinoma coeci. Resektion. Heilung.

H. David, 48 Jahre alt, überstand im 24. Lebensjahre Typhus. Seit seinem 35. Jahre leidet er an Hämorrhoiden mit häufigen Blutungen. Seit etwas länger als einem Jahre bemerkt er eine Geschwulst im Unterbauche rechterseits. Vor 5 Monaten liess sich der Patient auf die Klinik aufnehmen, ging aber auf eine Operation nicht ein.

Im Jänner 1893 wieder aufgenommen, zeigte der Kranke eine länglich- rundliche, 6:3 *cm* messende Geschwulst im Unterbauche rechterseits. Die Geschwulst verschiebt sich mit der Respiration, ist ausgiebig beweglich, ihre Konsistenz hart. Beobachtet man den Bauch, so überzeugt man sich leicht von der vermehrten Peristaltik der Därme, welche gegen den Tumor zu absetzt. An Koliken leidet der Kranke nicht. Der Kranke ist sehr abgemagert und anämisch.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 22, 25, 1893.

Operation am 17. Jänner 1893.

Incision 12 *cm* lang, schief, von aussen oben, nach innen unten. Vorwälzung der nahezu faustgrossen höckerigen Geschwulst, welche dem Coecum angehört; Isolirung des Tumors vom Mesocoecum: hiebei wird ein Paket geschwellter Drüsen exstirpirt. Colon und Ileum werden in RYDYGIER'schen Klemmen gefasst, quer durchtrennt. Quere Verengerung des Colon, bis die Lumina übereinstimmen, darauf cirkuläre Darmnaht in zwei Etagen, deren erste alle Darmwände fasst, während die zweite aus LEMBERT'schen Nähten besteht. Sorgfältige Etagennaht der Bauchwandung, komplete Hautnaht.

Der exstirpirte Tumor erwies sich als ein Drüsencarcinom, welches die lateralen zwei Drittheile des Coecums occupirte, während die mediale Wand und die Insertionsstelle des Ileum frei war, woraus sich die geringen Stenosenerscheinungen erklären. Das resecirte Darmstück mass 16 *cm*, wovon 12 *cm* auf das Coecum, 4 auf das Ileum entfielen. Verlauf fieberlos. Nachbehandlung: Durch 4 Tage Opium, durch 10 Tage flüssige Kost. Entfernung der Nähte am 17. Tage. Wunde ideal verheilt. Nach drei Wochen verlässt der Kranke das Bett. Bei der Entlassung nach vier Wochen zeigt sich die Gegend der Bauchnarbe herniös vorgewölbt. Es wird daher eine Bauchbinde angelegt. Der vor der Operation sehr herabgekommene Pat. erholte sich rasch.

* * *

6. Gallenblasenexstirpation.

R. Beatrix, 44 Jahre alt. Der Vater der Patientin starb an Lungentuberkulose. Patientin überstand Blattern, war aber gesund bis vor 8 Jahren. Seit dieser Zeit leidet sie an Appetitlosigkeit, Magendrücken nach dem Essen, zeitweisem Erbrechen, Stuhlverhaltung. Die Beschwerden steigerten sich in den letzten vier Jahren, es traten Schmerzen im Epigastrium bei körperlichen Bewegungen auf, Patientin magerte ab. Typische Koliken waren nie aufgetreten, Gelbsucht und Entfärbung des Stuhles sollen nie vorhanden gewesen sein.

Schwächliches, stark abgemagertes blasses Individuum. Leberdämpfung beginnt am unteren Rande der 6. Rippe, überschreitet den Rippenbogen nicht. Abdomen weich, eingesunken. Unter dem rechten Rippenbogen fühlt man eine nahezu faustgrosse, längliche, sehr pralle, fluctuirende Geschwulst mit stumpfem nach abwärts stehendem Pole; dieselbe steigt bei der Respiration präcise mit der Leber auf und ab und lässt sich gegen die Mittellinie und gegen die Flanke hin verschieben.

Die Diagnose lautete auf Hydrops der Gallenblase.

Die Patientin wurde am 6. September in Chloroformnarcose operirt; 12 *cm* langer, dem Rippenbogen paralleler Schnitt. Die vergrösserte Gallenblase stellte sich in der Wunde ein und konnte leicht vorgewälzt werden, wobei der atrophische dünne Leberrand mitfolgte. Deutlich konnte man im Ductus cysticus einen haselnussgrossen Stein spüren, der sich in die Blase heraufstreifen liess. Da die Blase vollständig frei war, so ging ich folgendermaassen vor: Das die Gallenblase deckende Peritoneum wurde an der Unterseite durch eine Längsincision von circa 8 *cm* gespalten, die Ränder des Peritonealspaltes mit Péans fixirt und nun die Gallenblase unter sorgfältiger Schonung des Peritoneum stumpf herausgeschält, bis der Hals der Blase freilag. Während nun die Blase stark vorgezogen gehalten und der im Halse steckende Stein gegen die Blase zurückgedrängt wurde, konnte der Stiel doppelt unterbunden und durchschnitten, die Blase hierauf entfernt werden. Nun wurde der gesetzte Spalt in dem Peritonealüberzuge der Blase, durch eine Reihe Catgutnähte bis auf seinen vordersten Winkel genäht, dieser in die Nahtlinie des Peritoneum parietale aufgenommen, so dass hier ein kleines Streifchen Jodoformgaze gegen das frühere Lager der Gallenblase eingeführt werden konnte. Hierauf Bauchdeckennaht.

Die in toto exstirpirte Gallenblase stellte einen 15 *cm* langen 5 *cm* im Durchmesser haltenden durchscheinenden Beutel dar. Incidirt entleerte sie eine serös schleimige Flüssigkeit und eine grosse Zahl kleiner Steine neben einem etwa haselnussgrossen.

Der Verlauf nach der Operation gestaltete sich gänzlich fieberlos; das Streifchen Jodoformgaze wurde nach einigen Tagen ausgezogen, und hinterliess einen granulirenden Gang, der sich innerhalb drei Wochen vollständig schloss. Patientin erholte sich nach der Operation rasch und blieb seit derselben beschwerdelos.

Die Veröffentlichung dieses Falles geschieht aus dem Grunde, weil der günstige Verlauf einer Gallenblasenoperation durch das beschriebene Verfahren gesichert erscheint, da dasselbe gestattet, das Lager der Gallenblase vollständig vom Peritonealcavum abzuschliessen; auch die Ligatur des Stieles sieht nicht ins Peritonealcalvum, sondern in den abgeschlossenen Raum des Cystenlagers. Die Drainage dieses Raumes dürfte für alle Fälle zu empfehlen sein, wenn sie auch vielleicht nicht immer nothwendig wäre.

Die Anwendbarkeit des Verfahrens ist aber eine beschränkte, da es zur Voraussetzung hat, dass die Blase frei und der Peritonealüberzug gut ablösbar sei also vor Allem bei einfachem Hydrops der Gallenblase.

Was die Frage der operativen Behandlung der Retentionsgeschwülste der Gallenblase anlangt, so ist dieselbe bis heute noch nicht fest entschieden, dürfte auch eine verschiedene Antwort erhalten, je nachdem es sich um einen Hydrops oder ein Empyem oder um Gallensteinkolik mit schweren Erscheinungen der Gallenretention handelt. Betrachten wir hier nur die Frage der Behandlung des Hydrops der Gallenblase. Wenn man immer sicher wüsste, dass im speziellen Falle nur ein Hydrops mit einem für das Peritoneum ungefährlichen Inhalte vorliegt, so wäre gegen die Punktion nichts einzuwenden, da dies aber nicht sicher entschieden werden kann, so ist die Punktion als ein gänzlich unsicheres und dabei nicht ungefährliches Verfahren zu verwerfen. Die Frage steht heute so, soll man die Gallenblase nur eröffnen (Cystotomie), oder soll man die Gallenblase exstirpiren. Für die Anwendung des ersteren Verfahrens wird ins Feld geführt die leichte Ausführbarkeit, die geringe Gefährlichkeit und die Möglichkeit bei Wiedereintritt der Bildung von Gallensteinen nochmals Eingriffe zu unternehmen, die Steine zu entfernen. Für die Cholecystectomie wird angeführt, die grössere Sicherheit des Erfolges, die Vermeidung einer Fistel, die Beseitigung der Gefahr der neuerlichen Steinbildung, da die Blase die Hauptbildungsstätte der Steine abgibt.

Was die einfache Cystotomie anlangt, so hat sie auch ihre Schattenseiten; diese sind die lange Heilungsdauer, die Gefahr des Bestandes einer sehr lange oder nie sich schliessenden Gallenfistel. Eine solche Gallenfistel ist nicht nur höchst lästig, sondern kann bei reichlichem Gallenabfluss auch durch Inanition gefährlich werden. Die Vortheile der Leichtigkeit der Ausführung und der anfänglichen Ungefährlichkeit werden also durch spätere üble Folgen wettgemacht. Dass die Cholecystectomie eine grössere primäre Mortabilität hat als die Cholecystotomie, das ist sicher. Es fragt sich nur, ob die übrigen Einwürfe, die man gegen sie erhob, gerechtfertigt sind, nämlich dass durch Entfernung der Gallenblase eine neuerliche Steinbildung auch nicht sicher vermieden werde. Diese Behauptung beruht aber nur auf einer Vermuthung, ist nicht bewiesen. Der zweite Einwurf ist der, dass man sich durch Exstirpation der Blase für den Fall einer neuerlichen Steinbildung die Hände binde. Dieser Einwurf ist eigentlich hinfällig, da man nicht weiss, ob sich nach Exstirpation der Blase noch Steine bilden; übrigens bliebe selbst in dem Falle des neuerlichen Auftretens von Steinen in den Gallenwegen immer noch die Choledochotomie als sichere Abhilfe übrig.

Es spricht also gegen die Gallenblasenexstirpation eigentlich nur die grössere Gefährlichkeit, verläuft die Operation aber günstig, so wirkt sie um Vieles sicherer als die einfache

Cystotomie. Die ideale Cystotomie BERNAYS ist mindestens ebenso gefährlich wie die Exstirpation und in der Sicherheit des dauernden Erfolges wohl auch zweifelhaft.

Durch ZIELCWICZ erfuhr die Cystotomie eine Verbesserung, welche sie zu einer überlegenen Concurrentin der Cystectomie machte. ZIELCWICZ unterband den Ductus cysticus doppelt und durchschnitt ihn, nähte die Gallenblase in die Bauchwunde ein und eröffnete sie. Diese Art der Cystotomie verhindert also die Bildung einer Gallenfistel und schaltet dabei die Gallenblase aus, so gut wie wenn sie exstirpirt worden wäre.

Für den Fall eines Hydrops der Gallenblase sind es wohl die beiden Verfahren, die Cystotomie nach ZIELCWICZ und die Exstirpation der Gallenblase, welche ernstlich in Frage kommen.

Das Verfahren von ZIELCWICZ dürfte sich in allen Fällen empfehlen, wo die Exstirpation irgend welchen nennenswerthen Schwierigkeiten begegnet; gegen die Exstirpation ist dann nichts einzuwenden, wenn die Ausschälung der Blase mit Leichtigkeit gelingt und in diesen Fällen empfiehlt sich wohl der Vorgang, den ich in dem oben beschriebenen Falle beobachtete, nämlich Spaltung und sorgfältige Erhaltung des Serosaüberzuges der Gallenblase, Ausschälung der letzteren aus ihrem Bette, Ligatur des Ductus cysticus und Vernähung des im Peritonealüberzug der Blase gesetzten Schlitzes bis auf eine Drainlücke, welche in die Oeffnung des Peritoneum parietale eingenäht wird. Hiedurch wird Folgendes erreicht: Das ehemalige Lager der Gallenblase ist vollständig gegen das Peritonealcavum abgeschlossen und bildet eine nach aussen drainirte Höhle; auch der ligirte Stumpf des Ductus cysticus sieht nicht ins Peritonealcavum, sondern in jenen nach aussen drainirten Raum.

* * *

7. Ruptura ligamenti patellae proprii.

B. Thomas, 58 Jahre alt, Briefträger, glitt am 23. Jänner 1893 beim Herabgehen einer steilen Stiege aus, blieb dabei mit dem linken Schuhabsatze an einer Treppenstufe hängen, so dass im Fallen das linke Knie plötzlich übermässig gebeugt wurde. Dabei spürte der Mann einen Krach und bemerkte, dass die «Kugel» aus dem Gelenke trat; als das Bein wieder gestreckt wurde, ging die Kugel wieder hinein.

An der Klinik wurde folgender Befund konstatirt: Die wohlerhaltene linke Patella steht um gut zwei Querfinger höher als die rechte; unter ihr gelangt man in eine Grube, in der man den vorderen Rand der Tibiagelenkfläche und einen Theil der Condylen des Oberschenkels tastet. Beugt man das Knie, so treten die Condylen stark hervor und lassen sich gut abtasten. Das ligamentum patellae ist nahe seiner Insertion an der Patella abgerissen. Das Gelenk stark geschwollen; man fühlt ein leises Reiben (Blutcoagula).

Die Patella sehr stark beweglich, lässt sich aber nur mit ziemlich bedeutender Gewalt in ihre normale Stellung herabdrücken.

Die Behandlung bestand in Herabziehen der Patella durch Heftpflasterstreifen, Einwickelung des Beines mit Flanellbinden, Schiene in Streckstellung des Kniegelenkes bei gebeugtem Hüftgelenke. Nach drei Wochen wurde ein Gypsverband angelegt, mit welchem der Kranke nach Hause ging.

Die Ruptur des Patellarbandes ist gegenüber der Patellarfractur selten, unter analoger Behandlung scheint der Bandriss gegenüber der Fractur eine günstigere Prognose für ein gutes funktionelles Resultat zu geben. Die primäre Vernähung des Bandes ist gewiss als das klarste u. sicherste Verfahren zu empfehlen; in unserem Falle wurde dieselbe aber von dem Kranken nicht zugegeben.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 23. Juni 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Regiments-Arzt Dr. Habart demonstrirt, um sich ein Urtheil über die Anwesenheit von Fremdkörpern und über den Keimgehalt in frischen Schusswunden bilden zu können, mehrere Gelatinbüchsen, gegen welche aus einer Entfernung von 200 bis 300 Schritten mit dem neuen Kriegsgewehre geschossen wurde. Bei sterilisirten Büchsen blieb der Schusskanal in der Gelatine keimfrei. Waren die Büchsen dagegen mit getragenen Monturstücken belegt, so war schon makroskopisch die Anwesenheit von Fremdkörpern, unter dem Mikroskope zahlreiche Mikroorganismen im Schusskanal nachweisbar.

Dozent v. Eiselsberg demonstrirt einen 3jährigen Knaben, welcher nach dem Genusse von Laugenessenz eine schwere Striktur des Oesophagus erlitt, die weder durch retrograde vom Magen aus eingeführte Bougies, noch durch Sonden, welche vom Munde aus eingeführt wurden, erweitert werden konnte. Nach gemachter Oesophagotomie wurde die von HACKER empfohlene Sondirung ohne Ende angewendet, mittelst welcher die Striktur so weit erweitert wurde, dass die Oesophagotomie- sowie die Gastrostomiefistel der Verheilung bereits zugeführt werden können, die in diesem Falle spontan vor sich geht. Bemerkenswerth ist ferner die gute Funktion des Schliessmuskels, welcher bei der Ausführung der Gastrostomie von HACKER hergestellt wurde. Bei einem zweiten vorgestellten Patienten, bei dem in Folge eines diphtheritischen Prozesses eine Striktur der Trachea eintrat, welche die Tracheotomie nothwendig machte, war die Sondirung ohne Ende ebenfalls von günstigem Erfolge begleitet. Dieselbe empfiehlt sich auch für Urethralstrikturen nach Ausführung des hohen Steinschnittes.

Vortragender demonstrirt ferner einen 27jährigen Mann, bei dem vor 6 Jahren spontan eine Verknöcherung einer Reihe von Fascien und zahlreiche Exostosen am Körper aufgetreten waren, welche den Patienten, der ein sehr interessantes Demonstrationsobjekt darstellt, jeder Beweglichkeit berauben.

Prof. Weinlechner stellt zuerst einen geheilten Fall von Rhinoplastik vor, die wegen Lupus vorgenommen wurde; ferner demonstrirt er eine Patientin, welche in Folge Durchschneidung des Recurrens bei einer vorgenommenen Kropfexstirpation an Stimmbandlähmung leidet. Dieselbe erlitt eine seitliche Subluxation im rechten Ellbogengelenke mit Fraktur der Eminentia capitata, welche auf blutige Weise reponirt wurde. Da aber der Arm funktionsunfähig ist, muss die Resektion vorgenommen werden.

Dozent Dr. Herzfeld demonstrirt einen Narkosekorb behufs Einleitung der Aethernarkose, welche bei Laparotomie an der Klinik des Professor SCHAUTA verwendet wird. Der Korb besteht aus einem Trichter, welcher einen mit Aether gefüllten Glascylinder trägt, aus welchem eine, einen Docht enthaltende Röhre ragt, welcher die gleichmässige Vertheilung des Aethers im Trichter bewirkt und die rasche Verdunstung des Aethers verhindert.

* * *

Prof. Dr. Adolf Lorenz: *Vorstellung operativ behandelter Fälle von angeborener Hüftverrenkung.* (Autoreferat.)

In Fortsetzung der in der Sitzung vom 6. März 1893 begonnenen Demonstration, stellt LORENZ neuerdings einschlägige Fälle vor.

Der zunächst vorgeführte Fall von linksseitiger, congenitaler Luxation bei einem 11jährigen Mädchen beweist, dass selbst unter den schwierigsten Verhältnissen, welche in der Verbildung des oberen Femurendes ihren Grund haben, bei entsprechendem Vorgehen noch ein gutes Resultat erzielbar ist. Der betreffende Fall ist der vierte unter den von LORENZ bisher ausgeführten 31 Hüftrepositionen. Der Gang des Kindes erweckte den Eindruck der grössten Krüppelhaftigkeit. Es bestand bei 3 *cm* reeller Verkürzung und ziemlich ausgiebiger Verschiebbarkeit des luxirten Kopfes auf

dem Darmbeine, eine nicht unbedeutende, habituelle Adduktionsstellung. Bei Extension fühlten sich die Adduktoren, die Spinae- und Tubermuskeln als scharf gespannte Stränge an, während die Gesässmuskulatur vollkommen schlaff blieb. Operation am 15. Oktober 1892. Hautschnitt 1 *cm* unterhalb der Spina ant. sup.; Durchtrennung des Tensor fasciae, des Sartorius und Rectus cruris. Subkutane Tenotomie der Adduktoren. Breite Eröffnung der Kapsel mittels ausgiebigen Kreuzschnittes; worauf der Kopf ohne Schwierigkeit in das Pfannenniveau reduzirt werden konnte. Die Pfanne stellt ein kleines, fast flaches Grübchen vor. Bei Vertiefung derselben bis auf kaum mehr als 1 *cm* wird die Beckenwand im ganzen Bereiche des Fundus der künstlichen Pfanne perforirt, so dass die prall elastische Beckenfascie nunmehr den Boden derselben bildet. Diese Pfannengrube war zu flach um dem Kopfe ein verlässliches Widerlager zu bieten. Der Kopf selbst war klein und abgeplattet und sass auf einem Halse, dessen Länge auf eine, den Trochanter vom Kopfe schneidende Schnürfurche reduzirt war. Vom Lgt. teres keine Spur. Reposition des Kopfes bei indifferenter Strecklage des Beines nicht möglich. Es blieb nichts übrig, als das Bein in einer fast maximalen Abduktionslage zu fixiren und vorläufig eine Ankylose in dieser Stellung anzustreben. Der Wundverlauf war reaktionslos. Das operirte Bein zeigte gegenüber dem gesunden eine scheinbare Verlängerung von 5 *cm*, welche durch eine entsprechende Sohlenprothese rechterseits zum Ausgleiche gebracht wird. Der Gang des Kindes ist trotz der Abduktionsankylose ein ungleich besserer als vor der Operation. Der gegenwärtige Zustand des vorgeführten Kindes stellt jedoch nur ein Zwischenstadium und gewissermassen die erste Etappe der ganzen Behandlung vor. Es erübrigt noch, das abducirte Bein durch eine subtrochantere Osteotomie in die indifferente Strecklage herunter zu holen, was auf keinerlei Schwierigkeiten stossen kann. Nach Vollendung dieses zweiten Aktes des Operationsplanes wird LORENZ das definitive Resultat abermals zur Beurtheilung unterbreiten.

Der zweite vorgestellte Fall betrifft ein $3^1/_2$ jähriges Mädchen mit linksseitiger Luxation. Das Kind hinkte enorm und kam leicht zu Falle. Reposition am 1. März 1893 in EDER's Sanatorium. Die Operation verlief vollkommen typisch und war in 20 Minuten beendet. Lgt. teres wurde exstirpirt. Wundverlauf reaktionslos. Die Bewegungen des Gelenkes im Sinne der Beugung, Streckung und Abduktion genügend frei, die Verkürzung ausgeglichen. Die Funktion des Beines noch nicht ganz befriedigend, der Gang des Kindes aber trotzdem ganz ausserordentlich gebessert.

Ein dritter vorgestellter Fall betrifft ein 7jähriges Mädchen, welches mit linksseitiger Luxation behaftet war. Bei 3 *cm* Verkürzung im Liegen bestand eine grosse Verschiebbarkeit des Kopfes auf dem Darmbeine und dementsprechend sehr starkes Einsinken beim Auftreten auf das kranke Bein. Durch kräftige Extension liess sich die bestehende Verkürzung zum Ausgleiche bringen. Die operative Einrenkung wurde am 3. März 1893 im Sanatorium EDER in typischer Weise vorgenommen. Nach Freilegung und Spaltung der Kapsel gelang die Reduktion trotz der gleichfalls vorgenommenen Adduktion. Durchschneidung nicht völlig, es bedurfte der kräftigsten Wirkung einer zu diesem Zwecke konstruirten Extensionsschraube um die Durchschneidung der Tubermuskeln zu umgehen. Die Reposition des wenig deformirten Kopfes fand keine Schwierigkeit und fand derselbe selbst bei leichter Adduktion sicheren Halt in der künstlich vertieften Pfanne. Wundverlauf vollkommen reaktionslos, das Kind war nur 8 Tage strenge zu Bett. Gegenwärtig besteht eine reelle Verkürzung von 1 *cm*, welche auf die Wachsthumshemmung des Femurs und speziell auf die Atrophie des Schenkelhalses zurückgeführt werden muss. Das Gelenk ist bereits genügend beweglich, doch besteht leichte Neigung zur Adduktionsstellung. Der Gang des Kindes ist ein vollkommen sicherer.

Zum Schlusse führt LORENZ das bereits einmal demonstrirte 7jährige Mädchen aus Siebenbürgen vor, welches mittlerweile so bedeutende Fortschritte gemacht hat, dass sein Gang ein vollkommen gleichmässiger genannt werden muss.

* * *

Dr. Kretz demonstrirt ein Lungenpräparat, welches einem 38jährigen Patienten entstammt, welcher mit der klinischen Diagnose »Tuberkulose der Lungen und Bronchiektasie« geführt wurde. Bei der Sektion fand sich im Oberlappen der linken Lunge eine apfelgrosse Cyste, welche einen derben Balg hatte, der mit einem schmierigen Brei erfüllt war und zahlreiche 10—15 *cm* lange Haare enthielt. Diese **Dermoidgeschwulst** drang vom Mediastium in die Lunge ein und hatte den Bronchus an 3 Stellen durchbrochen. In der Literatur sind im Ganzen zwei Fälle bekannt, bei denen sich in vivo Haare im Sputum zeigten und die an Tuberkulose starben. Man muss annehmen, dass die Abschnürung der versprengten ektodermalen Zellen, welche eine solche Neubildung bewirken sollen, sehr frühzeitig stattfindet, wahrscheinlich schon am 30. Tage, was die subpericardiale oder subpleurale Lage dieser Cysten erklärlich macht.

* * *

Dr. Spiegler: *Ueber Lokalreaktion in Folge hypodermatisch einverleibter chemischer Verbindungen.*

Vortragender bespricht in erster Linie die mit dem Tuberkulin KOCH's angestellten Versuche und betont, dass die von KOCH dargestellte Lymphe ein Gemisch verschiedener Körper darstellt, von denen das Tuberkulocidin isolirt Lokalerscheinungen hervorruft. Aber nicht das Tuberkulin allein, sondern auch von anderen Autoren gebrauchte Stoffe sind im Stande, solche lokale Erscheinungen bei Lupus hervorzurufen, so das von HEBRA versuchte Thiosynamin, MOSETIG's Teucrin u. s. w. KAPOSI hat die Ansicht ausgesprochen, dass in dem Tuberkulin eine Substanz enthalten sei, welche in die Blutbahn gebracht, auf das embryonale Gewebe einen Reiz ausübt und die Involution desselben bewirkt.

Vortragender hat nun nach Körpern gesucht, denen die gleiche Wirkung auf Lupusgewebe zukommt, wie dem Tuberkulin und dieselben in dem Diophen, Benzol, Sulfoharnstoff, Lecithin, Taurin, Kadaverin und mehreren Animen gefunden, bei deren Applikation er mehr weniger starke lokale Reaktionen, aber kein Fieber beobachten konnte. Eine besonders starke Wirkung zeigten die Ammoniakderivate. Da Vortragender nur auf die Reaktion Acht hatte, kam es ihm auf die Dosirung nicht an und verwendete er ziemlich grosse Dosen. SPIEGLER hält ferner solche Versuche für sehr bedenklich, da durch dieselben auf dem Wege der Lymphbahn eine Verschleppung der Keime in andere Regionen stattfinden kann.

Vortragender kommt nun auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlusssätzen:

1. Es gibt eine unendlich grosse Zahl von Körpern mit verschiedenartiger chemischer Konstitution, welche eine ähnliche Wirkung wie das Tuberkulin hervorrufen.
2. Diese Körper enthalten ein lokale Reaktion erzeugendes Radikal, während die pyogenen Substanzen das Fieber erzeugen.
3. Dieser Reaktion ist das embryonale Gewebe mehr ausgesetzt als das alte Gewebe.

* * *

Primarius Dr. Gersuny: *Ueber Sphinkterplastik am Darme.*

Die von HACKER empfohlene Sphinkterbildung eignet sich nur für jene Fälle, wo eine dicke Muskelschichte vorhanden ist. Wo diese nicht vorliegt, empfiehlt Vortragender, um die Inkontinenz hintanzuhalten, eine Methode, wie er sie bei Incontinentia urinae angegeben hat, nämlich eine Drehung des Darmes der Länge nach vorzunehmen. Derselbe wird nämlich so lange gedreht, bis der eindringende Finger unter Ueberwindung eines grösseren Widerstandes über die gedrehte Stelle hinaufgelangen kann. Die Grösse der Drehung hängt ab von der Länge des Darmantheiles und des Mesenteriums. GERSUNY hatte auf diese Weise zwei Fälle von Rektumcarcinom mit günstigem Erfolge operirt, in denen der Sphinkter mitexirpirt werden musste. Vortragender empfiehlt diese Operationsmethode, 1. in jenen Fällen, wo der Sphinkter mitentfernt werden muss, 2. wo ein Anus praeternaturalis angelegt werden muss.

Dr. Em. Mandl.

Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 20. März 1893.

Dr. Krönig: *Ueber Befruchtung intra puerperium.*

Am 10. März d. J. wurde in der Leipziger Frauenklinik eine Zweitgebärende entbunden, die durch die Art der Konzeption und die kurze Schwangerschaftsdauer Erwähnung verdient.

Die Betreffende ist 22 Jahre alt, früher stets gesund, regelmässig menstruirt, alle 4 Wochen. Die Geburt des 1. Kindes war am 4. Juli 1892. Das Kind lebt, wurde von der Mutter bis zum 10. Tage gestillt.

Am 8. Juli, also 4 Tage post partum wurde der Coitus wieder ausgeübt, dann 3 Monate abstinent in venere.

Die Periode kehrte nicht wieder.

Die ersten Kindsbewegungen wurden im November 1892 gefühlt.

Partus des 2. Kindes am 10. März 1893. Das Kind hat alle Zeichen der Reife, Länge 52 *cm*, Gewicht 3550 *g*.

Die Schwangerschaftsdauer beträgt hier vom befruchtenden Coitus an gerechnet 243 Tage, also, die durchschnittliche Dauer zu 270 Tagen berechnet, 27 Tage weniger als die Norm.

Ausser der Kürze der Schwangerschaftsdauer ist hier noch die Art der Konception bemerkenswerth. Nach der herrschenden Ansicht sistirt die Ovulation während der Schwangerschaft vollständig und beginnt mit dem Einsetzen oder etwas vor dem Einsetzen der 1. Menstruation, also 6—8 Wochen post partum bei nicht stillenden Frauen. Wenn wirklich hier die Ovulation so spät erfolgt wäre, so müsste der Samenfaden eine ungewöhnlich lange Lebensdauer gezeigt haben. Es will zwar Bozzi in Genua noch 17 Tage post coitum lebende Spermatozoen im Scheidengewölbe nachgewiesen haben, doch ist hier a priori diese Art der Konzeption auszuschliessen, weil wir sonst eine viel zu kurze Zeit der Schwangerschaft zu verzeichnen hätten.

Es ist hier die Ovulation ganz unabhängig von der Menstruation eingetreten. Dass das Platzen eines Follikels in der intermenstruellen Periode stattfinden kann, ist schon durch die Untersuchungen von Lawson Tait und Leopold ziemlich sichergestellt. Leider sind anatomische Beobachtungen über den Zustand der Follikel im Eierstock kurze Zeit post partum in der Literatur nicht niedergelegt.

Da der Follikel bis zur Reife und Sprungfertigkeit eine gewisse Zeit gebraucht, so dürfte vielleicht durch diesen Fall der Beweis erbracht sein, dass die Annahme, als ob während der Schwangerschaft jede Ovarienthätigkeit aufhöre, nicht richtig ist; es ist vielmehr wahrscheinlich, dass die Ovarien während der ganzen Schwangerschaftsdauer thätig sind, wenn auch nur in so geringem Masse, dass es nicht zur vollkommenen Reifung und Berstung der Follikel kommt.

Als 2. Punkt kommt hier in Frage, wie bald nach der Geburt sich ein befruchtetes Eichen in die Uterusschleimhaut einbetten kann. Mit der Geburt der Placenta wird ein grosser Theil der Uterusschleimhaut als Decidua vera ausgestossen. Gleich nach der Geburt ist die Uterusinnenfläche einer grossen Wundfläche vergleichbar; in dieser Zeit dürfte eine Einbettung des Eies unmöglich sein. Sehr bald post partum geht aber die Gewebsschicht, welche über und zwischen den Epithel führenden Drüsenpartien gefunden wird, zu Grunde, sie ist während der normalen Involution des Uterus etwa in den ersten 3—5 Tagen entfernt; es stossen dann die Drüsen durch fettigen Zerfall des zwischen ihnen liegenden Bindegewebes zusammen, wodurch ein fast kontinuirlicher Epithelüberzug über die gesammte Uterusinnenfläche gebildet wird. Es ist also sehr wohl denkbar, dass schon in diesem frühestem Stadium der Involution dem Eichen eine Einbettung ermöglicht ist.

Der Fall dürfte daher Folgendes beweisen:

1. Während einer Schwangerschaftsdauer von 243 Tagen, vom befruchtenden Coitus an gerechnet, kann ein reifes Kind ausgetragen werden.
2. Das Spermatozoon bleibt im Lochiensekret lebensfähig.
3. Die Ovarienthätigkeit hört innerhalb der Schwangerschaft nicht vollständig auf; die Follikel reifen, so dass es schon sehr bald post partum zum Platzen des gereiften Follikels kommen kann.
4. Menstruation und Ovulation können unabhängig von einander erfolgen.
5. Bei kräftigen Individuen kann es im Wochenbett zu einer schnellen Regeneration der Schleimhaut kommen, welche die Einbettung des befruchteten Eies schon in der frühesten Zeit des Wochenbettes ermöglicht.

Diskussion: Dr. Rösger hat Drüsenkrypten, in denen ein Ovulum noch einwurzeln könnte, schon am Endometrium von am 2. Tage p. partum Verstorbenen gesehen. Eie herkömmliche Darstellung des puerperalen Endometrium als eine Wundfläche passe eigentlich nur auf die Placentarstelle. Citirt als Curiosum einen Fall von Coitus intra partum.

Dr. Zweifel: Die Thatsache ist nicht zu bestreiten, dass nach Abstossung der Secundinae Epithelinseln mit hohem cylindrischem Drüsenepithel zurückbleiben, welche, obschon sie in den mikroskopischen Präparaten doch immer gesucht werden müssen, zur Einbettung eines Eies genügen können. Dieser Punkt kann am wenigsten bestritten werden.

Bemerkenswerther ist es, dass nach dieser Erfahrung unsere bisherigen Ansichten über das Sistiren der Ovulation während der Schwangerschaft einer Korrektur bedürfen. Der Zusammenhang bezw. die Unabhängigkeit der 2 Vorgänge Ovulation und Menstruation ist hier gar nicht heranzuziehen. Auch sind die Arbeiten von Lawson Tait zur Klärung dieser Frage nicht verwerthbar.

Doch ist ja nicht zu vergessen, dass die Erfahrung, welche zu unseren Schlüssen den Anlass gibt, auf den Angaben eines Frauenzimmers beruht, welche keiner von uns auf ihre Zuverlässigprüfen konnte. Erst dann gewinnt dieser Fall ein wissenschaftliches Interesse, wenn sich die Angaben der Betreffenden nachträglich als richtig herausstellen. Ich bitte den Vortragenden darüber weitere Nachforschungen anzustellen.

Dr. Döderlein: Der Fall von Dr. Krönig bietet, so wie er liegt, weittragendes, principielles Interesse nach verschiedenen Richtungen hin. Besonders bemerkenswerth ist die hier in seltenem Maasse genau zu berechnende Schwangerschaftsdauer. Die mittlere Dauer der Schwangerschaft ist bekanntlich beim Menschen zu 280 Tagen von der letzten Menstruation an gerechnet, oder zu 273 Tagen vom befruchtenden Coitus an gerechnet, angenommen.

Ich habe seiner Zeit in Erlangen bei ca. 1500 Schwangeren, welche reife, lebende Kinder geboren hatten, die Dauer der Schwangerschaft nachgerechnet mit dem auch von anderen Autoren vielfach erbrachten Resultat, dass zwischen 36 und 44 Wochen Schwankungen vorkommen. Dabei treffen auf die 40. Woche die weitaus überwiegende Mehrzahl der reifen Geburten, in ziemlich gleicher Weise reihen sich hieran die 36. und 44. Woche. Bei diesen muss jedoch wohl die eigentliche Schwangerschaftsdauer ebenfalls zu 40 Wochen angenommen werden, mit Korrektur des Conceptionstermins, so dass entweder die Periode noch einmal in der Schwangerschaft aufgetreten ist, oder dass die Konception zur Zeit der erst ausgebliebenen Menstruation stattgefunden hat. Dass sehr häufig nicht das Ei der letzt dagewesenen Periode, sondern dasjenige der zum 1. Male ausgebliebenen Menstruation befruchtet wird, dafür sprechen die bekannten Untersuchungen von His, der bei Embryonen der ersten Wochen den Konceptionstermin aus dem anatomisch festgestellten Alter derselben berechnet hat. In die 37., 38. und 39. Woche, sowie in die 41., 42. und 43. Woche fallen relativ wenige reife Geburten. Für diese Zeit könnte man nach Leopold intermenstruelle Ovulation bezw. Konception annehmen.

Auf diese Weise lassen sich die Schwankungen der Schwangerschaftsdauer als Irrthümer der Berechnung auffassen, so dass die alte Annahme, die menschliche Schwangerschaftsdauer sei eine konstante und betrage ca. 40 Wochen, aufrecht erhalten werden könne. Krönig's Fall kann allerdings nicht in Einklang hiermit gebracht werden. Stellt er sich als richtig heraus, so ist er von grösster Bedeutung für die Kenntniss der menschlichen Schwangerschaftsdauer; dann muss man weitgehende individuelle Schwankungen zulassen.

Dr. Hennig stellt als Axiom auf, dass die Kinder verschiedene Reifezeiten haben, abhängig von der Natur des Sperma und Ovariums. (Deutsche Medizinal-Zeitung, Nr. 42, 1892.)

V. Versammlung der gynäkologischen Gesellschaft zu Breslau.

Vom 25.—27. Mai 1893.

Schauta (Wien): *Referat über Indikationen, Technik und Erfolge der Adnexoperationen.*

1. Die Frequenz der entzündlichen Erkrankungen der Adnexe beträgt nach SCHAUTA's eigenem Materiale 1130 unter 6315 geheilten Fällen d. i. 17·8%

2. Eine dauernde Rückbildung zu normalen Verhältnissen ist, wenn die Tube durch entzündliche Veränderungen fingerdick geworden, nicht mehr zu erwarten.

3. Die Diagnose des Inhaltes der Tubensäcke (ob steril, gonokokken- oder streptokokken- beziehungsweise staphylokokkenhaltig) ist vor der Operation weder nach dem Resultate der Anamnese noch durch Untersuchung noch auch durch die Temperaturerscheinungen mit Sicherheit zu stellen.

4. Fiebertemperaturen finden sich vor der Operation auch bei sterilem Inhalte der Tuben, vollkommen afebriles Verhalten auch bei pathogenem Inhalte (Streptokokken- oder Staphylokokkeneiter.)

5. Die Indikation zur operativen Therapie ist gegeben, wenn die Tuben mindestens fingerdick geworden und schwere Symptome vorhanden sind, unter jeder Bedingung aber bei nachweisbarer Eiteransammlung in den Tuben.

6. Für die Technik der Adnexoperationen ist die im Falle von Eiteraustritt noch während der Operation auszuführende bakteriologische Untersuchung des Eiters von massgebender Bedeutung.

Bei Adnexanschwellungen von geringer Grösse, bei denen kein Eiter bei der Operation sichtbar wird, wird die Operation in Beckenhochlagerung in der Weise ausgeführt, dass nach vollständiger Lösung aller Verwachsungen der Adnexe mit der Umgebung und vollkommene Entfaltung des Lig. latum fortlaufende Partienligaturen durch letzteres sowie durch den Isthmus der Tube angelegt werden und hierauf die Abtrennung der Adnexe ausgeführt wird.

8. Bei grossen, den Bauchdecken anliegenden Adnexentumoren wird nach Eröffnung der Bauchhöhle und eventueller Entfernung der sich ebenfalls doch in geringem Grade erkrankt erweisenden Adnexe der anderen Seite die Wand des grossen Eitersackes mit Freilassung einer entsprechend grossen Fläche mit Perit. pariet. umsäumt, die übrige Bauchhöhle geschlossen, hierauf der Eitersack durch jene frei gelassene, zwischen den Rändern der Bauchwunde freiliegende Wandpartie mit feinem Trokar punktirt, etwas Inhalt aspirirt und derselbe sofort der bakteriologischen Untersuchung zugeführt. Ergibt letztere sterilen Inhalt oder Gonokokkeneiter, so wird der Sack sofort in der Ausdehnung der mit Peritoneum umsäumten Fläche gespalten, ausgewaschen, dann die Peritonealnäthe gelöst und der Sack in typischer Weise entfernt. Erweist sich der Tubeninhalt als streptokokken- oder staphylokokkenhaltig, so wird die Operation vorläufig abgeschlossen und erst nach 4—5 Tagen, also nach dem Zustandekommen eines sicheren Peritonealabschlusses, die Spaltung und Drainirung des Sackes vorgenommen.

9. Bei grossen, dem Ovarialgewölbe dicht anliegenden Eitersäcken wird die Spaltung von der Vagina aus angezeigt sein. Doch im Allgemeinen der abdominale Weg vorzuziehen, da man sich bei dem vaginalen Wege der Möglichkeit einer Besichtigung und eventuell operativen Behandlung der Adnexe der anderen Seite beraubt, es sei denn, dass man mit der vaginalen Operation die Totalexstirpation des Uterus nach PEAN verbindet.

10. Bei Eitersäcken mittlerer Grösse (von Ei- bis Orangengrösse) wird die Laparotomie mit möglichster Schonung der Sackwand ausgeführt. Erfolgt trotzdem Eiteraustritt, so ist der Eiter sofort bakteriologisch zu untersuchen. Erweist er sich als steril oder gonokokkenhaltig, so wird die Bauchhöhle nach Vollendung der Operation in gewöhnlicher Weise geschlossen; erweist er sich aber streptokokken- oder staphylokokkenhaltig, so wird der mit dem Eiter in Berührung gekommene DOUGLAS'sche Raum nach MIKULICZ drainirt.

11. Die Drainage des Douglas wirkt erstens durch Ableitung der Sekrete, hauptsächlich aber durch Erzeugung baldiger den drainirten Raum vom übrigen Cavum perit. abschliessender Verwachsungen.

12. Die Gesammtmortalität meiner in der Zeit vom 3. Februar 1887 bis 15. April 1893 operirten 216 Fälle beträgt 13 d. i. 6%. Von diesen 13 starben 2 an Pneumonie und fallen der Operation demnach nicht direkt zur Last.

13. Die Mortalität der Fälle von Adnexoperationen, bei denen kein Eiter oder steriler Eiter gefunden wurde 2·8% (4:144); die Mortalität der Fälle, bei denen Gonokokken im Eiter gefunden wurden, 9% (3:33); die Mortalität der Fälle, bei denen Streptokokken oder Staphylokokken gefunden wurden, 20% (3:15). Von den Fällen der letzteren Kategorie starben bei Laparotomie und Eiteraustritt von den drainirten 16·6% (1:6), von den nicht drainirten 40% (2:5); bei Laparotomie ohne Eiteraustritt bei zweizeitiger Operation so wie bei vaginaler Spaltung keine der Operirten (4 Fälle).

14. Zur Beurtheilung der Dauererfolge stehen mir die Berichte und Untersuchungsresultate von 121 Operirten zur Verfügung. 100 von diesen waren frei von jeglicher Störung, in 17 Fällen eine wesentliche Besserung eingetreten, in 4 Fällen bestanden die früheren Beschwerden. Danach wird der Prozentsatz der durch die Operation dauernd Geheilten 82·6% betragen.

(Centrablatt für Gynäkologie Nr. 22, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Intoxikationen.

Von **Prof. Dr. Rudolf Kobert** in Dorpat

Mit 63 Abbildungen im Text.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Die rapide Entwicklung der Chemie und die damit fortwährend steigende Zahl der Gifte macht es dem praktischen Arzte ganz unmöglich, dem wissenschaftlichen Stande der Lehre von den Intoxikationen zu folgen.

Dieser Umstand lässt die Zusammenstellung der einschlägigen Thatsachen als dringend wünschenswerth erscheinen, um dem Praktiker Gelegenheit zu geben, sich mit Raschheit über einschlägige Fragen zu orientiren.

Ein, den Dimensionen der uns vorliegenden, dem Namen des bekannten Autors entsprechendes Werk liegt nun gar nicht vor, und wir begrüssen das nun erschienene als einen erfreulichen Gewinn.

Der Gegenstand selbst, der unter der Mitwirkung der verschiedenartigsten Disziplinen aufgebaut ist, kann selbstverständlich auch aus ebensoviel verschiedenen Gesichtspunkten in Angriff genommen werden. Der Verfasser hat unter diesen den richtigsten und praktisch wichtigsten, nämlich den der Pharmakologen gewählt.

Die Abgrenzung des Stoffes kann sich aber bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens nicht leicht gestalten und wir müssen es besonders hervorheben, dass diese Frage, wie die Eintheilung des Stoffes, mit Geschick gelöst wurde. Die Disposition ist im Wesentlichen dieselbe, wie sie der Verfasser in seinem Kompendium der Toxicologie aufgestellt hat.

Das Buch besteht aus einem allgemeinen, aus einem speziellen Theil, nebst einem Anhang.

Der allgemeine Theil enthält neben einer historischen und literarischen Skizze, den Eintheilungsprinzipien, der Diagnose, Prognose und allgemeine Therapie der Vergiftungen, einen fundamental wichtigen und sorgfältig durchgearbeiteten Theil: den Nachweis der Intoxikationen. Dieser zergliedert sich in drei Abschnitte: in den pathologisch-anatomischen Theil, den chemischen und den physiologischen, oder richtiger experimentellen Theil.

Hier finden wir nun, abgesehen von den Methoden zum Nachweis der Gifte, auch alle in Betracht kommenden Experimente angeführt und deren Wichtigkeit erörtert.

Dieser ganze Abschnitt wird in erster Linie dem Forschenden als Leitfaden dienen. Der Verfasser ist nämlich in diesem Theile, ebenso wie im speziellen Theil durch eine sorgfältige Berücksich-

tigung der Literatur bestrebt, nicht allein den Praktiker, sondern auch den forschenden Arzt zu stützen.

Im speziellen Theile ist als Eintheilungsgrund die Wirkung der Stoffe angenommen. Der Verfasser unterscheidet Gifte, welche am Orte der Applikation wirken, dann solche, welche entfernt wirken, ferner Blutgifte und endlich Gifte, welche ohne schwere anatomische Veränderungen zu setzen, tödten können (Alkoloide und dergleichen).

Der Anhang: Giftige Stoffwechselprodukte wird dem der neuen chemischen Literatur Fernstehenden zur Orientirung sehr willkommen sein. Das vortreffliche Werk ist Herrn Hofrath E. LUDWIG gewidmet.

Der etwa 750 Seiten umfassende Text zeugt von einer bewunderswerthen Leistung, deren praktischer Erfolg nicht ausbleiben wird. Wir glauben somit, dass sich das Buch einen grossen Leserkreis erwerben wird, auf den es auch vermöge seiner Qualität allen Anspruch hat.

Die Ausstattung ist eine sehr gelungene. *l.*

Der Nervenkreislauf

anatomisch und experimentell nachgewiesen und als ätiologische Grundlage zur Behandlung aller chronischen und akuten Krankheiten des Menschen (einschliesslich des chronischen Fussgeschwüres.)

Von **Dr. Kreidmann.**

I. Theil. — I. Abtheilung.

Verlag von Pontt & Döhren. Hamburg 1893.

Die schon durch den Titel erweckte Vermuthung, dass man es hier mit einem nicht ernst zu nehmenden Werke zu thun habe, verwirklicht sich auf den ersten Seiten bereits in vollem Masse. In der entwicklungsgeschichtlichen Einleitung erklärt Verfasser: «Das Gehirn-Rückenmark ist nichts Anderes als der vielfach vergrösserte Samenfaden. Dem Vater gehört der Nervenkreislauf.» Das Blutgefässsystem stamme von der Mutter. Da aber in der Frucht «Vater und Mutter vollständig vertreten sein müssen» findet KREIDMANN dass «die Wirbeldrüse nach Form, Lage und Mündung in einem blind endigenden Kanal, das Herz des väterlichen Kreislaufs, die Hypophysis das unvollendete Gehirn des weiblichen Samenfadens ist.

Die Nerven haben nach KREIDMANN keine Endigungen, sondern bilden einen Kreislauf, in dem die sensiblen Nerven den Venen entsprechen, die RANVIER'schen Schnürringe den Klappen etc. Die neuen histologischen Entdeckungen GOLGI's, RAMON Y CAJAL's etc. kennt Verfasser gar nicht; übrigens hätte er sie sicherlich als Wundernetze u. dgl. gedeutet. Aus dem Zeitpunkt des Auftretens der sympathischen Augenentzündung «im Mittel 6 Wochen» wird berechnet, dass «ein Molekül Nervenplasma bei einem Menschen von 1·7 *m* vom Gehirn zur Zehe 30 Monate auf der Wanderschaft ist.» Da sich für den obersten Theil des Sympathicus keine Verwendung im Kreislauf findet, lässt KREIDMANN denselben «obliterirt und zu einer grauen marklosen Masse heruntergesunken» sein.

Verfasser, der dann in kühnen Schritten die ganze Pathologie durchmisst, weiss genau dass «die Moleküle eine längliche oder stäbchenförmige Form besitzen» und «in der Zellenhülle der Länge, im Zellkern der Breite nach geordnet liegen.» Das furchtbare Grassiren aller Epidemien und die erschreckende Zunahme der chronischen Tuberkulose wird nach ihm durch die Schutzpockenimpfung verursacht, während der fluor albus «nichts Anderes ist, als der direkte Erzeuger der Skrophulose.» Die Betrachtung der bösartigen Geschwülste «im Lichte des Nervenkreislaufes» ergibt, dass «Tuberkulose, Sarcomatose und Carcinose nur verschiedene Stufen einer und derselben Vergiftung des Nervenkreislaufes sind.»

Diese Stichproben dürften zur Charakterisirung der amusanten Theorien genügen, von denen Verfasser stolz erklärt, sie hätten erst der medizinischen Wissenschaft das zweite Bein gegeben.

H.

Zeitungsschau.

G. Schulz: Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen und diagnostische Bedeutung der Leukocytose. (Ziemssen's Archiv für klinische Medizin. Band 51, Heft 2 und 3. 1893.)

Als Leukocytose bezeichnet man im Allgemeinen eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Wo aber die Leukocytose beginnt, ist schwer zu beantworten, da die Zahl der Leukocyten unter normalen Verhältnissen aus mannigfachen Ursachen den verschiedensten Schwankungen unterliegt. Man sah sich deshalb veranlasst, für die normalen Verhältnisse Durchschnittswerthe festzustellen, um überhaupt von einer Leukocytose sprechen zu können. So beträgt der Durchschnittswerth der weissen Blutkörperchen beim Menschen 6000—9000 in 1 *ccm*, was einem Verhältnisse von 1 : 833 bis 1 : 555 rother Blutkörperchen entspricht.

Beim erwachsenen Hunde findet der Verfasser einen Durchschnittswerth von 9154, bei jungen Hunden im Alter von 1 bis 3 Monaten 11665. Beim Kaninchen kommen durchschnittlich in 1 *ccm* 9905 und beim Meerschweinchen 10694 Leukocyten vor.

Bekanntlich unterscheidet man eine physiologische und pathologische Leukocytose. Die erstere ist nicht etwa ein Symptom irgend einer Krankheit, sondern kommt regelmässig beim Menschen vor. VIRCHOW erklärte dieselbe, wie sie nach der Nahrungsaufnahme und bei der Schwangerschaft besteht, als durch diese Ursachen bedingt: durch die zugeführten Chylusbestandtheile werden nach ihm die Gekrösdrüsen gereizt und zu einer vermehrten Zellbildung angeregt.

HOFMEISTER's und POHL's Erklärung stimmt so ziemlich mit der von VIRCHOW überein. HOFMEISTER verglich das adenoide Gewebe des ganzen Intestinalkanals von Hungernden und Wohlgenährten, im Zustande der Verdauungsleukocytose sich befindenden Thieren, und fand dasselbe bei ersteren schmäler und zellärmer als bei letzteren. Er erklärt diese Erscheinung als bedingt durch die Resorption von Nährmaterial und die hiedurch hervorgerufene lebhafte Vermehrung der vorhandenen Lymphzellen. Da man Mitosen fast ausschliesslich in den Lymphdrüsen und nicht im strömenden Blute findet, so glaubt HOFMEISTER, dass nicht in diesem die zur Vermehrung der Zellen nöthigen Substanzen enthalten seien, sondern, dass es die Anwesenheit der Verdauungsprodukte sei, an die sich der vermehrte Ansatz von Kern- und Zellsubstanz knüpft, so dass die Theilung nun vor sich gehen kann.

POHL ging von folgender Erwägung aus: bilden sich die Leukocyten im adenoiden Gewebe des Darmtractus, so müssen die Venen mehr Leukocyten enthalten als die Arterien, was er thatsächlich gefunden zu haben angibt.

Verfasser stellte ebenfalls eine ganze Anzahl von Verdauungsversuchen an und die erzielten Resultate gestatten Verfasser nicht den Erklärungen HOFMEISTER's und POHL's beizustimmen, obwohl er die von diesen Autoren angegebenen Thatsachen vollauf anerkennt.

Die Resultate, zu denen Verfasser über die physiologische Leukocytose gelangt ist, sind folgende:

1. Beim Pflanzenfresser und beim jungen Fleischfresser, der wie jener fast stets in Verdauung begriffen ist, werden unter gewöhnlichen Verhältnissen durch Nahrungsaufnahme keine Veränderungen in der Zahl der im Blute kreisenden Leukocyten hervorgerufen. Wird jedoch bei ihnen künstlich durch längeres Fastenlassen ein Unterschied in den Verhältnissen vor und nach der Nahrungszufuhr gesetzt, so tritt auch bei ihnen eine Verdauungsleukocytose auf.

2. Erwachsene Menschen und Fleischfresser, die an eine durch Zeitabschnitte getrennte, regelmässige Nahrungsaufnahme gewöhnt sind, zeigen nach Aufnahme grösserer Speisemengen fast immer eine Verdauungsleukocytose.

3. Diese ist am stärksten wahrzunehmen schon innerhalb der ersten drei halben Stunden nach der Zufuhr der Nahrung.

4. Eine Verdauungsleukocytose in dem Sinne, als ob durch die Zufuhr von Verdauungsprodukten zu dem Lymphapparat der Baucheingeweide erst die weissen Blutkörperchen, die das Plus

ausmachen, neu gebildet und dann in den Kreislauf getrieben werden, existirt nicht.

5. Die Leukocyten, die durch Nahrungsaufnahme das Plus bedingen, sind schon vorhanden, sie sind nur in den grösseren Venen der Eingeweide, vielleicht auch in der Capillarenwand — ständig gewesen und werden durch Kreislaufsänderungen nur mit in den allgemeinen Blutstrom fortgeschwemmt, kommen daher auch an dem peripheren Theil vor, aus dem das zu untersuchende Blut gewöhnlich entnommen wird.

Die Leukocytose in der Schwangerschaft und bei Neugeborenen hatte Verfasser keine Gelgenheit zu untersuchen.

Es waren hauptsächlich die Untersuchungen von LIMBECK, die gezeigt haben, dass die entzündliche Leukocytose nur bei solchen Krankheitsprozessen auftritt, bei welchen es zu einer Exsudation in die Gewebe kommt. Da aber alle von LIMBECK untersuchten Fälle, bei denen eine Leukocytose gefunden wurde, akute, durch bestimmte Mikroorganismen hervorgerufene Infektionskrankheiten waren, so versuchte LIMBECK auf experimentellem Wege mit Mikroorganismen eine Leukocytose hervorzurufen, was ihm auch mit einer Anzahl von Mikroorganismen vollständig gelungen ist.

SCHULZ wiederholte diese Versuche und bestätigte die Angaben von LIMBECK, wobei er noch darauf aufmerksam macht, dass gleich nach der Injektion von Bakterienkulturen eine Verminderung der Zahl der Leukocyten auftritt und erst nach einigen Stunden die entzündliche Leukocytose zu Stande kommt.

Nicht nur mit lebenden Bakterienkulturen lässt sich eine Leukocytose hervorrufen, sondern auch mit vollkommen sterilisirten, so dass angenommen werden muss, dass es die Bakterienproteine und Toxine sind, die die Leukocytose hervorrufen.

Versuche, die Verfasser im Anschluss an diejenigen von RÖMER anstellte, bestätigten diese Vermuthung: es tritt eine Verminderung ein, die 3—7 Stunden anhält, worauf dann eine Leukocytose sich zeigt.

Nach Constatirung der angeführten Thatsachen legt sich Verfasser folgende Fragen vor:

1. Woher stammen die Leukocyten, die bei der Leukocytose in vermehrter Zahl angetroffen werden?

2. Haben die in den Organismus eingeführten Bakterien oder deren Zerfallprodukte einen Einfluss auf die im Blute kreisenden Leukocyten oder auf die Organe, welche dieselben erzeugen?

3. Welchen Zweck würde die Vermehrung der weissen Blutkörperchen haben?

4. Wohin gehen die Leukocyten beim Nachlassen der Leukocytose?

v. LIMBECK beantwortet die erste Frage auf Grund seiner Untersuchungen dahin, dass die blutbereitenden Organe nach Infektion des Organismus mit Bakterien auf irgend eine Weise zu vermehrten Zellbildungen angeregt werden.

Dieser Erklärung stimmt Verfasser nicht bei, ebenso derjenigen von RÖMER, der behauptet, dass die Vermehrung der Leukocyten im Blute selbt und zwar durch amitotische Theilung vor sich geht.

Im Anschluss an eine Angabe von RÖMER, der beobachtete, dass die Leukocytose nur im venösen Gebiete auftritt, und dass in den Arterien keine Vermehrung der Leukocyten zu beobachten ist, untersuchte Verfasser das Blut in verschiedenen Venen und überzeugte sich, dass die Vermehrung der Leukocyten in denselben nur lokal anzutreffen ist, z. B., dass in manchen Venen eine Leukocytose auftritt, in manchen dagegen nicht oder sogar eine Verminderung der Zahl der Leukocyten. Eine allgemeine Leukocytose, eine absolute Vermehrung der weissen Blutkörperchen anerkennt Verfasser nicht.

Die Resultate der diesbezüglichen Untersuchungen fasst Verfasser folgendermassen zusammen:

1. Ich halte es nicht für erwiesen, dass die sogenannte Leukocytose in einer absoluten Vermehrung der weissen Blutkörperchen besteht, glaube vielmehr nach meinen Untersuchungen, vor Allen denjenigen, die sich auf die Zählung der weissen Blutkörperchen im Blute aus Gefässen der verschiedenen Körperregionen beziehen, dass die weissen Blutkörperchen in allen Zuständen, die man für leukocytotische hält, nicht vermehrt sind, sondern nur eine andere Vertheilung im Gefässsystem erfahren haben.

2. Diese verschiedene Vertheilung zu erklären ist mir nicht gelungen.

3. Das Wort Leukocytose hat für mich nur eine lokale Bedeutung, will man es auf die Gesammtblutmenge anwenden, ist es falsch.

4. LÖWIT's Bezeichnung «Leukolyse» — für eine Verminderung der Leukocyten nach Proteininjektion, ist nicht richtig, weil es unwahrscheinlich ist, dass ein besonderer Zerfall von Leukocyten stattfindet, und für eine blosse lokale Verminderung ist das Wort unpassend, weil man bei Leukolyse immer an eine Auflösung, einen Zerfall zu denken hat.

5. Die Untersuchungen nach der Herkunft der mehr gefundenen Leukocyten an gefärbten Präparaten und durch Zählung derselben in Blutproben aus verschiedenen Gefässen lassen darauf schliessen, dass die bei Leukocytose mehr gefundenen Zellen sich schon länger in der Blutbahn befanden, und dass sie nicht erst von den blutbereitenden Organen producirt und aus denselben ausgeführt werden.

Das Wesen und die Bedeutung der Leukocytose, ja sogar der Leukocyten, ist noch terra valde incognita und bedarf noch fortgesetzter, vor Allem experimenteller Untersuchungen.

Rdt.

E. Leyden: Bemerkungen über Ernährungstherapie. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 22, 1893.)

An einen Vortrag von ZUNTZ (gehalten im Vereine für innere Medizin in Berlin am 20. März 1893): «Was können wir zur Aufbesserung der Ernährung thun?» knüpft der Verfasser einige Bemerkungen über Ernährungstherapie vom klinisch-therapeutischen Standpunkt.

Durch Experimente an Thieren ist festgestellt, dass bei einem Gewichtsverlust von etwa 45 Perzent der Tod durch Inanition eintritt. Früher aber schon haben die Kräfte durch die fortschreitende Abmagerung so abgenommen, dass die Lebensfunktionen dadurch bedeutend abgeschwächt werden und der Körper an Widerstandskraft gegen die Krankheit einbüsst.

Darum ist es eine wichtige und sehr oft auch recht schwierige Aufgabe für den Arzt den Ernährungszustand des Kranken und damit seine Lebenskraft zu heben, besonders in Fällen, wo man nicht im Stande ist auf den Krankheitsverlauf kürzend einzuwirken.

Die moderne Ernährungstherapie unterscheidet sich von der früheren wesentlich dadurch, dass sie das Hauptgewicht auf die Quantität der Nahrungsmittel legt. Diese wird heutzutage in Calorien (wovon etwa 3000 für den Gesunden erforderlich sind) ausgedrückt, wobei, wenn die vier Stoffe C, H, N, O alle vertreten sind, der Unterschied zwischen N freien Respirationsmitteln und N hältigen Gewebsnahrungsmitteln nicht mehr gemacht wird, nachdem der Verbrennungswerth beider ziemlich gleich ist. Die letzteren können also nicht mehr als die namhafteren angesehen werden, sondern es gilt die gemischte Nahrung als die zweckmässigste.

Die für den einzelnen Krankheitsfall erforderliche Anzahl von Calorien kann nach den schon vorliegenden Untersuchungen theoretisch annähernd berechnet werden. Praktisch begegnet man jedoch oft grossen Schwierigkeiten.

Bei mangelnder Esslust muss theils durch Medikamente (selten wirksam), richtige Auswahl und Zubereitung der Speisen, theils durch die Autorität und Disziplin des Arztes eingewirkt werden.

Der Begriff der «Verdaulichkeit» der Speisen scheint auch nicht mehr zutreffend, indem zu viel von individuellen Verhältnissen abhängig (Beispiel: Milch).

Während früher und vielfach auch jetzt noch das Bestreben dahin ging, durch dem Körper zugeführte Fermente (Galle, Pepsin, Pankreatien) die Verdauung zu erleichtern, versuchte man in jüngster Zeit die Nahrung in halbverdautem Zustand in den Körper einzuführen (Dr. ROBERTS in Manchester und auch Verfasser), doch wollten die Kranken solche Speisen auf die Dauer nicht nehmen.

Die Fleischextrakte haben zum Theil einen guten Geschmack, aber nur geringen Nährwerth; die Peptone (60—70% Eiweissgehalt) sind wegen ihres unangenehmen bitteren Geschmacks auf die Länge der Zeit nicht zu geniessen.

Viele andere Nährpräparate neuerer Zeit sind, wenn auch den besseren von ihnen neben den nicht von beträchtlichen Nährwerth, eine gewisse Bedeutung als Medikamente, die vom Kranken eher genommen werden als aus der Küche kommende Speisen, nicht abgesprochen werden kann, überflüssige und der wissenschaftlichen Erprobung nicht standhaltende Erzeugnisse der Industrie.

Die ideale Aufgabe, mit geringen Quantitäten eine genügende Ernährung des kranken Menschen zu bewirken, ist noch ungelöst und nach des Verfassers Meinung unlösbar, weil die Kranken kaum je auf längere Zeit zu bewegen sein werden, erheblichere Mengen von Nahrungsmitteln einzuführen, die zur Erzeugung der erforderlichen Anzahl von Calorien nothwendig sind.

Die Anschauung, durch die Nahrung dem Körper entweder Nahrungsstoffe zuzuführen, die er zu wenig hat oder diejenigen zu entziehen, welche er zu viel hat wie z. B. bei der Gicht die Entziehung der Fleischkost und Behandlung derselben mit vegetarianischer Kost, bei der Fettsucht die Entziehung des Fettes oder neuester Zeit bei der Oxalurie die Entziehung der Kohlehydrate, weiters die Zuführung des Eisens oder neuerdings des Hämoglobins bei der Blutarmuth ist streng genommen nur zum Theil wissenschaftlich erwiesen oder durch die Erfahrung festgestellt, indem nicht selten in der Literatur in Bezug auf diätetische Behandlung entgegengesetzte Standpunkte vertheidigt werden (s. Gicht und Fettsucht). *B. S.*

F. Velten, (Sandau). **Spezifische Mittel gegen Pleuritis, Pneumonie und Genickstarre.** (Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 10 und 11, 1893).

Spezifische Mittel sind nach des Verfassers Auffassung nicht solche, welche eine Krankheit in jedem Falle und in jedem Stadium zur Heilung bringen — solche Mittel gibt es nicht — sondern diejenigen Mittel, «auf welche sich der Arzt in einer bestimmten Krankheit verlassen kann.»

I. Pleuritis.

Verfasser hat bei seinen Untersuchungen gefunden, dass etwa 50% der Pleuritiden tuberkulösen, etwa 40% rheumatischen, oder genauer, polyarthritischen Ursprungs sind.

Betrachten wir zuerst die tuberkulöse Pleuritis.

Die Theorie, nach welcher das pleuritische Exsudat die Lunge komprimirt, dadurch im Ernährungszustand herabsetzt und der tuberkulösen Infektion zugänglich macht, ist nicht zutreffend; sondern die tuberkulöse Pleuritis entsteht in der bereits tuberkulös ergriffenen Lunge und ist der Erkrankungsherd auch stets nachzuweisen, doch muss man:

1. den Patienten vor sich stehen oder auf einem Stuhl aufrecht sitzen lassen;

2. leise auf den Zeigefinger (nicht Plessimeter) perkutiren, dabei dem tympanitischen Schall seine Aufmerksamkeit schenken, weil sonst bei der Vergleichung die andere Seite gedämpft zu schallen scheint und

3. in der Regio supraspinata, fossa supra- und infraclavicularis je 3 Stellen miteinander und mit der gleichnamigen Stelle der anderen Seite vergleichen.

Hiebei hat Verfasser gefunden, dass der tuberkulöse Herd in der Lungenspitze bei der frischen Pleuritis immer an einer Stelle sitzt, welche bei gewöhnlicher Körperhaltung senkrecht über der afficirten Partie der Pleura sich befindet. Selbstverständlich bezieht sich dies nur auf eine circumskripte Pleuritis, die wir durch das Reibegeräusch diagnosticiren. Verfasser erklärt diesen Befund in folgender Weise:

Ein peripher in der Lungenspitze sitzender tuberkulöser Herd arrodirt die Pleura, es gelangen infektiöse Stoffe in den Brustfellraum und gleiten an dem glatten Brustfell bis nach abwärts, wo sie sich ansiedeln, (ähnlich wie die carcinomatösen Theilchen auf dem Peritoneum) und die örtliche Entzündung hervorrufen.

Als spezifisches Mittel gegen die tuberkulöse Pleuritis empfiehlt Verfasser das Kreosot und zwar gleich von Anfang an in grossen Gaben (täglich 1·0—1·2) und will damit überraschende Erfolge erzielt haben. Und zwar müsse man, um unangenehme Nebenerscheinungen zu vermeiden, ein reines Präparat in Verbindung mit Ol. jecor. asell. geben.

Nebstbei wäre Bettruhe von grosser Wichtigkeit, damit möglichst bald an der Stelle des durchgebrochenen Geschwürs der Lungenspitze eine Verklebung der Pleurablätter erfolge und weitere Infektion abhalte.

Die rheumatische oder polyarthritische Pleuritis.

In Fällen, wo die Lungenspitze frei gefunden wird, ergibt die Anamnese bei genauerer Nachforschung stets, dass in den letzten Tagen Schmerzen in einem oder mehreren Gelenken gefühlt wurden; es ist also die Pleuritis eine Lokalisation des rheumatischen Krankheitsgiftes auf einer serösen Membran.

In solchen Fällen ist, wenn die Erkrankung frisch zur Behandlung kommt, Salicylsäure ein Specificum (schädlich dagegen bei der tuberkulösen Pleuritis) und zwar konsequent von Anfang an in Gaben von 8—3 *g* des Natronsalzes gereicht (mit den grossen Dosen beginnend).

Bleiben noch die übrigen 10% der Pleuritiden.

Diese sind sekundärer Natur, wie z. B. die carcinöse, die metapneumonische, die von einem paratyphlitischen Herd fortgeleitete etc.

II. Pneumonie.

Die Pneumonie bei Kindern beginnt gewöhnlich nicht so plötzlich wie bei Erwachsenen. Sie scheint meist nach mehrtägigem Fieber aus einem Katarrh hervorzugehen.

Da ist nun nach des Verfassers Erfahrungen Apomorphin das beste Expectorans.

Spezifisch wirkt aber Chinin bei allen Formen von Kinderpneumonie, «mit Ausnahme der Infiltrationen die nach Diphtheritis vom Hals her ganze Lappen ergreifen.»

Die Dosis ist 0·5 pro die — Kinder von 3—4 Jahren erhalten 0·4; 2 Jahre alte 0·3; im ersten Jahre ist eine Tagesgabe von 0·03 pro Lebensmonat eine hohe Dosis z. B. Rp. Chinin muriat. (nicht sulfur.) 1·0; Acid. muriat. q. s., Aqu. et Syr. āā, 20·0 PS. Heute Vormittag um 10 Uhr die erste Hälfte und morgen zur selben Zeit den Rest zu geben.

Verfasser gibt an mit Ausschluss von 3 Fällen, wo er das Chinin nicht genau in der oben angegebenen Weise angewendet, in 9 Jahren kein Kind an Pneumonie verloren zu haben.

Die Gabe für Apomorphin. mur. beträgt 0·018 pro die; es wird in Lösung mit Ac. mur. dil. 0·25 gereicht. Bei Säuglingen fängt man mit dem 4. Theile an und kann oft bis zur vollen Gabe steigen, ohne dass es zum Erbrechen käme.

Die Diät sei Milch, Eigelb, dünne Fleischbrühe — kein Wein.

Dabei müssen die Kinder fleissig getragen werden.

Gegen die Pneumonie der Erwachsenen hat sich Jodkali als Specificum erwiesen, und zwar sind 6 *g* in den ersten 6—12 Stunden nach dem Schütttelfrost auf einmal gegeben im Stande die Krisis resp. Lysis herbeizuführen.

Wenn diese Dosis 12—22 Stunden nach dem Schüttelfrost gegeben ward, sank die Temperatur bis zur normalen, hob sich aber am 2. Tage wieder gewöhnlich jedoch nur wenig über 38° und eine zweite ebensolche Dosis beseitigte das Fieber dauernd.

Später als 24 Stunden nach dem Beginn der Pneumonie hatte Jodkali keinen Erfolg mehr.

Jodismus trat nur selten ein und da nur vorübergehend.

Selbstverständlich kann das Jodkali nur die Krisis herbeiführen und damit die Gefahr der am 6.—8. Tage eintretenden Herzschwäche beseitigen; die Restitutio ad integrum tritt wie bei anderen Behandlungsmethoden erst nach 4 Wochen ein.

Von Wichtigkeit ist daher die möglichst frühzeitige Diagnose der Pneumonie.

Es ist dabei zu achten: auf den plötzlichen Eintritt der Erkrankung, das hohe Fieber, den Schüttelfrost, die Dyspnoe. Blutiger Auswurf, Bronchialathmen, Dämpfung fehlen zumeist noch — Der Patient soll zur Untersuchung vor dem Arzt stehen oder sitzen, die Perkussion muss leise erfolgen. Durch aufmerksame Vergleichung beider Seiten wird man die oft nur geldstückgrosse tympanitisch schallende Stelle finden, die die Diagnose sichert.

Im Greisenalter ist das Jodkali nicht so verlässlich, und vielleicht auch nur mit Vorsicht zu gebrauchen. Da hat man die

besten Erfolge mit Senega, Liquor amon. aniv., Benzoësäure und Digitalis.

III. Meningitis cerebrospinalis.

Durch die Aehnlichkeit des Pneumococcus und des Coccus der Meningitis cerebrospinalis bewogen, hat Verfasser das Jodkalium auch bei letzterer Krankheit versucht und ist dabei in 80 Fällen «zu positiven und sehr erfreulichen Resultaten gekommen». Er betrachtet das erwähnte Mittel in täglichen Dosen von 3·0 bis 6·0 konsequent gegeben, als Specificum gegen die epidemische Genickstarre. *B. S.*

Prof Zweifel (Leipzig): **Die Symphyseotomie.** (Nach einem in der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig gehaltenen Vortrage.)

Die Operation wurde zum ersten Male von SIGAULT und ALPHONSE LE ROY am 1. Oktober 1777 in Paris mit glücklichem Erfolge ausgeführt, erzeugte anfänglich ausserordentlichen Enthusiasmus, wurde aber bald wieder in Folge der zahlreichen Anfeindungen, die sich gegen sie geltend machten, verworfen und vergessen. Der zäheste und bedeutendste ihrer Widersacher war BAUDELOCQUE (der Aeltere), der gegen die Bestimmung der Operation, als Ersatz für die Sectio cäsarea zu dienen, ankämpfte 1. wegen der dabei eintretenden Sprengung der Hüftkreuzbeingelenke sammt Zerreissung des Periosts und der Ligamente, 2. wegen der ungenügenden Erweiterung des Beckens nach Durchschneidung der Symphyse. Da BAUDELOQUE, wie die neuerdings von DÖDERLEIN an frischen puerperalen Leichen angestellten Versuche ergeben haben, besonders mit dem erstgenannten Einwande nicht ganz im Unrechte war, und er überdies den Kampf gegen die Operation mit ausserordentlicher Erbitterung führte, vermochte er es thatsächlich dahin zu bringen, dass seit 1815 bis in die neueste Zeit in Frankreich keine Symphyseotomie mehr vorkam. Aber auch das ganze übrige Europa hat laut einer Zusammenstellung von MORISANI in der Zeit von 1777 bis 1858, also in 79 Jahren nur circa 80 Fälle (mit einer Mortalität von 35 %) aufzuweisen. Erst MORISANI in Neapel war es vorbehalten, die Operation zu neuem Leben zu erwecken. Zwar lauteten auch seine beiden ersten Statistiken nicht besonders ermuthigend; (1881 50 Operationen mit 10 Todesfällen der Mütter und 9 todten Kindern und gar 1887 18 Operationen, bei welchen 8 Frauen und 5 Kinder verloren gingen) ein allgemeiner Umschwung der Meinungen trat aber erst ein, als MORISANI 1892 eine Statistik veröffentlichte, laut welcher unter 55 Operationen nur 2 Mütter starben und 3 Kinder todt kamen.

ZWEIFEL selbst hat die Operation bisher 10 Mal, stets mit günstigem Erfolge für Mutter und Kind ausgeführt. Die spontane Austreibung konnte, wie es die Neapolitanische Schule eigentlich vorschreibt, nur 2 Mal abgewartet werden; meistens kam es zur Anlegung von Forceps an dem quer im Beckenausgang stehenden Schädel. Die Durchschneidung des Symphysenknorpels, die stets mit einem starken, schmalen geknöpften Messer unter Deckung des hinter die Symphyse eingeführten Fingers vorgenommen wurde, gelang gewöhnlich leicht, nur 1 Mal musste die Stichsäge zu Hilfe genommen werden. (Als noch schonender empfiehlt ZWEIFEL für solche Fälle die Kettensäge, welche mit einer grossen Aneurysmanadel herumgeführt wird.) Ist der Knorpel durchschnitten, so federn die Schambeine auf Fingerbreite auseinander, und es tritt entweder jetzt, sicher aber beim Durchtritt des Kopfes eine sehr starke Blutung aus den zerreissenden Corpora cavernosa und dem prävesicalen Venengeflechte ein. Bei dieser richtet man weder mit Unterbindung noch mit Umstechung etwas aus, dagegen kann man der Blutung immer Herr werden mit der Jodoformgazetamponade, besonders wenn man von innen her entgegendrückt. Sodann wird die Kreissende sich selbst überlassen, und, wie bei jeder anderen Geburt die Herztöne sorgfältig überwacht.

Ist die Geburt vorüber, so kommt die Wiedervereinigung der Knorpel- und der Hautwunde. Da die Knorpelnaht in 3 Fällen nicht ganz befriedigende Resultate lieferte, so wurde in der Folge zur Knochennaht aus stärkstem Silberdraht geschritten und dabei ein mit einem Widerhaken versehener Drillbohrer verwendet. Zwei solcher Nähte genügen. Nachdem Blase und der eingelegte Jodoformgazetampon nach rückwärts gedrängt sind — um ihre Einklemmung zwischen die Schambeine zu verhindern — werden die beiden Beckenhälften aneinandergepresst und die Knochennähte, sowie die Fascien- und Hautnähte geschlossen, der Jodoformgazestreifen aus dem unteren Wundwinkel herausgeleitet. Darüber Beckengürtel oder Verband mit blauen Binden oder 2 Heftpflasterstreifen. Die Gehfähigkeit war bei allen Kranken binnen 17 bis 20 Tagen eine vollkommen normale.

Die Symphyseotomie tritt in Wettbewerb ein gegen die Zange beim hochstehenden Kopf, gegen die prophylaktische Wendung, gegen die Perforation und gegen die Sectio cäsarea mit bedingter Indikation. Vor der letztgenannten Operation wird die Symphyseotomie den Vorzug erhalten bei C. v. von 6·5 aufwärts, volle Beweglichkeit in den Ileosacralgelenken der Mutter und mittlere Grösse des Kindes vorausgesetzt. Bei lebendem Kinde wird von C. v. 6·5 abwärts die Sectio cäsarea ihr Recht behalten, bei todtem Kinde bis 4·5 abwärts mittelst Craniotomie respektive Cephalotripsie zu entbinden sein. Die hohe Zange kann bei geringeren Graden von Beckenverengerung versucht werden, soll aber im Falle der Misserfolges rechtzeitig durch die Symphyseotomie abgelöst werden. Die prophylaktische Wendung ist auf Beckenverengerungen ersten Grades 9·5—8·5 C. v. einzuschränken.

Nach diesen Erwägungen vorgehend, bezeichnet ZWEIFEL die Symphyseotomie als eine werthvolle Errungenschaft und als eine Operation, welche weit mehr als der Kaiserschnitt berufen sein wird Allgemeingut der Aerzte zu werden. *W.*

Dr. Bälz (Tokio):) **Dass heisse Bad in physiologischer und therapeutischer Beziehung.** — (Allgemeine Medizinische Central-Zeitung Nr. 44, 1893.)

In Japan wird täglich von Jedermann heiss gebadet. In Tokio allein wurden pro Tag 3—400.000 heisse Bäder genommen. Die Bäder sind gemeinsam, dass Wasser fliesst beständig ab und zu. Die Temperatur ist 42—45° C. Es erfolgt zunächst eine starke Kontraktion der Hautgefässe mit Erblassung der Haut, dann eine Erschlaffung der Gefässe. Der Puls steigt. Die Arterien erscheinen stark geschlängelt. Die Temperatur, im Munde gemessen, steigt bis 40°. In 6 Minuten sah BÄLZ eine Steigerung der Temperatur von 36·6 bis 40·7. Der Eiweissumsatz ist nicht vermehrt. Das Körpergewicht nahm bei 3 heissen Bädern in 8 Tagen um 1 Pfund ab. Das heisse Bad wirkt nicht erschlaffend, sondern erfrischend. Die Erkältungsgefahr besteht nur bei warmen, nicht bei heissen Bädern. Ein warmes Bad ruft leicht Erschlaffung der Hautgefässe hervor, mit Reaktionsfähigkeit für den Kältereiz, das heisse Bad dagegen bewirkt eine Lähmung der Hautgefässe für längere Zeit. Wahrscheinlich finde im heissen Bade im Allgemeinen keine Hautresorption statt. Einzelne Stoffe würden allerdings resorbirt, z. B. im Badewasser aufgelöste Salicylsäure, dagegen die Natron-Salycilicum, nie Eisensalze. Als Vorsichtsmassregeln sind folgende im Gebrauch: a) vorher begiesse man den Kopf mit heissem Wasser, da sonst Hirnanämien erfolgen würden; b) man bade besser sitzend, als liegend; c) bei Herzklopfen und Kopfkongestionen beende man das Bad. Indikationen zum heissen Bade bildet beabsichtigte, derivirende Wirkung bei Bronchitiden und ähnlichen Zuständen. Dort ist die Wirkung eine vorzügliche, man muss 3 und 4 Mal pro Tag baden. Die Temperatur bei Kindern, denen sitzend das Wasser bis zur Brust geht, soll 40—42° betragen, ferner Rheumatismus und Nephritis werden günstig beeinflusst. Bei Cholera ergaben sich nicht so gute Resultate. Dort sind nicht so heisse und nur sehr kurz dauernde Bäder angebracht, ferner leisten die heissen Bäder vortreffliche Dienste bei Menstrationskoliken. Eine hervorragende Sonderstellung unter allen bekannten Quellen nimmt die heisse Quelle von Cusatz ein. Dieselbe führt 1·8 freie Schwefelsäure, 0·8 freie Salzsäure 1·5 Alaun. Ihre Temperatur beträgt 54° C. 4—5 Mal täglich wird dort gebadet. Nach 6 Tagen zeigt sich ein pockenartiges Exanthem, das monatelang andauert. Die Wirkung ist in vielen Fällen eine ganz wunderbare, besonders bei schwerer alter Syphilis, Rheumatismen und Gonorrhoe-Rheumatismen, Gicht. Ferner findet dort eine wirkliche Heilung der Lepra statt.

Atheromatöse dürfen nicht heiss baden; sie sind dabei Apoplexien leicht ausgesetzt. Herzschwäche ist an sich keine Kontraindikation. Aber Leute mit Angina pectoris und Klappenfehlern dürfen nicht zu heiss baden, d. h. nicht über 42° C.

Dr. Sioli: Beiträge zur Genese der konträren Sexualempfindung. (Nach dem Berichte der Deutschen Medizinal-Zeitung über die Versammlung des Vereins deutscher Irrenarzte.)

Die Krankheit kann nur in einem Defekt bestehen. Diesen Gedanken verbindet nun SIOLI mit der Lehre von den Associationsfasern, welche einen intregrirenden Bestandtheil der Lokalisationstheorie bildet. Er leitet aus Schwächung des Associationsmechanismus eine Reihe von Störungen ab. Er hat die Idioten extrasocial, die Imbecillen antisocial genannt, ohne eine physiologische Deutung zu geben. Der Idiot hat nach ihm ein wohlfunktionierndes Associationssystem bei Mangel an Erinnerungsbildern. Bei den Imbecillen verhalten sich diese beiden psycho-physischen Komponenten umgekehrt. Entsprechent erklärt SIOLI eine Reihe von anderen Krankheitsbildern. Moral insanity, Hysterie, auch die traumatische Neurose, welche als acquirirte der Associationsbahnen aufgefasst wird. Nun wendet SIOLI die Lehre von den Associationsfasern auf die Entstehung der konträren Sexualempfindung an. Zunächst ensteht die die Onanie, indem die Organempfindungen wegen Schwächung des Associationssystems frühzeitig in das Bewusstsein treten. Sodann wird die Vorstellung des eigenen bezw. homosexualen Körpers mit dem Wohllustgefühl associativ verbunden. So entstehen allmählich sexuelle Perversitäten.

Das Vorherrschen bestimmter perverser sexueller Vorstellungen erklärt sich aus der Schwächung der associativen Denkthätigkeit.

Dr. MENDEL präzisirt in der Diskusion kurz seinen Standpunkt in der Lehre von der Moral insanity und traumatischen Neurose und wendet sich dann gegen die dogmatische Anwendung der Begriffe «Erinnerungsbilder» und «Associationsfassern» zur Scheinerklärung von Krankheitsbildern. Den Hauptgrund der sexuellen Perversitäten findet er in dem Lesen von Büchern, welche von wissenschaftlicher Seite über diese Dinge in das grosse Publikum gebracht werden. Er erhebt im Interesse des Ansehens der Psychiater bei den praktischen Aerzten und im Publikum Einspruch gegen Verwendung psychosexueller Krankengeschichten als Marktwaare. Diese Literatur gehört in die wissenschaftlichen Archive, aber nicht auf den Markt. MENDEL theilt hierzu einen Fall mit, in dem blos durch die Lektüre dieser Bücher die sexuelle Perversität entstanden war.

Dr. WILDERMUTH: Eine scharfe Trennung von Moral insanity und Idiotie ist unmöglich. In den meisten Fällen von Idiotie sei Moral insanity vorhanden. Ebenso gibt es keine prinzipielle Trennung von Idiotie und Imbecillität. Die Idioten und Imbecillen zeigen in Bezug auf Associationsvorgänge keinen gleichbleibenden Typus. Die Hysterie kann ebenfalls nicht als Krankheit des Associationsmechanismus aufgefasst werden. Die von WILDERMUTH beobachteten Fälle von sexueller Perversität stimmen nicht zu der Annahme, dass dieselbe sich auf Grund von Onanie entwickelt habe.

Dr. HECKER theilt zwei Fälle mit, in denen sich die Anlässe zu den perversen sexuellen Handlungen in bestimmten Erlebnissen des Kindesalters nachweisen liesen.

Siegert: Zur Aetiologie des primären Carcinoms der Gallenblase. (Virch. Arch. 132. Bd., S. 353.)

SIEGERT zeigt, dass die Kombination von Gallensteinen und Carcinom der Gallenblase nur beim primären Carcinom zur Beobachtung kommen, nicht beim sekundären und folgert daraus, dass die Cholelithiasis in der Aetiologie des Gallenblasencarcinoms eine Rolle spielt. *R. K.*

Kraus: Zuckerumsetzung im menschlichen Blute. (Zeitschr. f. Klin. Med. XXII. Bd.)

KRAUS weist nach, dass die Umsetzung des Zuckers im Blute, das dem Körper entnommen, beim Diabetiker und Normalen sich gleich verhält. Es fallen somit alle Folgerungen, die LÉPINE aus dem vermeintlichen Fehlen des glycolytischen Fermentes im Blute der Diabetiker auch in therapeutischer Beziehung gezogen hat. *R. K.*

Dr. Aufrecht, Oberarzt des Krankenhauses Magdeburg-Altstadt: **Der Wechsel des Perkussionsschalles und die klirrende Perkussion, zwei Symptome der Magenerweiterung.** (Centralblatt für klinische Medizin Nr. 23, 1893.)

Gegenüber den bisher üblichen umständlichen Methoden des Nachweises der Magenerweiterung) Ausheberung des Inhalts des nüchternen Magens, Untersuchung des Mageninhalts nach Probemahlzeiten, Aufblähung des Magens durch Kohlensäure) glaubt Verfasser 2 (bisher noch nicht beschriebene) Symptome gefunden zu haben, die zu jeder Zeit ohne besondere Vorbereitungen auffindbar, die frühesten Stadien der Magenerweiterung zu erkennen ermöglichen.

Das erste ist der Wechsel des Perkussionsschales.

Bei länger dauernder Perkussion des dilatirten Magens findet man meist eine Stelle, die, sonst überall von tympanitischem Schall umgeben, gedämpft erscheint. Wird jedoch diese cirkumskripte Stelle mehrere Sekunden perkutirt, so verschwindet alsbald die Dämpfung unter dem Plessimeter und es erscheint wieder der tympanitische Schall.

Bisweilen kann man das Vorschreiten der begrenzten Dämpfung von der Cardialgegend bis nach dem Pylorus hin verfolgen.

Das 2. Symptom: der klirrende Perkussionsschall hat mit dem bruit du pot fêlé über Lungencavernen einige Aehnlichkeit und ist am leichtesten an dem Uebergang von einer cirkumskript gedämpften Stelle in den übrigen tympanitisch klingenden Abschnitt des Magens hervorzurufen.

Das erste Symptom erklärt sich aus den voluminöseren Kontraktionen der in Folge der erschwerten Fortschaffung der Ingesta hypertrophirten Magenmuskulatur, die eben an den cirkumskripten Stellen der Kontraktionswelle die Dämpfnug erzeuugt und wieder verschwinden macht.

Die klirrende Perkussion aber «ist eine Folge der durch die Perkussion angeregten Mitschwingungen des Mageninhaltes an Stellen, wo mit dem Nachlass einer Kontraktionswelle ein kontrahirter Abschnitt erschlafft, so dass gleichzeitig ein Theil der noch kontrahirten und die schon erschlaffte Muskulatur durch die Perkussion getroffen wird».

Ob nicht vielleicht manchmal die Hypertrophie der Magenmuskulatur, die diese Symptome erzeugt, einer ausgesprochenen Erweiterung des Magens einige Zeit vorausgehen kann, wird noch durch weitere Untersuchungen zu entscheiden sein. *B. S*

Dr. F. Fischer: Ueber malignes Lymphom. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 36.)

Verfasser berichtet zunächst über einen Fall von Lymphoma malignum, im Verlaufe dessen 10 Fieberanfälle von 10—21 tägiger Dauer, mit 9—21 tägigen Intervallen beobachtet wurden. Während mehrerer Fieberanfälle konnte FISCHER aus einzelnen Drüsen und aus dem Blute des Kranken den Staphylococcus pyog. aureus herauszüchten, während in der fieberfreien Zeit und bei der wenige Stunden nach dem Tode des Patienten vorgenommenen bakteriologischen Untersuchung Blut und Drüsen steril befunden wurden. FISCHER fasst daher die Fieberanfälle auf als bedingt durch recidivirende Infektionen (von der Mundhöhle oder vom Darmtrakt aus.)

Im zweiten Falle handelte es sich um maligne Lymphome, deren nicht tuberkulose Natur auch durch Thierempfungen erwiesen wurde, bei gleichzeitigem Bestehen tuberkuloser Mesenterialdrüsen bei demselben Kranken. *J. S.*

Dr. G. Gabritschewsky und **E. Maljutin: Ueber die bakterienfeindlichen Eigenschaften des Cholerabacillus.** (Centralblatt für Bakteriologie. XXII. 24.)

Verfasser kommen auf Grund ihrer Versuche zu den folgenden für die bakteriologischen Befunde bei der Cholera wichtigen Schlüssen:

1. Der Kommabacillus produzirt chemische Substanzen, welche das Wachsthum des Bact. coli comm., Bacillus anthracis., Bacillus pyocyaneus und Bacillus Typhi abdom. bedeutend hemmen.

2. Diese Umsetzungsprodukte des Kommabacillus sind die Ursache, weshalb in manchen Fällen das Bact. coli commune aus den Darmentleerungen der Cholerakranken auf der Gelatineplatte nicht wächst.

3. Diese bakterienhemmende und vielleicht auch baktericide Kraft der Umsetzungsprodukte des Bacillus cholerae asiaticae manifestirt sich auch im thierischen Organismus und kann unter Umständen Mäuse gegen Milzbrandinfektion immun machen. *S.*

Darier (Paris): **Heilung oberflächlicher Epitheliome.** — (La Méd. Moderne Nr. 46, 1893.)

In der Sitzung vom 8. Juni der «Société fracaise de Dermat.» hat Dr. Darier 5 Personen vorgestellt, die früher mit Ephitheliom der Augenlider behaftet waren und binnen kurzer Zeit durch abwechselnde Betupfungen mit Chromsäure und Methylblau geheilt wurden. Diese Therapie hat den Vortheil, nicht schmerzhaft zu sein und eine rasche Heilung, ohne entstellende Narben zurückzulassen, herbeizuführen. Sie ist empfehlenswerth bei allen gutartigen Formen von oberflächlichen Epitheliom, wo man nicht gerne chirurgisch einschreitet. Man thut gut, vorerst die exulcerirte Oberfläche von den sie bedeckenden Krusten zu befreien, zu welchem Behufe antiseptische Kataplasmen aus Kartoffelstärke, die man in einer Sublimatlösung kochen lässt, applicirt werden. Besteht ein zu erhabener und dicker Epidermiswall, dann muss man mit dem Galvanokauter darüberfahren um den chemischen Agentien das Eindringen in die tieferen Schichten des Krankheitsheerdes zu ermöglichen. Um die zu behandelnde Oberfläche weniger empfindlich zu machen, wird, nachdem man sie gut gereinigt, eine in 10% Cocaïnlösung getränkte Watta-Compresse aufgelegt. Dann imbibirt man die kranke Partie mit einer konzentrirten Lösung von Methylblau (1 : āā 5 Alkohol und Glycerin) und zwar mittelst eines feinhaarigen Pinsels. Sämmtliche blautingirten Partien werden dann mit einer Lösung von Acidum chronicum (1:5) mittelst eines Stahlstiftes leicht betupft. Es entsteht eine Reaktion von purpurner Farbe. Das Methylblau wird gleich darauf noch einmal applicirt, worauf das ganze sorgfältigst gewaschen wird, um den Ueberschuss von Farbe zu beseitigen. Verband: kataplasmen oder auch einfache Dauerumschläge aus Sublimat um die Bildung von Krusten zu vermeiden. Die erwähnten Applikationen werden 4 bis 5 Mal wiederholt und zwar in Intervallen von 2 oder 3 Tagen. Dann bedient man sich nur mehr des Methylblau, bis die transformirte Haut keine Farbe mehr absorbirt.

Die Behandlung dauert für oberflächliche Epitheliome, je nach ihrer Ausbreitung, von 3 Wochen bis 2 Monaten. Bei schwereren Formen mit breiten und tiefen Ulcerationen wäre es angezeigt, nebst der erwähnten Behandlung interstitielle Injektionen von Methylblau vorzunehmen. In diesen Fällen ist in der Anwendung der Chromsäure grosse Vorsicht geboten.

Die durch diese Behandlung erzielten unmittelbaren Resultate stellen sich rasch ein und sind brillant. Werden sie auch andauern? Werden nicht auch nach dieser Behandlung Recidiven auftreten, wie nach jeder früheren Behandlungsmethode? In vielen Fällen werden wahrscheinlich auch nach der neuen Behandlung Recidiven erfolgen, aber dieses Verfahren ist einfach und von auffallender und rascher Wirkung. *A. D.*

Dr. E. Hemaide. Ueber das essentielle hereditäre Zittern und seine Beziehungen zur degeneratio mentalis. («Thèse de Paris», 1893; «Revue générale de Clinique et de Thérapeutique» 31. Mai 1893).

In dieser Arbeit bespricht der Autor den früher von Fernet, Charcot und Debove ausgesprochenen Satz, betreffend die hereditäre Uebertragung gewisser Arten von Zittern. Es handelt sich hier um ein essentielles Zittern, weil irgend welche Läsionen, Intoxikationen oder Schädigungen des Nervensystems fehlen. — Das Zittern geht sowohl in der mütterlichen als auch in der väterlichen Linie auf die Nachkommen über, ohne Abschwächung der Intensität, zeigt sich in jedem Alter, afficirt die Extremitäten, den Kopf, die Augenlider, die Lippen oder die Zunge, bisweilen lokalisirt, bisweilen verallgemeinert. Man muss auf dieses Zittern achten, wenn es sich um die Diagnose des senilen und alkoholischen Tremors handelt. Man muss somit dieses Zittern in die Kategorie der Neurosen bringen, indem man es als den Ausdruck einer Degeneratio mentalis betrachtet. Die Therapie ist fürs Gewöhnliche nicht im Stande dasselbe zu bekämpfen, und besteht in der Anwendung der Bromide, der Nux vomcia, in der Elektrotherapie und Hydrotherapie, und in den günstigsten Fällen erweist sich diese Medikation nur als eine palliative. *L. L.*

Chavanne: Künstliche Säugung und Gebrauch von sterilisirter Milch. (Lo Sperimentale, 31. Mai 1893.)

Verfasser untersucht die verschiedenen Milchqualitäten, die für die künstliche Säuglingsernährung gebraucht werden. Indem er die Einschränkung des Gebrauchs von Ziegenmilch räth, auch weil er nicht glaubt, dass die Ziegenmilch die ihr zugeschriebene leichte Verdaulichkeit besitzt, weist er auf die Eselsmilch hin als jene, die ihrer Zusammensetzung nach, der Frauenmilch am nächsten steht. Die Eselsmilch findet im Asyle der «Enfants Assistés» zu Paris eine grosse Anwendung, woselbst die Kinder entweder am Euter der Thiere saugen, oder die frisch gemolkene Milch verabreicht bekommen.

Was die Kuhmilch anbelangt, die bei der künstlichen Ernährung so allgemein angewandt wird, so behauptet der Verfasser, dass sie, weil schlecht verdaulich, von den Kindern schlecht vertragen wird. Wenn man, um sie für die Zwecke der Ernährung geeigneter zu machen, Wasser zufügt, dann hat man den Nachtheil, dass ihre Nährkraft herabgesetzt, und deren Reinheit alterirt wird, indem mit dem Wasser zahlreiche schädliche Mikroorganismen eingeführt werden können. Diesbezüglich erinnert Verfasser daran, dass Bitter von 2500 bis zu 250.000 Bakterien per *kmm* gefunden hat, darunter den Bacillus acidi lactis, den Bacillus mesentericus vulgatus, den Bacillus subtilis, den Saccharomyces lactis, und unter den pathogenen jene der Diphtherie, der Sommerdiarrhoë, des Scharlachs, des Typhus und der Tuberkulose.

Verfasser verpönt den Zusatz von chemischen Substanzen zu der Milch, wie: Borsäure, Borax, Kalk, Magnesia, Salicylsäure etc.

Die bis zu 80° C. erwärmte Milch verliert wenn nicht sämmtliche Mikroorganismen so wenigstens die pathogenen, wie dies die Experimente verschiedener Autoren darthun. Durch Abkochen der Milch wird wohl der Zweck erreicht, dass der grösste Theil der Bakterien zerstört wird; dafür wird aber der Milch ein grosser Theil ihres Geschmackes benommen, und deren Verdaulichkeit vermindert. Daher bestehe das einzige rationelle Verfahren darin, die Milch nicht bis zur Siedehitze zu erwärmen. *A. D.*

Prof. Dr. James Tyson. Irregularität der Herzaktion und Palpationen.

Prof. Dr. James Tyson lenkt in einer ausführlichen Arbeit, betreffend die Behandlung der chronischen Klappenerkrankungen des Herzens («Therapeutic Gazette», April 1893), neuerdings die Aufmerksamkeit der Aerzte auf den wohlthuenden Einfluss der Belladonna bei Irregularität der Herzaktion und bei Herzpalpationen, den regelmässigen Begleitungserscheinungen der Mitralerkrankungen. Seine Beobachtungen führen ihn dazu, ein Belladonna-Pflaster, auf das erkrankte Herz applizirt, als das wirksamste Mittel, um dieselben zu unterdrücken, betrachten zu müssen. Ebenso hat sich dem Autor Nitroglycerin zu demselben Zwecke oft sehr nützlich erwiesen, bisweilen auch, um den Schmerz zu lindern. — Er hält den hundertsten Theil eines Grans, steigernd bis zum fünfzigsten Theil, drei Mal täglich, für die geeignete Dosis. *L. L.*

Tagesnachrichten und Notizen.

*Vom Obersten Sanitätsrathe. In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes vom 24. Juni d. J. wurden die Vorschläge zur Besetzung der erledigten Stelle eines Direktors im Kaiser Franz Joseph-Spitale in Wien (Referent: Ministerialrath Dr. E. R. v. Kusý) und zur Besetzung der erledigten Stelle eines Veterinär-Inspektors in Böhmen (Referent: O. S. R. Prof. Dr. St. Polansky) erstattet. Hierauf setzte der Oberste Sanitätsrath die Berathung über die Reform der medizinischen Studien- und Prüfungsordnung (Referent namens des Spezialkomité's: O. S. R. Hofrath Prof. Dr. E. R. v. Hofmann fort und brachte die Formulirung der in dieser Beziehung zu erstattenden Anträge zum Abschlusse. Ausser diesen Gegenständen gelangte auch ein Gutachten über die Abänderung mehrerer Bestimmungen einer Bauordnung (Referent: Hofrath Prof. Fr. Ritter v. Gruber) zur Erledigung und wurde über mehrere Initiativanträge berathen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Prag. Zum Dekan der medizinischen Fakultät der deutschen Universität in Prag wurde für das Studienjahr 1893/94 Prof. Dr. Schnabel gewählt.

— Deutschland. Dr. Matthes hat sich als Priv.-Doc. für innere Medizin in Bonn habilitirt. — Dr. C. Baas, Assistent an der ophthalmologischen Klinik, hat sich an der medizinischen Fakultät in Freiburg i. B. habilitirt. — Dr. Braunschweig hat sich als Privatdocent für Augenheilkunde in Halle habilitirt. — Der Privatdocent und Assistent am hygienischen Institut in Breslau Dr. H. Bitter, ist zum Leiter des neuerrichteten hygienischen Instituts in Alexandria berufen worden.

— Russland. Der ausserordentliche Prof. Dr. Anfimow wurde zum ordentlichen Professor für Neurologie und Psychiatrie, Dr. Jerofejew zum ordentlichen Prof. für Augenheilkunde, Dr. Grammatikali zum ordentlichen Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie, sämmtlich an der Universität Tomsk ernannt.

* Wien. Im St. Annen-Kinderspital wurde Freitag den 30. Juni in Gegenwart des Kaisers der Pavillon für diphtheritiskranke Kinder eröffnet.

* Frankreich. In wenigen Tagen soll in dem Hôpital du Midi zu Paris, die von dem Bildhauer Barrias gehauene Statue des berühmten Physiologen Ricord's aufgestellt werden.

— Seit einem Jahre sind die sogenannten Magnetiseure in Sorge darüber, ob das Gesetz über die Ausübung der Medizin auf sie Anwendung finden könne. Nun hat Dr. Chevandier, der Referent der zur Lösung dieser Frage eingesetzten Kommission, an den Grafen Constantin, den Präsidenten des Bureaus des internationalen Kongresses für Heilmagnetismus einen Brief gerichtet, in welchem er, wie die Médec. mod. mittheilt, erklärt, dass kein Paragraph des Gesetzes über die Ausübung der Medizin die Magnetiseure und Masseure treffen könne, solange sie nur ihre Prozeduren zur Behandlung der Kranken anwenden, dass sie aber straffällig seien, im Moment wo sie praktiziren und Medikamente verschreiben.

— Herr Fred. Chevalier hat der Acad. de Médecine ein Legat hinterlassen, dessen Zinsen dazu bestimmt sind, einen Preis von 6000 Francs zu schaffen, der alle 2 Jahre einem französischen Autor für die beste Arbeit über die Phthise und ihre Behandlung zufallen soll.

— Lacassagne hat,, wie er in der «Lyon. méd.» berichtet, unter 545 Morphiomanen nicht weniger als 289 Aerzte gefunden.

— (Missgriff eines Apothekers.) Einem 32 jähr. Grundbesitzer in Côtes-du-Nord, welcher an einer heftigen Neuralgie litt, wurde vom Arzte folgendes Recept verschrieben: Antipyrin 2 *grmm* Aconitin 6 Milligramm. Der Ortsapotheker setzte irrthümlich auf die Wageschale ein Plättchen von 5 Centigramm (!) statt eines solchen von 5 Milligramm. Eine Stunde später gewahrte er den Irrthum und begab sich im Laufschritt zum Kranken. Dieser hatte aber soeben die Medizin zu sich genommen. Der Apotheker verabreichte rasch ein Brechmittel. Leider vergebens! Denn kurze Zeit darauf starb der Unglückliche! —*rr*—

*Preisausschreiben. Die spanische medizinisch-chirurgische Akademie in Madrid hat für Bewerber aller Länder folgende Preisthema bestimmt: 1) Klinische Demonstration des Contagiums bei der Tuberkulose. 2) Pathogenese, klinische und therapeutische Erforschung des Asthma in seinen wichtigsten Varianten. Preis je 350 Franken und Diplom zum korrespondirenden Mitgliede der Akademie. Einreichungstermin: 15. September 1893.

* Der nächste Kongress russischer Naturforscher und Aerzte wird vom 3.—11. Jänner 1894 in Moskau stattfinden.

* In Petersburg ist eine Anthropologische Gesellschaft gegründet worden.

* Die American Medical Association hielt ihren 44. Kongress am 6. 7. 8. und 9. Juni in Milwankee ab.

* Cholera. Aus verschiedenen Departements und Städten Frankreichs, wie Morbihan, Hérault, Gard, Stude, Alais, Marseille, Toulouse, Toulon, Lunel und Lusignan treffen Nachrichten über vereinzelte Cholerafälle ein, ohne dass die Seuche Tendenz zu stärkerer Verbreitung zeigen würde. — In Podolien (Russland) sind vom 27. Mai bis 8. Juni (n. St.) 36 Erkrankungen und 13 Todesfälle vorgekommen. — Aus Mekka lauten die Telegramme ganz erschreckend; es sollen dort jetzt nahe an 1000 Personen täglich an Cholera sterben.

* Influenza. Keine besondere Veränderung seit der vorigen Woche. Neu aufgetreten in Dresden (5 Todesfälle) und vereinzelt in Leipzig, Altona, Hamburg.

* Todesfälle. In Berlin starb am 23. Juni Professor Dr. Wilhelm Zuelzer im 59. Lebensjahre. Prof. Zuelzer war einer der angesehensten Dozenten der Berliner med. Fakultät. Er errang einen grossen Ruf als Forscher insbesondere auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten und der Hygiene. — In Palermo starb dieser Tage der dortige Professor und Chef der med. Klinik Dr. Luzzatto.

Dank und Aufruf!

Dem Kurorte Franzensbad sind anlässlich seines hundertjährigen Wiegenfestes Beweise warmer und überquellender Sympathie, Beweise tiefinniger Theilnahme und rührender Anhänglichkeit in solcher Fülle zu Theil geworden, dass es die Grenzen unserer Bescheidenheit überstiege, dem stolzen Bewusstsein getreuen und wortreichen Ausdruck zu geben, das uns angesichts all dieser Zeichen beglückender Zuneigung beseelt. Uns bleibt nichts als das schlichte Wort, für die dem Kurorte auch bei dieser denkwürdigen Gelegenheit wieder in so reichem Masse zugewandte Liebe und Treue aus vollem Herzen zu danken!

Und doch, noch Eins bewegt uns in diesem Augenblicke!

Aus der Begeisterung grosser Tage keimt oft ein leuchtender Gedanke empor und hat die befruchtende Wärme der glänzenden und hinreissenden Festtage auch in den Hütern unseres Kurortes den Gedanken gereift, dem selbstlosen und providentiellen Manne, dem Franzensbad seine Entstehung verdankt, dem willensstarken und edlen Menschenfreunde, Dr. Bernard Adler, im Schatten der grünen Laubgänge, die sein liebevoller Eifer mit aus dem Boden gezaubert, ein Denkmal zu setzen, das seines Wirkens würdig wäre.

Grossherzige Schenkungen zum Tage unserer Jubelfeier haben ein ansehnliches Grundkapital geschaffen. Der Kurort erfüllt von seiner hohen Aufgabe, zum Wohle der Heilsuchenden allen technischen Fortschritten der Wisschenschaft und allen gesteigerten Anforderngen des modernen gesellschaftlichen Lebens in gleichem Masse gerecht zu werden, hat Investitionen von solcher Kostspieligkeit zu machen, dass es ihm allein an den Mitteln gebricht, das Fehlende zur Verwirklichung dieses aus der Jubelfeier herausgeborenen Lieblingswunsches zu ergänzen.

Wir wenden uns daher an alle jene ungezählten Glücklichen, denen Franzensbad Heil und Genesung gebracht, sich mit uns in Dankbarkeit zu verbinden, um dem Manne zu huldigen, der ihnen die segensreichen Heilmittel von Franzensbad in warmer Menschenliebe erschlossen.

Möge die Denksäule dieses Wohlthäters der Schmerzbeladenen im Herzen unserer Stadt gleichsam als das erste trostverheissende Wahrzeichen aufragen für Jene, die in künftigen Tagen zu unserem Jungbrunnen wallfahrten!

Beiträge übernimmt und quittirt das Bürgermeisteramt der Kurstadt Franzensbad.

Für die Kurverwaltung Franzensbad:

Der Bürgermeister:

Ferdinand Khittl.

Aerztliche Stellen.

K. k. Bezirksarztesstelle II. Klasse (Niederösterreich) mit den Bezügen der X. Rangsklasse. Vollständig instruirte Gesuche sind bis 15. Juli d. J. beim k. k. Statthaltereipräsidium zu überreichen, von bereits im öffentlichen Dienste stehenden Bewerbern im Wege ihrer vorgesetzten Behörde einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Gr. Pertholz Bezirk Weitra (Niederösterreich). Bezüge: Landessubvention 400 fl., Gemeindegruppenbeitrag 116 fl., von der Baron Hackelberg'schen Gutinhabung 250 fl. Bewerber haben ihre Gesuche bis 30. Juli l. J. beim Bürgermeisteramte in Gr. Pertholz einzubringnn.

Arztesstellen. 1. Im Markte Prägarten (Oberösterreich), Station der k. k. Staatsbahn Mauthausen-Budweis ist die Stelle eines Arztes erledigt. Vorläufig ist mit derselben nur ein Fixum von 250 fl. von Seite der Staatseisenbahn-Verwaltung verbunden, jedoch wird demnächst gelegentlich der Organisation des Sanitätswesens in den Gemeinden Oberösterreichs ein entsprechendes Fixum für den Gemeindearzt geschaffen werden. Im Markte Prägarten ist eine öffentliche Apotheke, das k. k. Bezirksgericht, k. k. Steueramt und Notariat. — 2. Im Markte Saxen (Oberösterr.) ist der ärztliche Posten erledigt. Der Arzt war bisher Pächter und Provisor der Besitzerin des radicirten chirurgischen Realgewerbes. Fixe Bezüge sind derzeit mit dem Posten nicht verbunden.

Gemeindearztesstelle in St. Peter am Wimberg, Gerichtsbezirk Neufelden (Oberösterreich). Subvention aus dem Landesfonde 300 fl., von der Gemeinde 100 fl., oder freie Wohnung, bestehend aus 3 Zimmern, Küche, Keller, Stallung etc., ferner eine Subvention von der Nachbargemeinde Auberg per 30 fl. Bewerber haben ihre mit den Zeugnissen über ärztliche Befähigung und bisherige praktische Verwendung belegten Gesuche binnen 14 Tagen bei der Gemeindevorstehung in St. Peter zu überreichen.

Distriktsarztesstelle in Leskau (Böhmen) mit 15 Gemeinden, 4830 Einwohnern und einem Flächenausmasse von 95·4 Qu.-Kilom. Gehalt 400 fl., Reisepauschale 190 fl., von der Stadt Leskau freie Wohnung. Die Besetzung der Stelle, mit welcher die Verpflichtung der unentgeltlichen Behandlung der Armen des Distriktes verbunden ist, erfolgt provisorisch auf ein Jahr. Bewerber deutscher Nationalität haben ihre mit den im Sinne des § 5 des Gesetzes vom 23. Februar 1888 vorgeschriebenen Belegen versehenen Gesuche bis 20. Juli 1893 bei dem Bezirksausschusse in Weseritz einzubringen.

Herrschaftsarztesstelle in Schebetau bei Boskowitz (Mähren) mit einem Jahresgehalte von 600 fl., Reisepauschale 120 fl. und 36 Raummeter Brennholz mit Zufuhr. Die Bewerber haben sich mit dem Doktordiplome der gesammten Heilkunde, mit Krankenhauspraxis und der vollkommenen Kenntniss beider Landessprachen auszuweisen. Die Gesuche sind bei der freiherrl. Königswarter'schen Gutsverwaltung Schebetau einzubringen.

K. k. Bezirksarztesstelle II. Klasse (Steiermark) mit den Bezügen der X. Rangsklasse. Vorschriftsmässig belegte, insbesondere auch mit dem Nachweise der Sprachkenntnisse versehenen Gesuche sind bis 15. Juli d. J. im vorgeschriebenen Dienstwege beim k. k. Statthalterei-Präsidium in Graz einzubringen.

K. k. Bezirksarztesstelle II. Klasse (Küstenland) mit den Bezügen der X. Rangsklasse. Vorschriftsmässig und insbesondere mit dem Nachweise der Kenntniss beider Landessprachen belegten Gesuche sind bis 14. Juli d. J. beim k. k. Statthalterei-Präsidium in Triest einzubringen.

Distriktsarztesstelle in Thomigsdorf, Bezirk Landskron (Böhmen), für die der deutschen Nationalität angehörigen Gemeinden Thomigsdorf, Rudolfsdorf, Luken, Ziegenfuss, Türpes, Königsfeld, Triebitz, Rieling und Klein-Hermigsdorf mit einer Bevölkerungsanzahl von 6714 Einwohnern, mit dem Wohnsitze in Thomigsdorf. Bewerber um diese Stelle, mit welcher ein Jahresgehalt von 550 fl. und dem gesetzlichen Reisepauschale von 155 fl. 48 kr. verbunden ist, wollen ihre mit Diplomen belegten Gesuche bis 15. Juli d. J. bei dem Bezirksausschusse in Landskron überreichen.

Armenarztesstelle. Es gelangt zur Besetzung die vom verstorbenen Carl Schmelzer zu Gunsten der Steuergemeinden: Lovrana, St. Francesco, Opric und Tulisevica gestiftete Stelle eines Armenarztes mit dem Sitze in Lovrana (Istrien). Mit dieser Stelle ist verbunden ein Jahresgehalt von 1600 fl. beziehbar in monatlichen Anticipativraten beim k. k. Steueramte in Volosca. Bewerber um diese Stelle haben nachzuweisen: a) den Grad des Doktors der Medizin, der Chirurgie und der Geburtshilfe, beziehungsweise der gesammten Heilkunde; b) die österreichische Staatsbürgerschaft; c) die Ermächtigung zur Ausübung der ärztlichen Praxis in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern; d) die Kenntniss der in der Ortsgemeinde Lovrana üblichen Sprachen. Die im obigen Sinne instruirten Gesuche, welchen ausserdem noch die Erklärung des Inhaltes beizuschliessen ist, dass die Bewerber die stiftbrieflichen Bedingungen annehmen, sind binnen 4 Wochen, vom Tage der ersten Einschaltung dieser Konkursverlautbarung im amtlichen Theile des »Osservatore triestino« an gerechnet, bei der k. k. Bezirkshauptmannschaft in Volosca einzubringen. Der ernannte Arzt wird keinen Anspruch auf Pension haben und die einmal angenommene Stelle vor Ablauf dreier Jahre nicht aufgeben dürfen. Die sonstigen vom Stiftbriefe vorgeschriebenen Bedingungen können in der hiesigen Amtskanzlei während der Amtsstunden eingesehen werden.

Die Lehrkanzel der theoretischen und praktischen Geburtshilfe an der k. k. Hebammen-Lehranstalt zu Klagenfurt (Kärnten) ist in Erledigung gekommen. Mit dieser Stelle sind ein Jahresgehalt von 900 fl., eine Activitätszulage von 300 fl., von Seite des Staates und eine solche von 30 fl. jährlich seitens des Landes, ausserdem drei Quinquennalzulagen à 200 fl. und eventuell für die Ertheilung des Unterrichtes in slovenischer Sprache eine Remuneration von 105 fl. aus dem Unterrichts-Etat verbunden. Der angestellte k. k. Prof. der Geburtshilfe ist zugleich Primararzt der Gebäranstalt und Vorstand der gynäkologischen Abtheilung im Landeskrankenhause. Bewerber um diese Professur wollen ihre gehörig dokumentirten Gesuche entweder unmittelbar oder insoferne sie bereits in Diensten stehen, durch ihre vorgesetzte Behörde bis längstens 15. Juli 1893 an die Direktion der k. k. Hebammen-Lehranstalt in Klagenfurt gelangen lassen und sich in denselben namentlich auch über ihr Alter, ihre zurückgelegten Studien, bisherige Dienstleistung und Ausbildung im Fache der Geburtshilfe und Gynäkologie und über ihre Sprachkenntnisse ausweisen.

Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration.

Herren Dr. D., S. Giovani; Dr. J. L., Salzerbad; Dr. F. H., Bruck a. L.; Dr. A. W., B. Hunyad; Dr. J. S. u. S. G. u. J. L. und G. H., Wien; Dr. A. H., Gutenbrunn; Dr. K. S., Jaromeřitz; Dr. A. K., Chotowin; Dr. H. M., Klein-Mohrau; Dr. K. T., Hirschberg; Dr. A. L., Lemberg; Dr. C. G., Gastein; Dr. K. v. H., Grussbach; Dr. G. B., Wiesenthal; Dr. C. P., Maria Saal; Dr. J. W., Lambach; Dr. A. L., Szempcz; Dr. L. K., Dürnholz; Dr. J. V., Zasmuk; Dr. A. B. u. S. S., Budapest; Dr. T. K. u. K. u. A. K., Prag; Dr. Z. u. G., Kronstadt; Dr. St., Hallein; Dr. R. E., Arad; Dr. L. Z., Grubisnopolje; Dr. E. B., Lieben; Dr. J. R., Schwadorf; Dr. E. K., Jaworze; Dr. F. W., Ilten; Dr. M., Ischl; Dr. M., Weissenbach; Dr. H. H., Teschen; Dr. A., Pistyán; Dr. G. v. M., K. Sziget; Dr. Sch., Crefeld; Dr. v. A., Wörgl; Dr. L., Marienthal; Dr. S., Viság; Dr. A. W., Farkasd; Dr. J. N., Bárod; Dr. St., Aarau; Dr. F. B. u. W., Reichenberg; Dr. S. R., Szentes; Dr. J. K., Borosjenö; Dr. v. T., Raab; Dr. E., Flums; Dr. F. K., Segesvár; Dr. S. P., Feldsberg; Dr. W., Meiningen; Dr. F. N., Mähr. Rothwasser; Dr. M. W., Znaim; Dr. H. W., Gmunden; Dr. E. St., Teplitz; Dr. J. W., Neusatz; Dr. W. M., Gaisburg; Dr. Dr. K., Perlas; Dr. W. F. u. F., Hombrechtikon; Dr. B. G., Riesbach; Dr. R. v. W., Czernowitz; Dr. H. P., Kastelruth; Dr. U., Hamburg; Dr. M., Galatz; L. R. u. W. R. u. E. R., Wien; Dr. K., Marienbad; Dr. P., Schärding; Dr. A. S., Jungwočić; Dr. A. D., Petrovoszello; R.-A. M. K., Radautz; Dr. F. F., Sobeslav; O.-St.-A. J. R., Brünn; Dr. J. R., Zalosce; Dr. H., Kitzbichl; Dr. J. H., Breitenau; Dr. W. P., Pozega; Dr. K., Tannwald; Dr. B., Conters; Dr. B. Jagenbach; Dr. H., Bischofshofen; Dr. S. K., Mezö Laborcz; Dr. C. v. L., Herrenhof; Dr. A. R., Mooskirchen; Dr. J. T., Opocno; Dr. M. R., Gratzen; Dr. B., Mainz; Dr. P. K., Tiel; Dr. V., St. Moritz; Dr. A. U., Kopenhagen; Dr. G., Breslau; Dr. E. G., Bielitz; Dr. J. S., Nagy Bajom; Dr. A. E., Spalato; Dr. A. F., Trsztena; Dr. A. G., Doboz; Dr. R. M., Dallwitz; Dr. L., Myslenice; S.-R. L., Czernowitz; Dr. L. P., Wien; Dr. E. St., Auscha; Dr. K., Neu-Knin; O.-St.-A. Dr. M., Sopron; Prof. Dr. J. O., Krakau; Dr. J. M., Austerlitz; Dr. S. N., Wien; Dr. F. G., Leifers; St.-A. L., Oedenburg; Dr. H. J. D., Grootegast; Dr. J. K., Traisen; Dr. H. B., Warasdin; Dr. F. F., Saaz; Dr. F. S., Schlan; Dr. G. S., Moór; Dr. K., Veitsch; Dr. D., Horn; Dr. B. F., Csermö; Dr. F. H., Statzendorf; Dr. S. F., Solotwina; Dr. M. W., Prambachkirchen; Dr. K., Wien; Dr. L., Marienbad; Dr. J. R., Graz; Dr. M., Reichenau; Dr. St., Laaben; Dr. J. S., Ebnat; Dr. L. U., Villach; Dr. K. M., Budapest; Prof. E. M., Prag; Dr. J. T., Libejic; Dr. J. K., Merklin; Dr. F. J., Lemberg; Dr. A., Bresovo; wird auf Verlangen der Empfang von Abonnementsbeträgen und Zuschriften bestätigt.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 4 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Die Tuberkulose und deren heutige Behandlung in Sanatorien und Asylen." Von Dr. M. Mayer in Ischl.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 9. Juli 1893.** **Nr. 28.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2.50 fl; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Aus der Klinik für Nervenkrankheiten im Hospice de la Salpêtrière.

Der Symptomenkomplex der progressiven Bulbärparalyse bei der Tabes.

Klinischer Vortrag von **Prof. Charcot** in Paris.*)

Meine Herren! Wie ich bereits in einer früheren Vorlesung hervorgehoben habe, ist die äussere Ophthalmolpegie absolut nichts Seltenes bei der Tabes. In der That hebt DUFOUR in seiner grossen Arbeit über die nucleare externe Ophthalmoplegie hervor, dass man auf 42 Fälle 19 Mal konstatiren kann, dass diese Affektion mit der Tabes zusammenhängt. Und eben in den Fällen von Tabes wurde die anatomische Thatsache der Kernläsionen der oberen Bulbärparalyse am häufigsten festgestellt. Dafür ist es selten, unbestritten sehr selten, unter den tabischen Symptomengruppen jene zu beobachten, die die nucleare Paralyse des Labio-Glosso-Pharyngeus, die progressive Lähmung der Zunge, des Velum palatinum und der Lippen bildet, wie sie uns nach der zuerst von DUCHENNE DE BOULOGNE im Jahre 1858 gegebenen Beschreibung bekannt ist.

Einen Fall dieser Art will ich heute vor Ihnen besprechen. Ich wiederhole es, es handelt sich um einen seltenen Fall, vielleicht einzig in seiner Art. Ich bin in der Literatur nur einem einzigen Beispiele begegnet, welches mit diesem verglichen werden könnte.

Die äussere Ophthalmoplegie oder die Paralyse der äusseren Augenmuskeln ist in unserem Falle der klinische Ausdruck einer Läsion, die die Ursprungskerne der motorischen Nerven des Auges, die aus jener Partie hervortreten, die man den oberen Bulbus nennen könnte, gewissermassen systematisch befällt. Indess muss ich Ihnen bemerken, dass diese Lokalisation der nuclearen Läsionen der Ophthalmoplegie im oberen Bulbus nicht etwas absolutes ist, denn es gibt einen Kern im unteren Bulbus (jener des Oculomotorius ext.), der gleichfalls daran Theil nimmt. Es handelt sich also eher um eine systematische Läsion der physiologisch associirten Oculomotoriuskerne, als um eine streng topische Erkrankung. Ich wiederhole es Ihnen noch einmal, die oberen Bulbuskerne sind bei der Tabes ziemlich häufig ergriffen, so dass wir, wenn sich uns ein Fall von Ophthalmoplegie darbietet, an eine Tabes zu denken haben und unsere klinischen Forschungen nach einer bestimmten Richtung hin anstellen müssen, um unsere Voraussetzung zu verificiren.

Von grossem Interesse ist hingegen die Thatsache, dass die motorischen Kerne des unteren Bulbus, die das anatomische Substrakt der Labio-Glosso-Pharyngeallähmung bilden, im Gegentheil bei der Tabes so selten afficirt erscheinen. Allerdings beobachtet man nicht so selten bei der Tabes mit oder ohne begleitende Lähmung des oberen Bulbus eine partielle Läsion jener Muskeln, die dem unteren Bulbus entsprechen. Man könnte diesbezüglich mehrere Beispiele anführen. So sind die transitorischen Lähmungen der präataktischen Periode der motorischen Augapfelmuskeln wahrscheinlich zum grossen Theile nuclearen Ursprungs, wiewohl einige — was erwiesen zu sein scheint — mit einer peripheren Läsion des Nerven zusammenhängen.

Wenn wir dagegen nach Fällen suchen, bei welchen es sich um stabile und zumeist progressive Läsionen handelt, so haben wir hier nicht mehr die Verlegenheit der Wahl: 1. SCHULTZE erwähnt als einen seltenen und bemerkenswerthen Fall eine wohl charakterisirte Tabes, bei welcher man eine Entartungs-Atrophie der von den motorischen Fasern des Trigeminus versorgten Muskeln beobachtete. Es bestand in diesem Falle gleichzeitig — welche Thatsache hervorgehoben ist — eine Anästhesie im Bereiche des Trigeminus: im Gegensatze also zu dem, was in Fällen von Labio-Glosso-Pharyngealparalyse auf nicht tabischer Grundlage vorkommt, existirte nicht eine auf die motorischen Nerven beschränkte systematische Läsion. 2. Man könnte vielleicht in diese Kategorie gewisse von FOURNIER beschriebene tabische Facialisparalysen einreihen. 3. Die Hemiatrophien der Zunge, auf die ich die Aufmerksamkeit der Forscher gelenkt habe und die auch von BALLET, MARIE

*) Nach dem «Progrés Médical» vom 17. Juni 1893.

und Koch studirt worden sind. Diese Hemiatrophien kommen gar nicht selten vor; man beobochtet sie bei der Tabes, die mit verschiedenen Sensibilitäts- und Nutritionsstörungen im Trigeminusgebiete einhergeht; sie kommen auch ausserhalb der Tabes, z. B. bei der allgemeinen progressiven Paralyse zur Beobachtung. Jedenfalls handelt es sich bei der Tabes um eine Läsion des Hypoglossuskernes, was durch Marie und Koch nachgewiesen wurde.

Alle diese Fälle sind von unleugbarem Interesse. Aber noch mehr Interesse muss ein Fall bieten, an welchem, wie ich es bei meinem Kranken darzuthun hoffe, gezeigt werden kann, dass der gesammte Symptomenkomplex der unteren Bulbärparalyse mit allen seinen Folgen sich als tabischer Symptomenkomplex manifestiren kann. In unserem Falle stellen sich die Umstände sehr interessant dar. Die untere Bulbärparalyse ist es hier, die in den Vordergrung des Krankheitsbildes tritt. Es handelt sich da in der That um einen jener Fälle von Ataxie, die in die grosse Gruppe der oberen Tabes hineingehören, bei welcher die Läsion bald in den Nervi optici, bald im Bulbus sich zu äussern beginnt und daselbst während einer langen Periode der Krankheitsentwicklung, vielleicht für immer, beschränkt bleibt. Die gewöhnlichen Spinalsymptome fehlen ganz oder sind während eines langen Zeitabschnittes kaum angedeutet. Aus mehreren Beispielen ist es ja bekannt, dass die bulbo-spinalen Läsionen bei der Tabes in der That nur die Halstheilregion und den Bulbus betreffen können, wobei die Läsionen der Rücken-Lendenregion entweder gleich Null sind oder nur in ganz geringem Grade vorhanden sind. Als Beispiel dieser Art können wir die Beobachtungen Raymond's[1]) und jene Blocq's und Onanoff's[2]) anführen.

Unser Fall ist, wir werden das gleich sehen, ein Beispiel, und zwar ein sehr bemerkenswerthes Beispiel der bulbären Tabes mit bulbären Anfangssymptomen, und bei welcher die Symptome seitens des Rückenmarks bisher so verborgen geblieben sind, dass die Krankheit von einem wenig erfahrenen Beobachter thatsächlich verkannt werden könnte.

Bevor wir jedoch zur Analyse des Falles selbst schreiten, erachte ich es für nothwendig, durch Anführung geeigneter Fälle, die mit Tabes nichts zu thun haben, Sie daran zu erinnern, was die untere progressive Bulbärparalyse ist, wenn sie von letzterer Krankheit gar nicht abhängt, Den Prototypus davon müssen wir bei der amyotrophischen Lateralsklerose im Momente der Betheiligung des Bulbus suchen; nach Prüfung eines solchen Falles werden wir die Modifikationen zu erkennen vermögen — wenn es solche überhaupt gibt — die der Symptomenkomplex dadurch erfährt, dass er mit Tabes kombinirt erscheint.

Der erste Kranke, den ich Ihnen vorstelle, leidet an einer wahrhaft typischen amyotrophischen Lateralsklerose.

Ich will Ihnen nur die grossen klinischen Züge dieser schweren und furchtbaren Affektion andeuten. Wenn wir zunächst die spasmodischen Spinalsymptome betrachten, die, wie Sie wissen, von einer Läsion des Pyramidenbündels, die mit einer Läsion der Vorderhörner associirt erscheint, abhängen, dann beobachten wir Rigidität der Gliedmassen, Kontrakturen, gesteigerte Reflexe, Symptome also, die mit ersterer Affektion zusammenhängen; dann Muskelatrophie, fibrilläre Muskelzuckungen, Entartungsreaktion der höchst entwickelten Muskeln, die mit der zweiten Läsion zusammenhängen. Wenn wir sodann die bulbären Symptome prüfen, die uns ja am meisten angehen, so sehen wir, dass das Gesicht einen weinerlichen Ausdruck hat, der Mund der Länge nach verzogen erscheint, und am Kinn fibrilläre Zuckungen sich zeigen. Der Kranke hält ein Taschentuch in der Hand, um damit den Speichel aufzufangen, der kontinuirlich aus seinem Munde fliesst. Seine Stimme ist heiser. seine Sprache undeutlich; er wird Ihnen auch sagen, dass er nur schwer schlucken kann und dass die Getränke und flüssigen Speisen, die er zu sich nimmt, häufig

[1]) Lesions spinales du tabes au début (Rev. d. Méd. 1891.)
[2]) Tabes cervico-bulbaire fruste (Arch. d. Méd. expérim. März 1892.)

durch die Nase wieder herauskommen. Die Zunge ist atrophisch. entstellt in Folge vieler Furchen und von fibrillären Zuckungen durchschüttert. Er kann seine Lippen nicht mehr so bewegen und in jene Stellung bringen, die erforderlich ist, um Lippenlaute auszusprechen, oder um zu pfeifen oder blasen. Der Gaumensegel hängt schlaff herunter, wodurch sich die Nasalstimme und das gehinderte Schlucken erklärt. Bei der laryngoskopischen Untersuchung konstatirt man Atrophie und Lähmung der Glottiskonstriktoren, endlich wird man finden können, dass die erschwerte Deglutition zum Theil auch von der Lähmung der Pharynxmuskulatur abhängt. Zuweilen gesellt sich zu diesem Phänomen, das mit einer Läsion des Hypoglossus, des Facialis, des spinalen Accessorius des Glosso-Pharyngeus zusammenhängt, noch eine Läsion des motorischen Kernes des V. Paares hinzu, daher die Unmöglichkeit oder mindestens die Schwierigkeit in der Ausführung der Mastikationsbewegungen des Kiefers; die Entartungsreaktion des Masseter und Temporalis und die Steigerung der Reflexe. Absolutes Fehlen jedweder Sensibilitätsstörung.

Bei der amyotrophischen Seitenstrangsklerose zeigt sich die untere Bulbärparalyse in der Klinik unter etwas komplicirten Verhältnissen. Was würde geschehen, wenn keine Läsion der Seitenstränge vorhanden wäre und nur die Kernläsion bestünde? Die paretisch-spastischen Symptome, die von einer Läsion der Pyramidenbündel abhängen, würden dann einfach wegfallen. Es würden nur die paretisch-amyotrophischen Symptome persistiren, die von der Läsion der motorischen Ganglienregionen herrühren. Es sind 6 oder 7 sichere Beispiele von Labio-Glosso-Pharyngealparalyse rein nuclearen Ursprungs ohne irgendwelche Betheilung der Pyramidenbündel bekannt. Zu diesen müssen noch gerechnet werden ein in jüngster Zeit beobachteter aber noch nicht veröffentlichtter Fall (Marie-Onanoff[1]), ein ganz recenter Fall Remak's und endlich ein ebensolcher Fall Dutil's, der im vergangenen Jahre an unserer Klinik zur Beobachtung kam.

Es leuchtet Ihnen wohl ein, dass diese Art von Bulbärparalyse der spinalen Amyotrophie, Typus Aran-Duchenne entspricht, bei welcher die spasmodischen Erscheinungen fehlen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der XII. Sektion der allgemeinen Poliklinik des Herrn Generalstabsarztes **Dr. J. Neudörfer.**

Atypische Operation eines Sarkoma giganto-cellulare.

Von

Dr. Richard Steinberg, Hilfsarzt an obiger Abtheilung.

Es ist sicherlich berechtigt, aus einer grösseren Anzahl gleichartiger, d. h. von demselben Gesichtspunkte aus, exekutirter Operationen gewisse, praktische Schlüsse ziehen zu dürfen, oder bei einem seltenen Falle den Verlauf einer seltenen Operation mitzutheilen; aber für die Publikation typischer Operationen spricht eigentlich nichts, da man ja solche, Jahrhunderte alte Traditionen nach jeder Richtung hin und bis in die kleinsten Details beleuchtet und beschrieben hat.

Wagt man sich aber mit einer Enunciation über eine solche ans kritische Tageslicht, so muss entweder die dabei angewandte Methode, oder der Fall an sich selbst. oder gar der ganze Verlauf der Operation Interessantes und darum Mittheilungswerthes enthalten.

In einem solchen Falle dürfte wohl ich mich befinden.

Mit wenigen Worten will ich die Krankengeschiche zusammenfassen, um mich desto eingehender mit der Operation selbst beschäftigen zu können.

Anamnese: Marie K., von gesunden Eltern abstammend, 19 Jahre alt, klagte seit August 1891 über Schmerzen im

[1]) Arch. für Psych. Bd. XXIII.

rechten Bein, verbunden mit einem Gefühl des Zusammengeschnürtwerdens dieser Extremität.

Im März 1892 schwoll das Bein an und im Mai desselben Jahres war Patientin nunmehr unfähig, damit zu gehen. Im Oktober 1892 suchte sie Hilfe auf der Poliklinik.

Die Kranke war nunmehr im hohen Grade abgemagert, hatte ein Körpergewicht von 33 *kg*, ein fahles kachetisches Aussehen und war in gedrückter Gemüthsstimmung.

Das lokale Leiden, welches ohne entzündliche Erscheinungen in relativ rascher Entwicklung das Allgemeinbefinden und die Ernährung nachtheilig beeinflusst hatte, wurde zwar sofort als ein die Operation indicirendes «Neugebilde» erkannt; mit Rücksicht auf die schlechte Ernährung und auf den Schwächezustand der Kranken, wurde die Operation verschoben.

Die Behandlung beschränkte sich darauf, durch verschiedene Mittel die Ernährung und die Kräfte zu heben, sowie das Wachsthum des Neoplasma zu hemmen.

Der Sitz des Neugebildes war das obere Ende des rechten Unterschenkels. Der Umfang desselben betrug um diese Zeit 42 *cm*, welche Dimension erst innerhalb der letzten 2 Monate ziemlich rapid erreicht wurde und die in weiteren 3 Monaten auf Grund wöchentlicher, genauer Messungen um noch weitere 3 *cm* zunahm, so dass die unabweisbare Indikation zur Operation damit gestellt war.

Status präsens: Patientin ist mittelgross, ziemlich blass, abgemagert, von gracilem Knochenbau. Panniculus adiposus gering, Haut etwas welk und pergamentartig. Herztöne rein, Athmungsgeräusche normal. Magen, Darm, Blase funktioniren gut. — Während der Stamm sonst nichts anormales, auch nicht indolente, geschwellte Lymphdrüsen aufweist, ist das obere Drittel der rechten Tibia von einer Geschwulst verdeckt, welche oben am Kniegelenke und unten gegen die Mitte der Tibia sich sanft abflacht. Die Hautdecke ist über der Geschwulst gespannt, wenig verschieblich und durchscheinend zart bläulich und ein prall gefülltes Venengeflecht lassen das über malignen Neoplasmen so charakteristische caput medusae erkennen.

Das obere Ende des rechten Unterschenkels erscheint kugelförmig aufgetrieben, weich elastisch, scheinbar fluktuirend, so dass man den Eindruck erhält, als ob die Knochen und die Weichtheile des Unterschenkels an dieser Stelle in die Geschwulstmasse umgewandelt worden seien.

Das Kniegelenk erscheint kontrahirt, aktiv unbeweglich, passive Bewegungen im Gelenke nur in geringem Grade und mit Schmerzen möglich.

Operation am 29. Jänner 1893: Mit einem nach unten konvexen, circa 7 *cm* langen, das ligamentum patellare propr. treffenden Schnitte wurde die Geschwulst eröffnet, wobei sich sofort eine dunkelbraune, schmierige Masse entleerte. Die Geschwulst fiel daraufhin zusammen, und es wurde sodann senkrecht über das untere Ende der Neubildung der Schnitt bis auf den Knochen weitergeführt, so dass derselbe circa 5—6 *cm* der Besichtigung zugänglich wurde. — Es zeigte sich nun, dass die Geschwulst auch das Gelenk und dessen Knochen ergriffen hatte, und dass die Erhaltung des Gliedes mit Resektion der kranken Tibia nicht gerechtfertigt erscheint; ja es zeigt sich bald, dass die Absetzung sich nicht auf den Unterschenkel beschränken darf.

Es wurde nun die Patella ausgeschält, die Kniegelenksbänder durchtrennt und nun zu dem eigentlich die Operation Charakterisirenden gegangen, nämlich zur Ablösung des Periostes vom Knochen.

Dies ging in unserem Falle sehr leicht von statten, da das Periost sehr verdickt war, so wie es bei Neubildungen und überhaupt chronischen Knochenaffektionen zu sein pflegt.

In diesen Fällen kann man das Periost für sich allein vom Knochen abheben, während man in traumatischen Fällen — Haut, Muskeln und Periost, das als letzte Schichte des Bindegewebes nur sehr dünn ist, in einem Lappen beisammen lassen muss, da es sonst, seiner ernährenden Gefässe beraubt, abstirbt.

Nach Abpräparirung des Periostes wurde mit einer Stichsäge der Oberschenkelknochen, oberhalb der Condylen durchsägt. Nun zeigte sich aber das Knochenmark sulzig gequollen, das Knochengewebe erweicht und rarificirt, — Zeichen, dass die Neubildung auch den Knochen des Oberschenkels ergriffen hatte.*)

Aus diesem Grunde wurde von dem Oberschenkelknochen noch ein Stück von circa 2 *cm* Länge mit der Stichsäge abgesägt, wobei das obere Ende sich als gesund erwies. Jetzt erst wurde die rückwärtige Bedeckung des Knochens — Fascien, Muskel und Haut mit gleichzeitiger Digitalkompression der A. noplitea durchschnitten. Sodann wurde in sorgfältigster Weise die Unterbindung der Gefässe vorgenommen und das abpräparirte Periost über dem Knochenstumpfe vereinigt, um denselben seiner ihn ernährenden Elemente nicht zu berauben. Der Periostnaht folgt eine sauber angelegte Etagennaht, aus welcher zwei früher eingelegte Drainröhren zu Tage traten.

Was die Ausführung der Operation selbst anbelangt, so wurden die Instrumente nur ausgekocht, aus dem abgekühlten, aber noch warmen Wasser zur Operation verwendet. Die Operationsgegend wurde mit Seife und Wasser gewaschen und gereinigt, das Operationsfeld nicht berieselt, sondern nur mit trocken sterilisirter Gaze abgetupft.

Die Wunde wurde mit sterilisirter Gaze belegt, darüber eine Lage Baumwolle geschichtet und mit einer Calicotbinde fixirt.

Der Verlauf dieser Oberschenkel-Amputation war ein ganz reaktionsloser. — Am 6. Tage wurden die Drains beim Verbandwechsel entfernt. Es war in dem abgenommenen Verband kein Tropfen Eiter, Blut oder Serum vorhanden. Die Nahtlinie war weder geschwollen, noch geröthet, auch nicht druckempfindlich.

Der Stumpf wurde neuerdings mit trockener sterilisirter Gaze bedeckt, in entfettete Wolle gehüllt und mit einer Calicotbinde fixirt.

Am 10. Tage konnte die Patientin sich schon im Krankenzimmer ohne Krücke umherbewegen. Sie hat sich an den Betträndern gehalten und ist mit dem gesunden Bein den Betten entlang gehüpft als Zeichen, dass sie im Stumpfe gar keinen Schmerz mehr hatte.

Es war eine ideale, primäre Heilung eingetreten, wie sie bei Oberschenkelamputationen gewiss sehr selten vorkommt.

Am 14. Tage wurden die Nähte aus dem Stumpf entfernt; der Stumpf wurde noch in Watta gehüllt und die Kranke vollständig geheilt aus dem Spitale entlassen.

Vor Kurzem, also circa 5 Monate nach der Operation, hat sich Patientin behufs Modellirung des Stumpfes, für das anzufertigende künstliche Bein vorgestellt. Die Kranke hatte ein blühendes Aussehen, ein Körpergewicht von 43 Kilo. Der Amputationsstumpf ist ohne jede Schmerzhaftigkeit und ohne jede Schwellung und Verhärtung. Die Perkussion des Stumpfes ergibt am Knochenstumpf einen dumpferen Schall als an der entsprechenden Stelle des gesunden Beines, als Zeichen, dass im Stumpfe die Markhöhle noch nicht ausgebildet ist.

Die Amputationsnarbe ist weich, verschiebbar und unempfindlich gegen Druck und Stoss. Es scheint, dass die Narbe als Stütze für den Körper dienen konnte, weil man durch die Weichtheile hindurch den Querschnitt des Knochenstumpfes als eine glatte, gleichmässige harte gegen Druck unempfindliche Knochenschichte tasten kann. Interessant ist überdies der Befund der Epikrise, welche Herr Prof. Paltauf vorzunehmen die Güte hatte und welche Folgendes ergab:

*) Es kommt dieses selten vor, da derartige Sarkome sich gewöhnlich auf den Unterschenkel beschränken und nur selten über das Kniegelenk hinaus weiterschreiten.

Epikrise: Es liegt eine im Kniegelenke abgesetzte rechte, untere Extremität vor, die am oberen Ende, namentlich an der inneren und hinteren Peripherie völlig aufgetrieben ist, durchwegs aber intakte, normale Hautbedeckung zeigt. Die Gelenkflächen der Tibia sind gelblich verfärbt, die innere Gelenksfläche durch Reduktion des Knochens auf eine dünne Lamelle eingesunken. Die Synovia daselbst etwas sukkulenter. Die Haut lässt sich, ebenso wie der innere Kopf des Musc. gastrocnemius, leicht abpräpariren und zeigt sich die Auftreibung durch die Entwicklung einer cystösen Geschwulst in der Epiphyse der Tibia verursacht. Dieselbe zeigt eine mit den Fasern und Muskelansätzen innig verwachsene, fibröse Wand, in der stellenweise noch einzelne Knochenlamellen erhalten sind. An der Tibia ist die vordere Kante bis nahe an die Gelenksfläche erhalten und bildet nach vorne die Begrenzung der Geschwulst. Hinten hat dieselbe eine Ausdehnung von 15 *kcm*, wo gleichfalls ein auswärts gedrängter Rand der Corticalis die Geschwulst begrenzt. Eine bereits vorhandene Lücke hinter der inneren Gelenksfläche wird erweitert und es zeigt sich nun eine aus mehreren Hohlräumen zusammengesetzter, mit blutiger Flüssigkeit gefüllter Hohlraum, welcher von Spangen eines mächtig derben Gewebes durchzogen wird, sich unter beide Gelenksflächen der Tibia ausdehnt und einen circa 5 *cm* langen, sackartigen Recessus an der hinteren Fläche der Tibia nach unten von jenem Knochenrande zeigt. Theilweise zeigen die Hohlräume vollständig geglättete Wandungen, andererseits haften bräunliche Gerinnsel an denselben. Ein etwa Hühnerei grosser, in der Mitte gelegener, anscheinend solider Antheil besteht aus einer Summe kleinerer cystischer Räume mit oft ganz dünnen geglätteten Wandungen.

Der mikroskopische Befund ergab inmitten von Spindel- und spärlichen Rundzellen — vielkernige Riesenzellen von ungewöhnlicher Grösse und in erheblicher Menge, so dass die cellulae giganteae nicht nur durch die intensivere Färbung, da sie Lithioncarmin leichter als das übrige Sarkomgewebe annehmen, sondern besonders durch die plump-runde, ungewöhnlich grosse Form und durch ihre Massenhaftigkeit imponiren. Es wurde somit die Neubildung als ein Myeloid-Sarkom sive giganto-cellulare konstatirt.

Erstaunlich bleibt es überdies, dass man bei fast allen Riesenzellensarkomen an der Tibia die Markhöhle derselben kolossal erweitert und zumeist bei Schwund des Markes erstere mit Blutgerinnseln erfüllt findet. Man hat es auch zumeist wohl nur mit jungen, anämischen Individuen in der Zeit des grössten Knochenwachsthums und der intensivsten Blutbereitung in dem Knochenmarke zu thun, so dass Einem unwillkürlich der Gedanke aufsteigt, ob die Bildung eines derartigen Neoplasma nicht auf einer Anomalie der blutbildenden Organe im Marke, hervorgerufen durch irgend einen Reiz, beruht. Und auch dieser lässt sich zumeist nachweisen. Bei unserer Patientin war es Sprung auf den Fuss, den sie als Ursache der Geschwulst angab; aber auch bei anderen Fällen wurde heftige Erschütterung für den Urgrund des Neoplasma angegeben oder davon mit Ueberzeugung abgeleitet. Immer aber zeigte der Fuss, wie bei unserem Falle, weder Oedem, noch sonst eine auffallende Veränderung in seiner ganzen Konfiguration. Da zumeist eine Rezidive ausbleibt, so kann man es hier doch wohl nur mit einem lokalen Prozesse zu thun haben, der vom Knochenmark ausgeht.

Die vom Oberschenkel abgetragenen Knochentheile sind leider nicht mitgekommen und konnten nicht eruirt werden.

Zum Schlusse spreche ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Generalstabsarzt Dr. J. Neudörfer, für gütige Ueberlassung des Falles zur Publikation meinen herzlichsten Dank aus.

Ueber zwei Endemien von Icterus afebrilis neonatorum cum hämoglobinuria, genannt „die Winkelsche Krankheit".

Von

Professor Dr. Wolczynski.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Ich muss hervorheben, dass Dr. Kamen's Untersuchungen auf die Endemie von 1893 sich erstrecken, während obiger Sektionsbefund vom Falle 3, ex 1892 herrührt.

Dr. Kamen fand: In der Lunge ausgedehnte subpleurale Extravasate. Die Endverzweigungen der Bronchien, sowie einzelne Alveolen mit Blut erfüllt ausgedehnt und stellenweise ist durch Einriss der Wandungnn eine Kommunikation zwischen mehreren Lungenbläschen hergestellt. Das extravasirte Blut ist theils verändert, zum Theil aber nimmt man darin bereits Ablagerungen aus schwarzbraunem Pigment wahr. In mit Karbolfuchsin gefärbten Schnitten, finden sich massenhafte Haufen von Kurzstäbchen, welche ausschliesslich in dem in den Gefässen noch eingeschlossenem oder aber extravasirtem Blute gelagert sind. Die Lebercapillaren enorm erweitert mit Blut prall gefüllt. Unter der Kapsel zahlreiche Extravasate, die mehr oder weniger tief in das Lebergewebe eingreifen. Die Leberzellenbalken zum grossen Theil komprimirt, die Leberzellen in verschiedenen Stadien der Verfettung, sowohl in den erweiterten Capillaren als auch in den thrombosirten Aesten der Vena portae finden sich massenhafte Haufen von kurzen mit denen in der Lunge gefundenen identischen Bacillen. Die Milz mit rothen Blutkörperchen prall gefüllt mit deutlicher Vermehrung der lymphatischen Elemente. Bakterienhaufen konnten in den Schnitten nicht nachgewiesen werden, doch fanden sich dieselben Kurzstäbchen in Aufstrichpräparaten.

Die Niere des Kindes Nr. 4 zeigt zunächst eine Vermehrung der Zellkerne in den Glomerulis, sowie eine unregelmässig vertheilte kleinzellige Infiltration des interstitiellen Gewebes der Rindensubstanz. Das Epithel der Harnkanälchen im Zustande der trüben Schwellung, die geraden Kanälchen zum grossen Theil mit lichtgelbbraunen Schollen angefüllt.

Die Niere des Kindes Nr. 3 zeigt eine noch deutliche Vermehrung der Kerne, namentlich im interstitiellen Gewebe, es fehlen jedoch die, die Harnkanälchen der ersteren Niere erfüllenden gelbbraunen Schollen gänzlich. Beide Nieren zeigten hingegen zahlreiche subcapsuläre Extravasate, in welchem die Blutkörperchen theils noch mit Mühe erkenntlich, theils aber schon in schwarzbraune Pigmentmassen umgewandelt sind. Auch in den Aufstrichpräparaten konnten theils einzeln, theils in Haufen angeordnete mit den früher beschriebenen Kurzstäbchen identische nachgewiesen werden.

Nun hat Kamen Theile von den inneren Organen, Leber, Milz und Nieren zur Anlage von Kulturen verwendet und festgestellt, dass der aus den Reinkulturen gewonnene Mikroorganismus das Bacterium coli commune ist.

Nun ging Kamen zu Thierversuchen über und fütterte mit auf Kartoffelkulturen üppig gezüchteten Bakterium graue Hausmäuse. Von 8 hier in Betracht kommenden Versuchsthieren überlebte nur eine die Infektion, während die übrigen 7 ausnahmslos unter den Erscheinungen einer schweren Infektion eingingen. Diese Erscheinungen waren: auffallende Apathie, Nahrungsverweigerung, später eine lähmungsartige Schwäche namentlich der hinteren Extremitäten und schliesslich Tod, wobei das Thier stets auf der Seite liegend aufgefunden wurde. Der Tod trat in 12—72 Stunden nach der Fütterung ein. Nun wurden sämmtliche Thierleichen obducirt und die inneren Organe, Leber, Niere und Milz, histologisch und bakteriologisch untersucht. Der Befund war bei allen Thieren der gleiche: Hyperämie der inneren Organe, Ecchimosen an der Magen- und Dünndarmschleimhaut, subcapsuläre Extravasate in den Nieren.

* Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr 26, 1893.

Auch ist es KAMEN gelungen, das verfütterte Bakterium coli commune aus den einzelnen Organen der Versuchsthiere in Reinkulturen zu gewinnen. Daraus zieht KAMEN den Schluss dass das Bakterium coli commune nicht nur bei subkutaner, intravenöser und intraperitonealer Applikation, sondern auch vom Darmkanal aus pathogen wirkt.

Zwei Versuche, aus dem Blute lebender Kinder Mikroorganismen reinzuzüchten, fielen negativ aus, was KAMEN nicht etwa auf den etwaigen Mangel an den spezifischen Mikroorganismen — denn solche hält er nach den Befunden an den Leichen ausgeschlossen — als vielmehr auf die zu geringe Menge des verimpften Blutes zurückzuführen glaubt.

Die chemische Untersuchung des Urins wurde auch von Herrn Professor PRZIBRAM gemacht, obzwar die zu untersuchende Menge sehr gering war, so hat Prof. PRZIBRAM dennoch feststellen können, dass der Urin Blutfarbstoffe und rothe Blutkörperchen enthält. es gelang auch die Darstellung der TEICHMANNI'schen Krystalle. Hämoglobin konnte jedoch auch bei der spectroskopischen Analyse nicht nachgewiesen werden. Gallenfarbstoff waren jedoch nicht vorhanden.

Nachdem Dr. KAMEN auf Grund seiner bakteriologischen Untersuchungen die WINKLI'sche Krankheit als eine Infektionskrankheit, hervorgerufen durch Eindringen des Bacterium coli commune in den kindlichen Organismus bezeichnete, war es nunmehr meine Aufgabe zu erforschen, auf welche Weise die Infektion stattfand.

Ich konstatirte vor Allem, dass alle Mütter vor und nach der Geburt der erkrankten Kinder vollkommen gesund waren und ein regelmässiges Wochenbett durchmachten, dass alle Kinder von ihren Müttern selbst gestillt wurden und keine andere Nahrung erhielten, dass also jede Intoxikation des Kindes ausgeschlossen war, und dass bei der Geburt selbst kein operativer Eingriff vorgenommen wurde. Die Kinder wurden täglich zweimal in 28 gradigem Wasser gebadet und es müssen etwaige abnorme Temperatureinflüsse auch ausgeschlossen werden.

Die Gebäranstalt selbst — mehr ein Gebärasyl — ist in einem alten, räumlich sehr beschränkten Hause untergebracht und besitzt nicht einmal die nothwendigsten Lokalitäten. Doch wird auf die peinlichste Reinlichkeit und strengste Desinfektion eine um so erhöhte Aufmerksamkeit verwendet.

Die Wände der Zimmer werden immer frisch mit Kalkwasser geweissigt, der Fussboden gewaschen und mehrmals wöchentlich gründlich desinficirt. Die Kinderwäsche wiederholt in Karbolwasser gekocht, die eisernen Betten mit Karbolwasser gewaschen, so dass jede Infektion von da geradezu unmöglich ist. Der Nabel wird in Jodoformgaze eingewickelt und niemals haben wir Gelegenheit, Eiterung oder nur Nabelentzündungen zu beobachten. Die Geschlechtstheile der Mütter werden nur nach Untersuchungen durch die Schülerinnen vor oder nach Operationen mit 2 % gekochtem Karbolwasser ausgespritzt, sonst zur äusseren Desinfektion der Geschlechtstheile sowie der Hände der Schülerinnen nur ein halb pro mille Sublimat gebraucht. Der Gesundheitszustand der Mütter und Kinder war seit Jahren ein überaus günstiger. Puerperalprozesse sind nur von aussen eingeschleppte vorgekommen und Erkrankungen der Kinder sind ausser Icterus neonatorum, der immer günstig abgelaufen, keine vorgekommen.

Nach Erwägung aller dieser Umstände konnte nur an eine Infektion durch Wasser, also Verschlucken des Badewassers, oder aber durch Verschlucken von Wasser beim Reinigen des Mundes, durch die Luft oder aber an eine kongenitale Infektion des Foetus bei gesund gebliebener Mutter gedacht werden.

Eine Infektion durch die Luft musste ich ausschliessen, weil die Zimmer, wie erwähnt, gründlich desinficirt und gut gelüftet waren, ich musste demnach zuerst an eine Infektion durch das Wasser denken, wesshalb ich Herrn Dr. KAMEN um die bakteriologische Untersuchung des Wassers der Anstalt ersuchte.

Hier muss ich vorrausschicken, dass Czernowitz gegenwärtig noch keine Wasserleitung besitzt — dieselbe soll in nächster Zeit erst angelegt werden — sondern sein Wasser aus Brunnen schöpft, welche nur Sickerwasser enthalten. Das Wasser ist an und für sich schlecht, enthält animalische Bestandtheile und sind wiederholt auch Mikroorganismen konstatirt worden. Lokale Endemien kommen hier auch häufig vor. Die Qualität des Wassers hat in den letzten drei Jahren auch dadurch gelitten, dass sehr wenig Niederschläge waren, dass die Brunnen daher sehr wenig und trübes Wasser enthielten und häufig bis auf den Grund ausgeschöpft wurden. Seit zwei Jahren hatten wir in der Anstalt auch mit dieser Kalamität zu kämpfen. Als Dr. KAMEN nach genauer bakteriologischer Untersuchung feststellte, dass das Anstaltswasser dieselben Mikroben, nämlich das Bacterium coli commune enthalte, war es nun klar, dass das Anstaltswasser als Träger des Infektionsstoffes aufgefasst werden muss und dass hier die hygienischen Vorsichtsmassregeln zu ergreifen sind. Das Bad konnte ich unmöglich als die Gelegenheitsursache der Infektion betrachten, zumal Geheimrath WINKEL in seiner Anstalt zufällig wegen einer gerade abgelaufenen Pemphigusepidemie die Bäder sistirte, so dass nur ein Kind — das ersterkrankte — gebadet wurde. Es musste sich nun meine ganze Aufmerksamkeit dem Waschen und Reinigen des Mundes zuwenden. Der Mund wurde den Kindern mit einen in reines lauwarmes Wasser getauchten Lappen ausgewischt. Dabei ist nicht zu vermeiden, dass der Lappen zu nass ist und eventuell Wasser aus dem Lappen beim Wischen des Mundes ausgedrückt und vom Kinde verschluckt wird, anderseits aber wird trotz aller Ermahnung, nicht den Mund zu reiben, sondern nur leicht zu wischen, von den Schülerinnen diese Lehre nicht genug beherzigt und oft geradezu rücksichtslos gerieben, was auch die beaufsichtigende Schulhebamme nicht zu beurtheilen vermag, da sie die durch den Finger ausgeübte Kraft nicht kennt. Es ist desshalb möglich, dass die Kinder beim Reinigen des Mundes das inficirte Wasser schlucken, oder aber, dass durch Abstreifen des Epithels der Schleimhaut das Bacterium geradezu eingeimpft wird, letztere Annahme klingt umso wahrscheinlicher als ja die Menge des aus dem Lappen ausgedrückten und vom Kinde verschluckten Wassers ohnehin nur minimal sein kann.

Eine scheinbare Bestätigung dieser Annahme ist auch dadurch erfolgt, dass, als mir Dr. KAMEN am 5. Februar die Mittheilung machte, dass er das Bacterium coli commune nunmehr auch im Wasser mit aller Bestimmtheit konstatirt hat, ich sofort die Sperrung des Anstaltsbrunnen anordnete, das Trink- und Nutzwasser aus einem guten öffentlichen Brunnen zuführen liess, den Anstaltsbrunnen auf verlässliche Weise desinficirte und den Auftrag ertheilte mit 1% sterilisirter Borlösung den Mund den Kindern zu reinigen.

Am 4. Februar kam das Kind der C. W., Fall 6 zur Welt, es wurde ihm Abends nach der Geburt und Früh am 5. mit dem Anstaltswasser der Mund gereinigt und später schon mit sterilisirter Borlösung. Auch dieses Kind erkrankte am 7. aber unter viel leichteren Erscheinungen und konnte schon am 12. gebessert entlassen werden.

Und von an blieben die Kinder gesund.

Ich muss aber auch der anderen, wenn auch entfernteren Möglichkeit einer kongenitalen Infektion der Foetuse gedenken.

Es liegen bereits genügende Beobachtungen vor, wo Bakterien ohne den mütterlichen Organismus zu beeinträchtigen, die Placenta durchwandern und im Foetus ihre deleläre Wirkung entfalten. So beschreibt CARBONELLI (Turin) einen Fall kongenitaler Infektion eines Foetus bei gesunder Mutter. Rivist. de ostetr. et gynekol. 1891, Nr. 18, wo ein nicht ganz ausgetragener Foetus, von einer vollkommen gesunden Mutter lebend, aber asphiktisch mit septischer Peritonitis geboren wurde und eine Stunde nach der Geburt starb. Die bakteriologischen Kultur- und Impfversuche ergaben als Erreger der septischen Peritonitis einen Streptococcus. Desgleichen sagt der ausgezeichnete Beobachter Geheimrath BIRCH-HIRSCHFELD in ZIEGLER's Beiträgen Band IX, pag. 383, dass Niemand das Ueberwandern

pathogener Mikroben durch die Placenta mehr bezweifelt, seit dieser Vorgang auch experimentell bewiesen ist.

Dieses Umstandes fand ich mich veranlasst zu gedenken, weil BIRCH-HIRSCHFELD in einem Anhange zu dem Artikel des Geheimen Medizinalrath WINKLER (Berliner Deutsche mediz. Wochenschrift Nr. 36 ex 1879) ausdrücklich sagt: «In keinem Falle ist es mir gelungen in der Darmwand selbst ein Eindringen der Bakterien nachzuweisen» aber auch KAMEN hat in keinem Falle die Mikrobe in der Darmwandung nachgewiesen. Darum darf die entferntere Möglichkeit einer kongenitalen Infektion des Foetus nicht ganz ausgeschlossen werden.

Dass wir es aber hier wirklich mit einer Infektion durch Mikroben zu thun haben, beweist ausser den exakten Beobachtungen KAMEN's, auch jene BIRCH-HIRSCHFELD's; in dem obcitirten Artikel sagt BIRCH-HIRSCHFELD ausdrücklich:

Dass die rapide Zerstörung des Blutes mit Wahrscheinlichkeit auf die Wirksamkeit einer e m i n e n t s e p t i s c h e n S u b s t a n z hinweist, und dass der Sektionsbefund manchen Anhalt dafür gibt, dass die hypothetische Noxe in erster Linie den Darmkanal getroffen.

Aber auch STRELITZ hat Mikroorganismen in den inneren Organen gefunden, hält sie aber für Kokken und will sie mit der Krankheit in keinen Causalnexus bringen.

Zweifellos ist es demnach, dass die WINKEL'sche Krankheit durch das Bacterium coli commune hervorgerufen wird und wahrscheinlich, dass die Infektion bei der Reinigung des Mundes erfolgte. Noch auf einen Umstand und auf die diesbezüglichen differirenden Resultate möchte ich die Aufmerksamkeit lenken. BIRCH-HIRSCHFELD und mit ihm STRELITZ haben die in den Harnkanälchen der Nieren gefundenen Niederschläge für Hämoglobin erklärt, während KAMEN Harnsäureinfarct konstatirt hat und auf die Möglichkeit einer diesbezüglichen Verwechslung hinweist.

Zum Schlusse noch eine Zusammenstellung aller Erkrankungen, sowie einige Bemerkungen über den Verlauf dieser beiden Endemien.

Im Jahre 1892 erkrankten 6 Kinder, gestorben alle 6.

	geboren am	erkrankt am	gestorben am	Gewicht
I. Fall	11. Jänner	15. Jänner	18. Jänner	2900 *gr*
II. «	14. «	17. «	18. «	3900 «
III. «	21. «	24. «	27. «	3700 «
IV. «	14. Februar	18. Februar	21. Februar	3300 «
V. «	14. März	17. März	20. März	3000 «
VI. «	29. «	2. April	4. April	3700 «

Im Jahre 1893 erkranten 6 Kinder, gestorben 5, genesen 1.

	geboren am	erkrankt am	gestorben am	Gewicht
I. Fall	18. Jänner	20. Jänner	23. Jänner	4250 *gr*
II. «	18. «	21. «	24. «	3400 «
III. «	26. «	29. «	1. Februar	3150 «
IV. «	26. «	30. «	1. «	3200 «
V. «	29. «	31. «	2. «	3450 «
VI. «	4. Februar	7. Febr. entl.	12. «	2700 «

Es erkrankten demnach im Jahre 1892 in der Zeit vom 15. Jänner bis 2. April 6 Kinder, im Ganzen kamen in dieser Zeit 34 Kinder lebend zur Welt.

Im Jänner waren 12 lebende Kinder geboren und die Endemie nahm mit der Erkrankung des 6. Kindes ihren Anfang, indem von 2 Kindern, welche am 11. Jänner zur Welt kamen, das Spätergeborene erkrankte, das nächste Kind wurde am 14. geboren und erkrankte, hierauf kam am 18. ein Kind zur Welt, das gesund blieb und nun erkrankte das am 21. geborene. Dann folgte eine Pause bis zum 14. Februar, in der Zwischenzeit wurden 8 Kinder, die gesund blieben geboren und das 9. erkrankte. Nun kamen abermals 7 Kinder, die gesund blieben, während das 8. erkrankte und schliesslich blieben 8 Kinder gesund und das 9. und letzte Kind erkrankte.

Damit war die Endemie erloschen, ohne dass sich sichtbar die hygienischen Verhältnisse geändert hätten. Dieselben Zimmer, die gleiche Bedienung, dasselbe Trink-, Nutz- und Badewasser, gleich niedriger Stand des Brunnenwasserspiegels unveränderte Wassernoth.

Einen etwas verschiedenen Verlauf nahm die Endemie im Jahre 1893. In der kurzen Zeit vom 20. Jänner bis 7. Februar kamen 10 lebende Kinder zur Welt und hievon erkrankten 6 und starben 5, und zwar am 20. wurden 3 Kinder geboren, davon erkrankten 2, die am 21. und 24. geborenen Kinder blieben gesund, während von den 3 am 26. geborenen 2 erkrankten und ebenso erkrankte das am 29. Jänner, sowie das am 4. Februar geborene Kind. Mit dem letzterkrankten Kinde erlosch auch die Endemie. Hier sehen wir, dass die Erkrankungen sich rasch hintereinander häufen, wesshalb ich nach den 5 Erkrankungen, welche in den letzten 10 Tagen des Jänner vorkamen, auf eine stärkere Morbilität im Februar gefasst war und mich schon mit der Idee der Schliessung der Anstalt, falls die Mortalität unter den Kindern auch im Februar so gross gewesen, beschäftigte, als plötzlich der letzte Fall nach Schliessung des Brunnens mit Genesung endigte und mit ihm die Endemie ihren Abschluss erlangte.

Was nun die Zeit der Erkrankungen anbelangt, so sind sämmtliche Kinder am 2. oder Ende des 3. Tages erkrankt. Nach dem Datum stellt sich auch der 4. Tag als Erkrankungstag, was daher rührt, dass diese Kinder spät am Abend zur Welt kamen und Früh am 4. Tage erkrankten, 48 bis längstens 72 Stunden nach der Geburt erkranken die Kinder. In dem von STRELITZ beschriebenen Falle ist erst am 9. oder 10. Tage die Erkrankung erfolgt und wies eine sonst nicht beobachtete Temperaturerhöhung von 38·4 auf und ist Tags darauf nach einer rituellen Circumcission aufgetreten, wobei jedoch jede Verunreinigung der Peniswunde, sowie jede Wundinfektion von BAGYNSKI selbst ausgeschlossen wurde. Nach WINKEL brach die Erkrankung am häufigsten aus am 4. Tage, aber es kam auch 1 Fall, wo das Kind am 1. Tage erkrankte, am 5. Tage brach sie 3 Mal, am 6. Tage 4 Mal, am 7. ebenfalls 4 *Mal* und am spätesten am 12. Tage aus.

Die erkrankten Kinder waren, wie aus der dargelegten Tabelle ersichtlich, durchaus hübsche, ausgetragene, 3000 *gr* und darüber schwere Kinder.

Die Genesung des einen Kindes erfolgte in der Weise, dass das Kind, welches am 7. Februar die Nahrung vollends versagte, schon am 8. Mittags die aus dem Löffel gereichte Milch schluckte, dann am 9. schon die Brust zu sich nahm, sich dabei wohler zeigte, am 11. und 12. war der Stuhl lichter, der Urin war zwar auch etwas lichter, aber hinterliess noch immer auf den Windeln die charakteristische Färbung, am 12. wurde die Mutter über Verlangen aus der Anstalt entlassen, und so entzog sich auch das Kind der weiteren Beobachtung.

Endlich muss ich noch erwähnen, dass während der Dauer der Endemie auch ein Fall von gewöhnlichem Ikterus neonatorum vorgekommen, der den gewöhnlichen günstigen Verlauf nahm. Was nun die Stellung der Diagnose anlangt, ist dieselbe nach dem bekannten Symptomenkomplex durchaus nicht schwer und wird durch die charakteristische Beschaffenheit des Stuhles und des Urins wesentlich unterstützt. Selbstverständlich liegt es im Interesse der Sache, dass jeder einzelne vorkommende Fall von WINKLER'scher Krankheit einer entsprechenden genauen Nachprüfung unterzogen werde. Ob nun die Infektion auf diese oder jene Weise erfolgt, können nur fortgesetzte genaue Beobachtungen feststellen. Für uns Geburtshelfer hat aber für alle Hinkunft als Regel zu gelten, dass die R e i n i g u n g d e s M u n d e s n u r m i t s t e r i l i s i r t e m W a s s e r z u g e s c h e h e n habe und die Hebammen nnd Schülerinnen können nicht genug darüber belehrt werden, den Mund des Kindes nicht auszureiben sondern auszuwischen. Die Reinigung des Mundes ganz zu unterlassen, geht wohl nicht an, weil dies die Disposition zu anderen Krankheiten der Neugeborenen vergrössern würde.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

V. Versammlung der gynäkologischen Gesellschaft zu Breslau.

Vom 25.—27. Mai 1893.

(Diskussion zum Vortrag SCHAUTA.*)

A. MARTIN (Berlin) stimmt in einer Reihe von Detailfragen mit SCHAUTA nicht überein, so z. B. mit Eintheilung der Tumoren in die 3 angegebenen Gruppen. SCHAUTA hat die Perforationstumoren nicht erwähnt. In der letzten Zeit hat MARTIN jeden einzelnen Fall für sich individuell behandelt. In den schlimmsten Fällen, wo Durchbrüche in benachbarte Organe stattgefunden hatten, hat er früher Anus präternaturalis angelegt, auch nach der Scheide zu drainirt. In der letzten Zeit hat er den Defekt im Darm oder in der Blase vernäht; er glaubt nicht, dass die Untersuchung des Eiters während der Operation genügende Sicherheit gewährt. Früher ein eifriger Anhänger der Drainage ist er jetzt von ihr zurückgekommen, man setzt durch sie eine Komplikation, die nicht gerechtfertigt ist. Der Werth der Adnexoperationen kann nur durch grosse Sammelforschungen endgiltig beurtheilt werden. Zur Beurtheilung der Dauererfolge bedarf es längerer Zeit. Auch er kann bestätigen, dass in den meisten Fällen durch die Operation die Beschwerden der Patienten gehoben werden. Die sogenannten glatten Operationsfälle sind durchaus nicht immer die erfolgreichsten. Da der Vortragende hier auf die Verurtheilung der Tubenresektion durch SCHAUTA eingehen muss, schliesst er sein Thema an:

«Mit welchem Recht werden Myomenukleationen, Ovarien- und Tubenresektionen als chirurgische Spielereien kritisirt?»

Bei seinen Ovarienresektionen sind die Fälle von einfachen Retentionsfollikeln nicht mitgerechnet; es handelte sich in seinen Fällen um kleincystische Hydropsien. Er berichtet im Ganzen über 27 Fälle von Ovarienresektionen mit 1 Todesfall. Von 24 derselben hat er neuere Nachrichten, danach sind 2 recidiv geworden, 8 haben geboren. Unter diesen letzteren sind 3, bei denen die Resektion kleinerer Kystome vorgenommen war.

Er hat immer die Excision und die exakte Vernähung der Wunde vorgenommen. Die Kranken haben ihre Menstruation behalten und sind von ihren Beschwerden befreit. Der 3 Theil ist wieder schwanger geworden und zwar hatten 5 von diesen 8 vorher noch nicht koncipirt.

Bei der Tubenresektion ist die Beurtheilung des Charakters der Erkrankung sehr schwierig. Wo der Inhalt des atretischen Tubensackes nicht genügend unverdächtig erschien, hat er statt der beabsichtigten Tubenresektion die ganze Tube mit dem Ovarium entfernt. Von 40 Fällen sind 38 genesen.

Es ist von SCHAUTA eingewendet worden, dass die Resektion der Infektion Thür und Thür öffne. Dem entspricht die Erfahrung nicht, eben so wenig dem Einwande, dass die Resektion die experimentelle Provokation einer ektopischen Schwangerschaft bedeute. Von den 38 Kranken sind nur 4 nicht dauernd geheilt worden, die anderen wurden von jahrelangen Beschwerden geheilt. Ob eine resecirte Tube ihre Funktion für die Fortpflanzung des Eies auszuführen vermöge, ist noch nicht durch die Erfahrung entschieden. Das 3. konservative Verfahren des Vortragenden, die Myomenukleation, hat besonders von HOFMEIER und FRITSCH Widerspruch erfahren.

Vortragender giebt zu, dass die Enukleation nur da in Frage kommen kann, wo gesundes Gewebe in genügender Menge und Form übrig bleibt. Seine Erfahrung stützt sich jetzt auf 141 Operationen. Danach kommt die Enukleation ernsthaft in Frage, besonders bei jugendlichen Personen bis zu etwa 35 Jahren, bei dem Vorhandensein nur eines entwickelten Keimes und bei nicht über Strausseneigrösse entwickelten Geschwülsten.

Unter den letzten 20 Fällen ist nur 1 Todesfall verzeichnet. Im Ganzen sind 4 Recidive eingetreten. Ausser dem schon früher berichteten nach einer solchen Operation eingetretenen Abort, kann MARTIN jetzt auch über ein ausgetragenes gesundes Kind berichten, das nach seiner Enukleation leicht und spontan geboren worden ist. Was die Technik der Operation anbetrifft, so hat er die Konstriktion aufgegeben. Während der Assistent das Collum gegen die Symphyse komprimirt, führt er die Naht mit Katgut fortlaufend in vielen nahe zusammenliegenden Etagen aus. Der Schluss des Geschwulstbettes erfolgte durch Seidensuturen. Auf die vorliegenden Erfahrungen gestützt hält es MARTIN für eine Pflicht des Operateurs in geeigneten Fällen die weiblichen Funktionen durch die konservative Methode zu erhalten.

KALTENBACH (Halle). Die Genese der Adnexerkrankungen lässt sich in vielen Fällen aus der Anamnese feststellen. Ueber das Schicksal der gonorrhoischen Erkrankung der Tube wissen wir wenig. Thatsache ist, dass viele Fälle ohne Operation rückgängig werden, wenn auch durch das Mittelglied der Hydrosalpinx. SCHAUTA darf die Massage eben so wenig zur Behandlung empfehlen, wie die intra-uterine Therapie. Die erstere bewirkt sogar noch leichter das Austreten von Eiter aus der Tube. Auch ihn befriedigt die Ausführung der bakteriologischen Untersuchung während der Operation nicht. Findet man keine Kokken, so lässt man sich vielleicht zu Massregeln verleiten, die gefährlich werden können und vice versa. Je rascher die Säcke herausbefördert werden, desto besser. Es gibt auch Tubeninhalt, welcher nicht für die Bauchhöhle, aber für die Bauchwunde gefährlich ist. Es entstehen alsdann Fasciennekrosen, dissecirende Eiterungen, man findet dabei Proteusformen. Haben wir uns einmal zur Operation entschlossen, so müssen wir rasch vorgehen und ohne Drainage. Bei den perforirenden Tumoren, die A. MARTIN abgesondert hat, entschliesse auch er sich eher zur Drainage.

CHROBAK (Wien) spricht hauptsächlich zur Feststellung der Enderfolge. Er zeigt Fragebogen vor, die an seine Patienten verschickt werden. Den Hauptwerth legt er auf das Wiedereintreten der Arbeitsfähigkeit. Als sehr interessant berichtet er, dass nach neuerdings angestellten Recherchen von seinen ersten 40 Fällen 29 Antworten eingelaufen sind. Aus diesen ist zu entnehmen, dass 18 Patienten vollkommen geheilt sind. Im Gegensatz zu den schon publicirten Resultaten derselben Fälle aus dem Jahre 1890 ergibt sich eine Vermehrung der Heilungen. CHROBAK glaubt daher, dass ein Dauererfolg oft erst sehr spät eintrete. CHROBAK unterscheidet zwischen Ausstopfen und Drainiren. Das Erstere kann er nicht entbehren. Die Massage bei Tubenerkrankungen ist ein zweischneidiges Schwert.

WINCKEL (München) hat eine Definition der Adnexoperationen erwartet. Er rechnet auch die Operation wegen Adhäsionen dazu. Letztere theilt er ein in Trübungen des Peritoneums, polypenartige Adhäsionen, membranöse, netzartige, breitspurige Adhäsionen und vollkommene Verwachsungen.

FRITSCH verlangt als Operationsindikation einen palpablen Tumor. Auch ohne diesen können die Andnexe so krank sein, dass eine Operation nöthig wird. In der Technik hat FRITSCH seine vollkommene Beistimmung. In Bezug auf die Massage kann er einen Fall erwähnen, bei dem es trotz der Ausführung dieser Therapie zur regelrechten Entwickelung eines Pyosalpinx kam. Der Infektionsweg kann eventuell auch durch die Uteruswand und durch das Parametrium an das Peritoneum gehen.

ZWEIFEL (Leipzig) berichtet über 140 Fälle mit 1 Todesfall. Die letzten 63 Fälle sind ohne Todesfall verlaufen. Er hat auch oft die Salpingotomie gemacht und bei jüngeren Personen Ovarialresektionen. Was die Erkrankungsform betrifft, so hält er daran fest, dass sie im Allgemeinen vor der Operation festgestellt werden kann. Bei der Feststellung der Erkrankungsform legt er besonderen Werth auf die Veränderungen der Menstruation. Die Gonokokken greifen besonders die Uterusschleimhaut an, die Streptokokken nicht. Er glaubt, dass SCHAUTA die Anwendung der Massage nur für chronische Fälle gelten lassen wird. Die Hauptsache bei der Operation ist, dass kein Eiter in die Bauchhöhle kommt. Er operirt vollständig trocken. Die Darmschlingen werden eventrirt, Beckenhochlagerung wird nicht verwendet, durch eine Stirnlampe mit elektrischem Licht wird eventuell das Operationsfeld erleuchtet. Er hat immer das Operationsfeld trocken getupft und nie drainirt

*) Nach dem Berichte des «Centralblattes für Gynäkologie.»

WERTHEIM (Wien) hat die bakteriologischen Untersuchungen bei den Operationen SCHAUTA's ausgeführt. Die Streptokokken sind leicht zu erkennen. Schwieriger ist die Differentialdiagnose zwischen Gono- und Staphylokokken, bei der eventuell die GRAM'sche Methode entscheiden muss. Da wir dieses Mittel besitzen um die Diagnose des Eiters zu stellen, so sollten wir es immer anwenden. WERTHEIM hat durch nachträgliche Züchtungen festgestellt, dass er sich selten in der Beurtheilung des Eiters geirrt habe. Inficirte Wunden sollten nie ohne Drainage abgeschlossen werden. Was die Virulenz der Bakterien anbetrifft, so entscheidet nicht die Kultur, sondern der Thierversuch. Im Allgemeinen behalten sie dieselbe sehr lange. Endlich kommt es auch auf die Menge der Kokken an, die auf das Peritoneum gelangen und auf die individuelle Reaktionsfähigkeit des letzteren.

ABEL (Leipzig) berichtet über die von ZWEIFEL konservativ operirten Fälle. Bei der Herausnahme eines Ovarium hat keine der Patientinnen die Menstruation verloren. Bei Ovarialresektionen ist ein grosser Theil der Ausfallerscheinungen nicht eingetreten, dagegen fast stets die Menstruation erhalten geblieben. Die Beschwerden bei der letzteren schwanden. Die Tube wurde nur dann erhalten, wenn kein Eiter und keine Stenose in derselben vorhanden war.

MACKENRODT (Berlin) erörtert die Frage der Psychosen bei Adnexerkrankungen. Operativ zu heilen sind nur Fälle von periodischer Manie und Fälle von Epilepsie mit zunehmender Intellektstörung, die ihre Aura in einem Ovarium haben. Ein Fall von Hysterie ist durch die Operation geheilt. Daher sind diese Operationen nicht ganz zu verwerfen.

LEOPOLD (Dresden) ist dafür, dass die Ovarien immer mit weggenommen werden, weil sie ohne äusserlich sichtbare Zeichen erkrankt sein können. LEOPOLD hat bei sehr schweren Erkrankungen der beiderseitigen Adnexe mit gutem Erfolge die vaginale Totalexstirpation gemacht. Er kann 24 Fälle mit 1 Todesfall anführen.

KÜSTNER (Dorpat). Die Schwierigkeiten der Adnexoperationen liegen in Adhäsionen. Bei sehr starken, strangförmigen bevorzugt KÜSTNER die Trennung derselben mit dem Paquelin. Zu diesem Zwecke bringt er sie sich durch Häckchen vor die Bauchwunde.

L. LANDAU (Berlin) sieht in dem Verfahren von PÉAN und SEGOND, die Beckeneiterungen durch die vaginale Totalexstirpation behandeln, eine werthvolle Bereicherung der Pyosalpinxbehandlung. Ausser diesem Verfahren ist auch die von ihm zuerst ausgeführte Resektion des Uterus zu erwähnen. Die Aufgabe der Zukunft wird es sein, die speziellen Indikationen für die einzelnen Operationen zu präcisiren.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Juni 1893.

Prof. v. Bergmann: *Zur Trepanation bei Schusswunden.*

Die Schüsse, welche mit dem 7-, bezw. 9*mm*-Revolver beigebracht werden, nehmen unser Interesse nicht bloss wegen ihrer Häufigkeit in Anspruch, sondern auch aus dem Grunde, weil das Kaliber dieser Geschosse dem der modernen Handfeuerwaffen gleich ist. Dementsprechend lässt sich manches im Frieden bei diesen Schussverletzungen Ermittelte auf die Schussverletzungen eines zukünftigen Krieges übertragen. Allerdings existiren grosse Unterschiede in der Geschwindigkeit der Geschosse und auch hinsichtlich ihrer physikalischen Beschaffenheit. Bei den Revolverkugeln handelt es sich um Blei, bei den Flintengeschossen der Armee um Kugeln mit hartem Stahlmantel. v. BERGMANN will indess keine Vergleiche über die Wirkungsweise der beiden Geschosse anstellen, sondern nur über die Verletzungen durch Revolverkugeln berichten. In den letzten 9 Jahren hat er 25 Patienten in Behandlung bekommen, welche sich in selbstmörderischer Absicht Schüsse in den Schädel beigebracht hatten. Das klinische Bild dieser Verletzungen ist nach dreifacher Richtung zu differenziren; indess spricht v. BERGMANN nur von denjenigen Patienten, welche noch lebend in die Klinik gebracht worden sind. Die Patienten sind entweder bewusst- und bewegungslos, so dass kaum zu ermitteln ist, ob irgend eine Extremität im Zustande der Lähmung sich befindet. Mit der Bewusstlosigkeit verbinden sich Symptome des Hirndrucks entweder fortschreitender Art, auf die Pulsverlangsamung folgt die Pulsbeschleunigung und der Exitus letalis, oder die Symptome stehen still, die Bewusstlosigkeit wird weniger tief, die Patienten führen Bewegungen aus, und wenn man nach einigen Stunden oder am folgenden Tage fragt, so kommen sie zu sich. Es handelt sich hier um ein Zurückgehen der Erscheinungen und die Patienten kommen mit dem Leben davon. — In der zweiten Gruppe der Erscheinungen fehlt die Bewusstlosigkeit oder sie ist wenig entwickelt, oder es handelt sich um lokalisirte Paralyse oder Krämpfe, bald Hemiplegieen, bald Monoplegieen, z. B. Unbeweglichkeit eines Arms, um Erscheinungen der Aphasie, epileptiforme Anfälle, oder beschränkte Kontrakturen eines Fingers oder der Hand. — In der dritten Kategorie endlich fehlen jegliche Symptome und dennoch handelt es sich sicher um einen penetrirenden Schuss: Nicht, dass ihn die Sonde feststellt, aber die Betrachtung der Stelle des Schusses und der Waffe macht es zur Gewissheit, dass ein penetrirender Schuss vorliegt. Alle diese drei Kategorien von klinischen Erscheinungen geben ein bestimmtes anatomisches Bild von dem, was am Gehirn ist. In der ersten Kategorie der Fälle handelt es sich gewöhnlich um Verletzung der Seitenventrikel, um Blutergüsse in diese hinein, häufig komplicirt mit Blutergüssen in die Meningen. Je nachdem nun bloss diese grossen und mächtigen Extravasate wie eine Kuppe die Hemisphäre zudecken oder in den Ventrikeln sitzen, sind die Erscheinungen fortschreitende oder stillstehende und sich zurückbildende. Wenn wirklich Blutungen in den Ventrikel zu Stande gekommen sind, ist an eine Rückbildung kaum zu denken. Die Erscheinungen des Hirndrucks nehmen zu und nach kurzer Zeit geht Patient zu Grunde. — In der zweiten Gruppe von Fällen, in welchen es sich um lokalisirte Paralysen oder epileptiforme Krämpfe handelt, kann man darauf rechnen, dass der Rindenabschnitt oder die motorische Region verletzt ist. In der Mehrzahl der Fälle endlich, in denen keine Symptome bestehen, handelt es sich um Verletzung des Frontallappens, von dem grosse Stücke verloren gehen können, ohne dass Reizsymptome in die Erscheinung treten.

Dass man in diesen, sowie in den Fällen mit lokalisirt auftretenden Erscheinungen Rindenläsionen annehmen muss hat seinen Grund in den anatomischen Veränderungen. Das gewöhnliche 7- und 9*mm*-Geschoss aus den verschiedenen Revolvern dringt, wenn es den Schädelknochen durchbohrt hat, nicht in grosse Tiefe ein: es bleibt dicht unter dem Hirnmantel oder dicht an der Dura, aber es erzeugt jedesmal recht bedeutende Quetschungsherde an der Oberfläche. Die Wunde dehnt sich dann nicht so sehr in die Tiefe aus wie in die Fläche, und endlich sind stets Theile des Knochens als Splitter in den Hirnmantel hineingetrieben worden, znm grösseren Theile aus der äusseren Vitrea. Selbst in den Fällen, in denen das Geschoss in eine grössere Tiefe dringt, bleiben diese Splitter in der Oberfläche stecken und geben das Bild der in Rede stehenden Erscheinungen. Ganz dieselben Störungen an der Oberfläche des Hirns findet man auch in den Fällen, in denen Frontal- oder Occipitallappen getroffen sind, und es entstehen ebenfalls keine grösseren Störungen.

Hat so die anatomische Untersuchung der Schusswunden von Revolvern gezeigt, welche Veränderungen das Hirn erlitten hat, so lautet die Antwort auf die Frage nach dem Zweck und Nutzen unserer Eingriffe etwas anders als früher. Das lässt sich am besten zeigen an der Mittheilung von DIEFFENBACH. Er wurde zu einem Knaben gerufen, welcher die Treppe heruntergefallen war und bewusstlos da lag. Es fand sich eine Fraktur im rechten Os parietale. DIEFFENBACH trepanirte und der Knabe wurde gesund. DIEFFENBACH war der festen Ueberzeugung, dass nur die Trepanation den Knaben gerettet habe. Allein im nächsten Jahre fiel derselbe Knabe und brach sich das linke Os parietale und nun trepanirte DIEFFENBACH nicht und der Knabe wurde wiederum gesund. DIEFFENBACH war nun der festen Ueberzeugung, dass er ihn, gerade weil er nicht trepanirte, gerettet hätte. Seitdem sind wir doch auf Grund der anatomischen Diagnose zu grösserer Klarheit gekommen. Wir beurtheilen den Nutzen und Schaden nach den Kenntnissen, welche wir über den Verlauf der Quetschwunden an der Oberfläche des Gehirns haben und wir verfügen bereits über eine grössere Summe von Untersuchungen. Diese geben einen durchgreifenden Unterschied, je nachdem die Verletzung mit einer Eiterbildung einhergeht oder

nicht. Verläuft sie mit einer Eiterung, so schliesst sich bald eine Meningitis purulenta an, und an dieser geht der Patient schnell und regelmässig zu Grunde. Bleibt die Eiterung aus, dann müssen wir eine Verletzung an der Oberfläche annehmen. Das Agens, welches die Eiterung erzeugt, müssen wir als von aussen hineingetragen ansehen.

Schon VOLKMANN hat auf dem ersten Kongress deutscher Chirurgen darauf aufmerksam gemacht, dass die Kleinheit der Wunde, selbst wenn eine Splitterung der Knochen vorhanden ist, für die Heilung massgebend ist. Je kleiner die Wunde, desto sicherer tritt selbst bei zerschmettertem Knochen ein Verlauf wie bei einer subkutanen Fraktur ein. Es ist richtig, dass das, was wir heute Infektion der Wunde nennen, als primäre Infektion durchaus nicht so häufig auftritt, sonst müsste doch in der vorantiseptischen Zeit eine Heilung prima intentione niemals erzielt worden sein. Das ist ein Grund für die Thatsache, dass Verwundete, welche im Jahre 1870 unbehandelt von Paris nach Stuttgart gebracht wurden, glatte Heilung zeigten. Der zweite Grund für die Heilung liegt darin, dass man allmählich aufgehört hat, nach den Kugeln zu suchen. Es war früher allgemeine Ansicht, dass auf die primäre Untersuchung und auf die Nothwendigkeit der Entfernung der Geschosse sehr viel ankommt, und in Folge dessen kam es zur späteren Infektion, welche ausgeblieben war, als das Geschoss in die Wunde eindrang. Seitdem man daran festhielt, dass eine Schusswunde nicht als inficirt anzusehen sei, und aufgehört hat, mit dem Finger die Knochensplitter zu entfernen, ist die Heilung ungestört verlaufen. Im türkisch-russischen Kriege hat v. BERGMANN eine grosse Reihe von Knieschüssen behandelt und zwar mit einfachem Verband und Gelenkfixation. Von 18 Soldaten mit penetrirender Knieschusswunde ist nur einer an den Folgen einer später nothwendigen Amputation gestorben. Die anderen sind alle durchgekommen, und die Heilung ist perfekt geblieben. Bei zwei anderen war es v. BERGMANN möglich, später eine anatomische Untersuchung des verletzten Knies vorzunehmen, weil die Patienten nach ihrer Heilung an Dyssenterie gestorben sind. In einem Falle handelte es sich um einen Schuss von der Seite her durch das ganze Knie mit Zerschmetterung der Kondylen. Alle losgelösten Knochen- und Knorpelstücke sind vollkommen angeheilt und ein Stück war sogar im Lig. cruciatum eingekapselt und abgeschlossen. Eine Eiterung hat nicht stattgefunden; Die kleine Wunde ist unter dem Schorf per primam geheilt. Der Umstand also, dass die kleinen Oeffnungen, welche diese Schusswunden haben, schon wegen ihrer Kleinheit zur einfachen Heilung ohne Eiterung geschickt sind, reicht vollkommen aus, um es für gerechtfertigt zu halten, Schusswunden des Gehirns in der gleichen Weise zu okkludiren, wie die Wunden am Knie. Man hat nichts weiter zu thun, als die Wunde vor direkter Infektion von aussen her zu schützen. Können wir dieses Princip im zukünftigen Kriege durchführen, so werden wir mehr Wunden heilen als früher. Hingegen gibt es für die eine Kategorie der Schussverletzungen, bei denen keine Symptome auftreten, keinen Grund für eine operative Intervention. Die Kugelwunde kann sich ebensogut zurückbilden, wenn Splitter in ihr stecken, wie ein abgeschlossener Herd. Nur in zwei Kategorien von Fällen stellen sich die Indikationen etwas anders. Es gibt einmal Fälle, in denen gleich von vornherein schwere Reizerscheinungen, epileptiforme Krämpfe, Kontrakturen der gegenüberliegenden Seite, Monoplegien bestehen. Gerade bei diesen Zuständen ist man der Ansicht, dass ein fortdauernder Reiz auf die Hirnoberfläche ausgeübt wird; daher liegt es nahe, die Geschosssplitter, welche diese Reize ausüben, zu entfernen. In solchen Fällen wird man berechtigt sein, die Trepanation auszuführen. Anders steht es in den Fällen, in denen die Reizerscheinungen spät auftreten. v. BERGMANN hält es für fraglich, ob er in dem von ihm vorgestellten und beschriebenen Falle recht gethan hat, ihn einer so grossen Operation zu unterwerfen, ja er bezweifelt dies geradezu. Es muss um den alten Quetschungsherd im Hirn doch zunächst eine lokale Kreislaufstörung sich entwickeln. Die frische Schwellung und Röthung um die Wunde wird in den ersten Stunden und Tagen nach der Verletzung wohl kaum vermisst. Am Hirn gewinnen diese lokalen Kreislaufstörungen im Umfange des Quetschungsherdes sehr leicht grössere Dimensionen; es ist hier in der That jede Zirkulationsstörung von schwerwiegender Bedeutung, und schon deswegen sollte man das in dieser Beziehung Ermittelte nicht so leicht fallen lassen. Die Eigenthümlichkeiten des endokraniellen Saftstromes erklären uns, dass auch ohne Zutritt von eitererregenden Noxen sich Schwellungen im weiteren Umfange um die Wunde entwickeln und konzentrisch fortschreiten. Diese Schwellungen erreichen Centren, deren Funktion durch die ödematöse Durchtränkung aufhört, und ganz bestimmte Störungen, ohne dass der Nachweis geliefert ist, dass es zur Eiterung am Quetschungsherde gekommen ist. Erklärt man die später auftretenden Reizerscheinungen in dieser Weise, so kann ein Theil derselben sich ganz gewiss nach kurzer Zeit zurückbilden, und damit hören die späteren Reizungen auf; niemals können wir sie auf Eiterung oder Kugel beziehen, vielmehr sind sie weitere Folgen der Verletzung. So ist es auch bei dem vorgestellten Patienten gewesen. v. BERGMANN kann nicht beweisen, dass nach der Trepanation die Wegnahme der Kugel die Rückbildung bewirkt hat. Es gibt Fälle, in denen trotzdem die Kugel im Gehirn lag, und nach einigen Tagen ähnliche Reizungen und Lähmungen aufgetreten sind, die Erscheinungen wieder ohne jeden Eingriff verschwanden. v. BERGMANN meint, dass der Patient trotz der Trepanation gerettet ist; wenigstens liegt kein klarer Beweis dafür vor, dass die Trepanation allein das rettende Moment gewesen ist. Die Rückbildungsvorgänge sind unabhängig von Splittern und Kugeln, wie auch die Fälle von eingeheilten Kugeln beweisen. Es entsteht nun die Frage, ob die Rückbildung nicht schneller vor sich geht, wenn man den Schädel eröffnet. Zwei Indikationen bestehen für die Vornahme der Trepanation: Einmal das Auftreten von Reizerscheinungen, welche sofort nach der Verletzung auftreten, geben deshalb Anlass zur Trepanation, weil in einer Reihe von Fällen sehr spät nach Heilung der Verletzung die auftretenden JACKSON'schen Epilepsien noch erfolgreich durch Trepanation beseitigt worden sind.

Man hat hier cystoide Narben gefunden, durch deren Fortnahme die Krämpfe zum Stillstand gekommen sind. Man erzielt eine derbere Narbe, wenn man den Fremdkörper entfernt und kann sich vor den epileptischen Anfällen schützen. — Die zweite Indikation, welche v. BERGMANN zweimal unter den 25 Fällen Veranlassung zum Eingreifen gegeben hat, ist eine ausgedehnte Zerschmetterung der Knochen. BERGMANN hat Fälle gehabt, in denen der Schuss das Auge zerrissen, ein Stück von der Frontalwand zerschmettert und dann wieder eine Ausgangsöffnung gemacht hat. Gewöhnlich handelt es sich dabei um grössere Wunden. Diese durcheinander geschobenen Splitter erheischen dringend ihre Entfernung. Zweimal hat v. BERGMANN in solchen Fällen mit Wegnahme des Bulbus operirt und prima intentio erreicht. — In der dritten Reihe von Fällen hält v. BERGMANN es fraglich, ob die Trepanation geboten erscheint. In allen anderen Fällen weiss er keinen Rath, als die Wunde in Ruhe zu lassen; Reinigung der Wunde, Rasiren der Haare aus der nächsten Umgebung und Bedecken mit einem aseptischen Verbandstoff, welcher von der Wunde das nachträgliche Sekret aufsaugt. Dieses trocknet ein und deckt die Wunde fest zu. Eine andere Methode, eine Vernarbung ohne Eiterbildung einzuleiten, kennt v. BERGMANN nicht.

(Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 53, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Innere Medizin mit Ausschluss der Nervenkrankheiten.

Ein kurzes Lehrbuch für Aerzte und Studirende.

Von **Dr. Hugo Dippe.**

Verlag von Ambros Abel (Arthur Meiner), Leipzig 1893.

Es ist zwar eine dankenswerthe, aber in vollkommen einwurfsfreier Weise kaum zu lösende Aufgabe, im Umfange eines etwa 300 Seiten zählenden Kompendiums, die innere Medizin abzuhandeln; bei Anerkennung aller Vorzüge des vorliegenden Werkchens fallen doch vor Allem in der Konception die dürftigen Angaben, die die Therapie betreffen, ins Auge. Wir kennen so manches Gute in derselben, was in einem Lehrbuche nicht fehlen sollte und hätten auch in der Verschreibung manches gerne in

präciserer Form gesehen; an vielen Orten wäre mit weniger Worten mehr gesagt gewesen.

Ein Beispiel aus vielen: Bei der Therapie des Typhus abdom. ist es nothwendig, ganz bestimmte Indikationen und genauere Angabe der Prozedur für die hydriatische Behandlung derselben zu geben; blos zu schreiben «Jeder Typhuskranke soll gebadet werden. Die Temperatur der Bäder richtet sich darnach, ob man eine stärkere fieberwidrige Wirkung erzielen will, dann geht man auf 18 bis 20° R. herunter, und kann, falls die Wirkung nur kurz anhält, das Bad wiederholen» — ist zwar kurz aber — nicht gut, weil weder ein Student, der «das in der Vorlesung Gehörte» wiederholt, noch der Arzt, dem das Buch zum «Nachschlagen» dient, daraus ersieht, was und wie er es zu machen hat. — Man kann mit Schlagworten eine ganze Ideenreihe wieder hervorrufen, was ja bei der Knappheit eines Kompendiums nothwendig ist, aber dieselben müssen auch die richtigen sein. Das «staffelförmige» Aufsteigen der Temperatur bei Abdominaltyphus ist es, was sich dem Gedächtniss am prägnantesten einprägt.

Ueber Cavernen hört man, «auskultatorische Athem- und Rasselgeräusche, die oft einen deutlich metallischen Beiklang haben».

Consonirende, oder wenn der Verfasser lieber sagt: hoch und hell klingende Rasselgeräusche verdienen doch in erster Reihe genannt und nicht verschwiegen zu werden. Ein «verschärft bronchiales Athmen» zu hören, ist dem Verfasser nicht gelungen. Wir könnten noch eine Reihe derartiger Dinge bringen. Sonst können wir dem Buche nur Gutes nachsagen.

In wenigen Worten das Wesentliche zu bringen ist schwerer als man im Allgemeinen anzunehmen geneigt ist.

Die Ausstattung ist die bekannt gute von Abel's medizinischen Lehrbüchern. *Fr. K.*

Lehrbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.

Von **Hirt**.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1893.

Taschenbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.

Von **Alt** und **Schmidt**.

Verlag von Knapp. Halle 1893.

Lehrbuch der Elektrotherapie.

Von **Pierson-Sperling**.

Sechste Auflage.

Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner). Leipzig 1893.

Trotz der wahrlich nicht geringen Zahl elektrotherapeutischer Lehr- und Handbücher einerseits, trotz des auf dem Gebiete der Elektrotherapie in den letzten Jahren von gewichtiger Seite ausgehenden Nihilismus, hat uns doch wieder die letzte Zeit einige neue Erscheinungen auf diesem Gebiete bescheert.

Unter diesen muss das Lehrbuch der Elektrodiagnostik und der Elektrotherapie von Hirt als eine glückliche Bereicherung unserer diesbezüglichen Literatur bezeichnet werden; es erfüllt durchaus seinen Zweck eines praktischen Bedürfnissen dienenden Lehrbuches, sowohl was Umfang und Anordnung des Stoffes, wie Art der Bearbeitung anlangt. Nach kurzer aber ausreichender und klarer Erörterung des physikalischen Theiles, wird die Elektrodiagnostik in verhältnissmässig breiterer aber übersichtlicher Darstellung abgehandelt, dabei auch nicht unterlassen, auf die Handhabung der Apparate, die Art der Untersuchung etc. etc. das Augenmerk zu richten. Im therapeutischen Theile bekennt sich Hirt zwar einerseits zu der von Möbius ausgegangenen Anschauung von der vorwiegenden Suggestionswirkung der Elektricität, weist aber andererseits trotzdem auf die Nothwendigkeit einer rationell geübten Elektrotherapie hin, dabei wiederholt die Wichtigkeit des «nil nocere» betonend. Mehrfach spricht er sich in seiner nüchternen Auffassung offen über die Aussichtslosigkeit der elektrischen Behandlung dort aus, wo noch in anderen Lehrbüchern ein weniger berechtigter Optimismus herrscht, dagegen behandelt er die der Elektrotherapie zugänglicheren Gebiete detaillirter und bringt dabei auf Grund eigener praktischer Erfahrungen vielfach neue Gesichtspunkte (vergl. hierüber namentlich die Behandlung der posthemiplegischen Lähmungen. Neurasthenie u. A.). Verfasser favorisirt auffallend den galvano-faradischen Strom, den er nicht nur in Kombination mit dem galvanischen bei Lähmungen etc. anwendet, sondern auch zur Allgemeinbehandlung bei Tabes, Morbus Basedow, Neurasthenie etc. etc. Trotz seines nihilistischen Bekenntnisses hält Verfasser doch auch an der therapeutischen Differenz der polaren Anordnung fest. In sehr zweckmässiger Weise ist den einzelnen Abschnitten ein sehr vollständiges Verzeichniss der neuen Literatur beigegeben.

Das «Taschenbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie», in dem der Physiker Schmidt den physikalischen, der Neuropathologe Alt den medizinischen Theil bearbeitet haben, gibt eine sehr gedrängte Darstellung der Elektricitätslehre und Elektrotherapie.

Bei dem geringen Volumen des Büchleins und dem Bestreben der Autoren, möglichst vollständig zu sein, musste natürlich manche, selbst wichtigere Kapitel flüchtige Bearbeitung finden; insbesondere ist der elektrotherapeutische Theil auf Kosten des verhältnissmässig ausgedehnteren physikalischen etwas kurz weggekommen.

Von dem bereits rühmlich bekannten Lehrbuch der Elektrotherapie von Pierson-Sperling ist nunmehr die sechste Auflage erschienen. Sperling, der schon die fünfte Auflage einer gediegenen Neubearbeitung unterzogen hatte, hat es sich angelegen sein lassen, die neuesten Arbeiten auf theoretischem Gebiete für die neue Auflage zu verwerthen, so die schönen Arbeiten von Dubois in Bern über den physiologischen Unterschied des Stromes der primären und sekundären Rolle, über Condensator-Entladungen etc., die Untersuchungen von Silva und Pescarolo über den Leitungswiderstand, den Faradimeter nach v. Ziemssen und Edelmann u. A. Das Buch hat dadurch eine noch breitere theoretische Basis erhalten. Der elektrotherapeutische Theil ist im ganzen unverändert geblieben, hat aber durch Einfügung von Krankengeschichten, die die individualisirende Anwendung der Elektricität illustriren, eine instruktive Bereicherung erfahren.

Die der persönlichen Ueberzeugung des Verfassers entsprechenden geringen Stromstärken, die in den Krankengeschichten angeführt erscheinen, stehen zwar zum Theil in Widerspruch mit den im Buche selbst gegebenen Regeln, doch hat Verfasser mit Recht davon Abstand genommen, seine an anderen Orten ausgesprochenen Ansichten im Texte als allgemein giltig hinzustellen. *H.*

Kompendium der vergleichenden Anatomie.

Zum Gebrauche für Studirende der Medizin.

Von **Dr. Bernhard Rawitz**,

Privatdozent an der Universität in Berlin.

Mit 90 Abbildungen im Texte.

Verlag von H. Hartung & Sohn. Leipzig 1893.

Auf kaum 300 Seiten gibt uns der durch seine wissenschaftlichen Arbeiten bereits rühmlichst bekannte Autor eine gedrängte Darstellung der vergleichenden Anatomie. Wie Verfasser ausdrücklich betont, ist das Werk als Repetitorium gedacht, es will also nicht als selbstständiges Lehrbuch gelten, sondern soll nur Denjenigen, die entweder Vorlesungen über diese Disziplin besucht haben, oder ein grösseres Werk studirt haben, als Behelf dienen. Diesen Zweck wird es unzweifelhaft in vorzüglicher Weise erfüllen. Die Kürze der Diktion, die Uebersichtlichkeit der Darstellung und die Klarheit des Styles sind die Hauptvorzüge des Buches. Dazu kommt, dass Verfasser es vermieden hat, auf für den Mediziner Ueberflüssiges einzugehen und sich strenge an den vorgeschriebenen Plan gehalten hat. Sehr gute Zeichnungen bilden einen weiteren Vorzug von Rawitz's Kompendium. Dass dasselbe sich zahlreiche Anhänger erwerben wird ist zweifellos. Die Ausstattung ist eine sehr gute.

Zeitungsschau.

Dr. V. Lehmann: Zur Physiologie des Tropenbewohners (Vortrag, gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft am 15. Dezember 1892. — Berliner klin. Wochenschr. Nr. 22, 1893.)

Die Physiologie des Tropenbewohners zerfällt 1. in die Physiologie des Eingeborenen, 2. in die Physiologie des Europäers in den Tropen.

Bezüglich der eingeborenen Tropenbewohner haben neuere Untersuchungen festgestellt: die Respirationsfrequenz des Malayen beträgt 20·3—20·6 in der Minute gegen 19 des Holländers und Deutschen unter denselben Verhältnissen; die Wärmeabgabe des Eingeborenen durch die Haut ist grösser als beim Europäer, die Körpertemperatur um $^{1}/_{2}{}^{0}$ geringer; der Malaye geräth viel weniger leicht in Schweiss als der Europäer; sein Gesichtssinn ist im Allgemeinen viel besser ausgebildet als beim civilisirten Menschen.

Eine Acclimatisation des Europäers, so dass er in seinen Funktionen ein Eingeborener würde, scheint nicht stattzufinden. Doch treten bestimmte Veränderungen ein und zwar: Eine gewisse Erschlaffung der Muskulatur, oberflächlichere Athmung, Verringerung des Körperfettes, Vermehrung der Schweiss-, Verminderung der Harnsekretion, blassere Färbung der Haut.

Zur Erklärung der letzteren Erscheinung (der «tropischen Anämie»), welche nach eingehenden Untersuchungen nicht auf einer Veränderung der Zusammensetzung des Blutes beruht, also keine physiologische Anämie ist, existiren mehrere Theorien. Vielleicht beruht sie auf einer Verminderung der Blutmasse.

Der Stoffwechsel scheint in den Tropen herabgesetzt zu sein. MOURSON hat eine Verminderung der in 24 Stunden ausgeschiedenen Harnstoffmenge gefunden, neuerer Zeit GLOGNER eine Abnahme der Stickstoffausscheidung konstatirt.

Bezüglich der zweckmässigen Ernährung des Europäers in den Tropen gehen die Ansichten noch ziemlich auseinander.

Vielfach wird angenommen, dass eine geringere Menge und vegetabilische Nahrung zu empfehlen sei. Jedoch sehen wir, dass der Eingeborene (wenigstens in Holländisch-Indien), wenn möglich viel Nahrung und auch gern animatische Nahrung zu sich nimmt.

Es sind eben diese Fragen noch der genaueren Erforschung bedürftig. *B. S.*

Minkowski: Untersuchungen über den Diabetes melitus nach Exstirpation des Pankreas. (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. 31. Bd., S. 85.)

MINKOWSKI gibt eine ausführliche Darstellung der seit 1889 auf diesem Gebiete ausgeführten Untersuchungen, womit die Lehre vom Pankreasdiabetes so ziemlich erschöpft erscheint.

Im Folgenden soll durch eine kurze Wiedergabe der wichtigsten Resultate MINKOWSKI's diese so ausserodentlich interessante Arbeit den Lesern dieses Blattes bekannt werden.

Ausser Hunden, die in der Regel operirt wurden, gelang die Exstirpation des Pankreas mit nachfolgendem schweren Diabetes auch bei Katzen und Schweinen. Vögel und Frösche werden nicht diabetisch. Alle im Folgenden angeführten Resultate beziehen sich auf Hunde.

Am dritten Tage nach der Operation erreicht die Zuckerausscheidung gewöhnlich den Höhepunkt bis 10—12%.

Bei Ausschluss der Kohlehydrate aus der Nahrung wurde der Zucker in bestimmtem Verhältniss noch nicht konstant, wegen des Einflusses, den die vor der Operation eingeführte Nahrung, der Glycogenvorrath und der Zustand des Pankreas vor der Operation ausüben. Nachdem diese Faktoren einige Tage nach der Operation wegfallen (das Glycogen schwindet rasch), bleibt das Verhältnis Zucker: N konstant.

Diese Thatsache macht es wahrscheinlich, dass sämmtlicher aus Eiweis im Körper gebildeter Zucker ausgeschieden wird. Gestützt wird diese Annahme durch den Nachweis, dass bei pankreaslosen Thieren die Gesammtmenge eingeführten Traubenzuckers wieder eliminirt wird, ein Verbrauch des eingeführten Zuckers also nicht stattfindet.

Bei partieller Exstirpation des Pankreas tritt entweder gar keine Glykosurie auf oder nur ein sogenannter leichter Diabetes (alimentäre Glykosurie). Es sind diese Versuche von besonderer Bedeutung, indem sie beweisen, dass der Diabetes (Pankreas D.) direkt auf eine Störung der Funktion des Pankreas zurückzuführen ist und nicht etwa von Nebenverletzungen (Nerven!) abhängig ist. Noch beweisender sind die Versuche mit Transplantation des Pankreas unter die Haut und nachherige Entfernung des transplantirten Organes. Der Diabetes blieb bei derart operirten Thieren so lange aus, bis das transplantirte Stück vollständig aus dem Körper entfernt wurde. Diese Versuche zusammengehalten mit dem negativen Erfolge der einfachen Unterbindung des Pankreasgangs beweisen die Unabhängigkeit des Diabetes von der Störung der sekretorischen Funktion, es ist derselbe auf den Ausfall einer besonderen Funktion der Drüse zu beziehen. Es musste nun auch gezeigt werden, dass diese spezifische Funktion des Pankrens keinem anderen Organe — selbst nicht in geringerem Ausmasse — zukommt.

Das Verhältniss der Zuckerausscheidung bei Eiweisskost lehrt, dass nicht das höchste Mass der theoretisch denkbaren Zuckermenge ausgeschieden wird.

Dies liess einen Einwand zu, umsomehr als beim Phloridzindiabetes die Zuckerausscheidung (bei reiner Eiweisskost) eine höhere war. Dieser Punkt in der Lehre vom Pankreas diabetes ist bisher nicht mit vollständiger Sicherheit entschieden.

RENZI und REALE haben nach Exstirpation der Speicheldrüsen oder Resektion des Duodenums dieselben Erscheinungen, wie nach Pankreasexstirpation erhalten. Ihre Resultate sind jedoch von MINKOWSKI nicht bestätigt worden. Was endlich die von FALKENBERG nach Exstirpation der Schilddrüse beobachtete Glykosurie betrifft, so scheint sie nicht mit einer spezifischen Einwirkung der Schilddrüse auf den Zuckerverbrauch zusammen zu hängen, so dass MINKOWSKI an der spezifischen Funktion des Pankreas festhält.

Dass jedoch eine Zuckerausscheidung auf anderem Wege, als durch Störung der Pankreasfunktion hervorgerufen werden kann, geht am deutlichsten hervor aus dem Phloridzindiabetes. Das Phloridzin bewirkt einen gesteigerten Durchtritt des Zuckers durch die Niere, so dass das Blut des Phloridzinthieres an Zucker verarmt, im Gegensatz zum pankreaslosen Thier, bei welchem der Zuckerverbrauch reduzirt ist.

Das Verhalten der verschiedenen Zuckerarten beim Pankreasdiabetes betreffend, zeigte MINKOWSKI wie früher KÜLZ für den menschlichen Diabetes, dass Lävulose zum grössten Theile verbraucht wurde, der Rest wurde im Körper in Dextrose umgewandelt und als solche ausgeschieden.

Auch Milchzucker wurde als Dextrose ausgeschieden.

Das Glykogen schwindet bei pankreaslosen Thieren, trotz des hohen Zuckergehaltes des Blutes fast vollständig. Bei Lävulosefütterung jedoch ist ein Glykogengehalt zu erreichen. Es spricht dies dafür, dass die Lävulose direkt in das rechtsdrehende Glykogen übergeführt wird.

Aus den vorstehend geschilderten Thatsachen schliesst MINKOWSKI, dass entweder die Umwandlung der Dextrose in Glykogen eine Verbindung für den normalen Verbrauch ist und dass diese Umwandlung nur mit Hilfe des Pankreas zu Stande komme, während die Lävulose direkt in Glykogen (ohne Pankreas) übergeht; oder dass die Funktion des Pankreas für den normalen Verbrauch der Dextrose nöthig ist, die Glykogenbildung aber nicht direkt durch die Pankreasexstirpation gestört ist. Erst in Folge des gestörten Zuckerverbrauches, schwindet das Glykogen. Für den normalen Verbrauch der Lävulose erscheint dagegen das Pankreas nicht nothwendig. Dabei lässt MINKOWSKI es dahingestellt, wie man sich die Wirkung des Pankreas zu denken hat. *R. K.*

Dr. Heryng (Warschau): **Die Elektrolytische Behandlung der Larynxtuberkulose.** (Therapeutische Monatshefte. 1893.)

Die Hauptindikationen für die Anwendung der Elektrolyse bei Larynxtuberkulose sieht Verfasser bei folgenden Zuständen: vorerst bei harten, diffusen, tumorähnlichen Infiltraten der Taschenbänder, die auch mittelst der LANDGRAF'schen Curette manchmal nur theilweise zu entfernen sind. Ein zweiter Grund, weshalb Verf. manchmal der Elektrolyse den Vorzug gebe, war die Erfahrung, dass gerade bei Entfernung von Infiltraten an den Taschenbändern, gefährliche Blutungen vorkommen können.

Ferner fand Verfasser Indikationen für die Elektrolyse bei Chorditis tuberkulosa chronica, ohne Geschwürsbildung, oder mit unbedeutender oberflächlicher Ulceration, wo die Milchsäureätzungen sich ihm als ungenügend erwiesen. Hier ist die bekannte Steigbügelelektrode indicirt. Tuberkeltumoren an der inneren Fläche der Epiglottis, tumorähnliche Infiltrate an den Lig. ary-epiglottica, falls sie klein und circumscript sind, lassen sich schnell und leicht durch die Elektrolyse zerstören und zwar mittelst der unipolaren Methode, wobei die Kathode mit der Nadel verbunden wird.

Als Hauptbedingung zur Anwendung dieser Behandlung bei Larynxphthise muss gefordert werden, dass die Patienten geduldig, mit endolaryngealen Eingriffen vollständig vertraut seien, dass der Arzt nur unter Kontrole des Spiegels, nach gründlicher Cocaïnisirung operire, endlich, dass er exakte Instrumente, Rheostat und Galvanometer benutze.

Eine gut geschulte Assistenz ist natürlich von grösstem Nutzen, ebenso wie eine jedesmalige Kontrole der Stromwirkung an einem Stückchen rohen Fleisches.

Die Dauer der Sitzung ist verschieden je nach der Intensität des angewandten Stromes und der Geduld des Patienten und seines Arztes. Verfasser hat die einzelnen Sitzungen ziemlich kurz genommen, dafür aber stärkere Ströme angewandt, 20, 30—50 M. A., während 1 bis 2 Minuten.

Die Methode muss wie jede andere eingeübt und erlernt werden. Sie soll konsequent durchgeführt, aber nur in passenden Fällen benutzt und falls, sie nicht das gewünschte Resultat liefert, durch andere Methoden, resp. zusammen mit anderen Behandlungsweisen benutzt, werden. Verfasser betrachtet sie nur als ein Hilfsmittel neben der antiseptischen und chirurgischen Behandlung der Larynxphthise, nicht als exclusive Methode, die für alle Fälle passt. Sie bietet gewisse Vortheile, hat aber auch ihre Schattenseiten, vor Allem die längere Dauer der Sitzungen und die grössere Schmerzhaftigkeit der Procedur.

Einen Vergleich mit der chirurgischen Behandlung, welche bei richtiger Anwendung der submukösen Cocaïninjektionen, resp. Pinselungen, mit 30 proz. Lösungen fast schmerzlos ausgeführt werden kann und manchmal in einer Sitzung alles Krankhafte entfernt, kann die Elektrolyse nicht aushalten. Verfasser glaubt auch und mit ihm viele Kollegen, dass sie die chirurgische Methode nie ersetzen wird. Wo aber die letztere wie in manchen Fällen, z. B. bei messerscheuen Patienten, nicht angewandt werden kann, da ferner es relativ leichter ist, eine dünne Platinnadel in das Infiltrat zu stechen, als dasselbe gründlich auszuschneiden, da Blutungen ausgeschlossen, werden können, so hat sie schon eine gewisse Berechtigung und zwar für den Arzt und den Patienten. Je mehr Erfahrung und Technik der Arzt überhaupt in dieser Hinsicht besitzt, desto bessere Resultate wird er bei der localen Behandlung erlangen, trotzdem aber nie im Stande sein, vorauszusagen, ob seine Bemühungen im gegebenen Falle auch den gehofften Erfolg bringen werden. So viel ist sicher, dass die grosse Mehrzahl der Larynxphthisiker bisher ungeheilt bleibt, trotz aller Mühe, die man sich gibt, den armen Duldern zu helfen, trotz aller Opfer, welche die Patienten bringen, um Heilungen zu erlangen. *S.*

Dr. Aufrecht: Ueber das Auftreten von Eiweis im Harn in Folge des Geburtsaktes. — (Centralblatt für klinische Medizin Nr. 22, 1893.)

Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

a) Bezüglich des Geburtsverlaufs:

1. Kurz vor jeder Entbindung muss der Harn auf Eiweiss untersucht werden. Auch empfiehlt es sich nach Ablauf des Wochenbettes das Freisein des Harns von Eiweiss festzustellen.

2. Wenn vor Beginn der Wehenthätigkeit, oder im Beginn derselben Eiweiss im Harn gefunden wird, ist in Rücksicht auf die Wahrscheinlichkeit der Zunahme des Eiweiss durch die Wehenthätigkeit, der Geburtsverlauf sorgfältig zu überwachen, damit kein ungünstiges Symptom im Befinden der Mutter übersehen und eventuell unter Berücksichtigung der giltigen Indikationen die Entbindung beschleunigt werden kann.

3. Wenn eine Eklampsie mit dem Beginn oder während der Wehenthätigkeit auftritt, so empfiehlt es sich, die möglichst baldige Vollendung der Entbindung zu ermöglichen. Da nach Verfassers Beobachtungen ausnahmslos eine Nierenerkrankung mit Eiweissausscheidung der Eklampsie zu Grunde liegt, so kann mit der langen Dauer der Wehen die Nierenthätigkeit um so schwerere Störungen erleiden und die Gefahr für das Leben der Mutter sich steigern. Wo aber die künstliche Entbindung noch nicht ausführbar ist, da dürfte Chloralhydrat als das geeignetste Mittel anzuwenden sein.

b) Bezüglich der Nierenpathologie lässt sich folgern

1. Die Ausscheidung von Eiweiss durch die Nieren kann ohne jede Harncylinderbildung vor sich gehen. Eiweissausscheidung und Harncylinderbildung sind also zwei von einander unabhängige Prozesse.

2. Die Harncylinderbildung hat mit der Transsudation von Eiweiss durch die Nierengefässe in die Harnkanälchen nichts zu thun, die Cylinder entstehen also nicht aus transsudirtem Blutfibrin, sondern sind ein Produkt entzündlicher Reizung der Nierenepithelien.

Dr. A. Gottstein (Berlin): **Die Kontagiosität der Diphtherie.** (Vortrag, gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft, 12. Jänner 1893. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25 1893.)

Verf. gibt zuerst einen historischen Ueberblick über den Streit zwischen den sogenannten Kontagionisten und Lokalisten.

Die Ansicht der Kontagionisten (besonders klar von ROBERT KOCH in seiner Rede: «Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten. insbesondere der Kriegsseuchen. Berlin, Hirschwald, 1888.» ausgesprochen) geht dahin, «dass die Infektionskrankheiten nur durch Verschleppung ihrer specifischen Keime entstehen und dass es weiterer wesentlicher Ursachen für die Entstehung der Krankheit (wie besondere Beschaffenheit des Bodens oder der klimatischen Einflüsse) nicht bedarf». Es genügt daher zur Verhinderung der Ausbreitung der Krankheit die Vernichtung des in ihren Produkten vorhandenen specifischen Krankheitserregers.

In unlöslicher Verbindung mit dieser Lehre steht der Nachweis von der Konstanz der Arten der Mikroorganismen, die für jede Krankheit zu beweisen auch stets das Streben KOCH's und seiner Schüler war.

Der in neuerer Zeit von manchen Forschern behauptete Pleomorphismus gewisser Bakterien, wie z. B. FISCHEL's Beobachtungen über den Pleomorphismus des Tuberkelbacillus, der nach ihm als parasitische Form eines saprophitisch vorhandenen höheren Pilzes je nach dem Nährsubstrat variire und zum Actinomyces in Beziehung stehe, die Ansichten französischer Forscher von der Identität des Bacterium coli commune mit dem Typhusbacillus, des Diphtheriebacillus mit dem Pseudodiphtheriebacillus bedarf noch weiterer Bestätigung.

Jedoch hat der Begriff der pathogenen Wirkung nach den neuesten Forschungen eine Aenderung erfahren, und zwar: «Die pathogene Eigenschaft eines Mikroorganismus ist das Ergebniss zweier Faktoren, der Virulenz desselben (resp. seiner Giftproduction) und des Grades der Resistenz des Organismus; beide Faktoren sind variabel.»

Der eine Faktor, die Virulenz einer specifischen Art wird nach neueren Beobachtungen erst durch die Symbiose mit anderen Arten zur Infektionsfähigkeit gesteigert. Andererseits ist die pathogene Wirkung auch bei geringerer Virulenz des Krankheitserregers durch Herabsetzung der Resistenz des Organismus (durch Hungern, Blutentziehung, Steigerung der Temperatur, Nervendurchschneidung, Einspritzung von gewissen Flüssigkeiten etc.) gegeben. Da die Konstanz der Arten für den Mediziner nur insoferne Bedeutung hat, als auch ihre pathogene Wirkung konstant ist, letztere aber, wie wir gesehen haben, heutzutage als noch von anderen Faktoren abhängig sich erwiesen hat, so genügt jetzt nicht mehr der Nachweis des specifischen Erregers, um die Uebertragung der Krankheit zu erklären, «sondern es müssen noch zwei weitere Bedingungen erfüllt sein, erstens der Beweis, dass der specifische Krankheitserreger im Momente der Uebertragung auf den Einzelfall oder auf viele Menschen an sich oder durch Mitwirkung anderer ursächlicher Momente die zur Infektion nöthige Virulenz erreiche, und zweitens der Nachweis, dass der befallene Mensch an sich und nicht aus aus anderen gelegentlichen Gründen die für die Infektion erforderliche Disposition besessen habe».

Diese Anschauungen auf die Diphtherie angewendet, hat die experimentelle Forschung Folgendes festgestellt:

Der Erreger der Diphtherie ist ein specifischer, in seinen Eigenschaften auf das genaueste bekannter Mikroorganismus, dessen konstantes Vorkommen in den Pseudomembranen absolut sicher ist. Seine Virulenz ist ausserordentlich schwankend. Er kann auch künstlich abgeschwächt werden. In den Pseudomembranen findet er sich stets gemeinsam mit Streptokokken, denen von den meisten Autoren eine Rolle im Sinne der Symbiose zugeschrieben wird. Ausser dem Diphtheriebacillus gibt es noch einen Pseudodiphtheriebacillus, welcher in der Mundhöhle auch gesunder Menschen gefunden wurde.

Verf. hat 50 Fälle von Diphtheritis, bei denen er genaueste Kenntniss von den Verhältnissen der betroffenen Familien hatte, zur Betrachtung ausgewählt. Er fand hiebei Folgendes:

1. Die Disposition zur Erkrankung der Kinder ist gering: Von den 50 Fällen hatten nur 14 zu weiteren Erkrankungen Anlass gegeben, und zwar bei 18 von 83 der Ansteckung ausgesetzt gewesenen Geschwistern und 3 Erwachsenen. (Circa 28% Ansteckung gegen mehr als 99% bei Masern.) Dabei wurde beobachtet, dass in manchen Fällen trotz strengster Desinfection nach kürzerer oder längerer Zeit neue Erkrankungen (von verborgenen Ansteckungsherden in der Wohnung herrührend?) auftraten, während in anderen Fällen bei Undurchführbarkeit von Isolirung und sonstigen Vorsichtsmassregeln weitere Erkrankungen ausblieben.

2. Unleugbar kontagiös wirken meist nur schwere (virulente) Erkrankungen. (Unter den 14, die neue Erkrankungen erzeugt, endeten 8 tödtlich.)

3. Da die Zahl der Erkrankungsfälle an Diphtherie bis auf Jahreszeitschwankungen eine ziemlich konstante ist und nicht wie bei wirklichen Epidemien (mit der Abschwächung des Virus) in arithmetischer Reihe abnimmt, so muss man neben der Kontagion ein autochthones Entstehen der Erkrankungen annehmen.

«Die Annahme eines rein kontagionistischen Standpunktes für die Entstehung und Ausbreitung der endemischen Diphtherie sowie für das Bestehen einer allgemeinen Disposition ist sowohl nach den Feststellungen der Bakteriologie wie nach den Beobachtungen am Krankenbette nicht zulässig.» *B. S.*

Aus der med. Universitäts-Klinik des Geheimrath Prof. Dr. **Ebstein** in Göttingen.

Dr. E. Becker, ehem. Assistenzarzt der Klinik: **Zur Lehre von den nervösen Nachkrankheiten der Kohlenoxydvergiftung.** (Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 24. 1893.)

Verfasser berichtet über den weiteren Verlauf eines von ihm im Jahre 1889 in derselben Wochenschrift veröffentlichten Falles von schwerer Erkrankung des Centralnervensystems nach Leuchtgasvergiftung.

Verfasser machte damals, obwohl ein solcher Fall bis dahin nicht bekannt war, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer im Gefolge der Vergiftung entstandenen multiplen Sklerose des Gehirns und Rückenmarks, indem er annahm, dass sich die sklerotischen Herde aus multiplen kleinen Blutungen und Erweichungen (wie sie von Klebs, Ziemssen und Anderen bei Sektionen von durch Kohlenoxyd umgekommenen Personen gefunden worden waren) gebildet hätten.

Die im Jahre 1889 an dem damals 47 Jahre alten, bis dahin gesunden, hereditär nicht belasteten Manne beobachteten Krankheitserscheinungen waren nach dem Erwachen aus zweistündiger Bewusstlosigkeit, zuerst heftige Zuckungen und Krämpfe, später vorübergehende deutliche Parese der linken Körperhälfte, Tremor bei Bewegungen, scandirende Sprache.

Alle diese Symptome sind jetzt nach circa 4 Jahren deutlich stärker geworden: der Tremor, die scandirende Sprache, die Unsicherheit des Gehens und der Drehschwindel, die spastischen Erscheinungen und endlich die Abnahme der Intelligenz und eine gewisse psychische Schwäche, so dass an der Diagnose wohl nicht mehr gezweifelt werden kann. Was die der Erkrankung zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Veränderungen betrifft, kann man sich jetzt nach einem von Cramer veröffentlichten ausführlichen Obduktionsbefund eines ähnlichen Falles von Kohlenoxydvergiftung ein ungefähres Bild machen.

Es fand sich nämlich 1. in der Hirnrinde diffus verbreiteter Faserschwund, 2. Atrophie der Ganglienzellen der Rinde, 3. hyaline Degeneration eines Theiles der Gefässe in Stammganglien, Pons und Medulla (analog der von Rindfleisch bei der genuinen multiplen Sklerose gefundenen Erkrankung der Gefässwandungen), 4. eine diffuse Wucherung der Neuroglia im gesammten Mark des Grosshirns.

Der typische Verlauf der Krankheit und die in dem citirten analogen Falle gelieferte Bestätigung durch den Sektionsbefund fordern zu weiteren Untersuchungen in dieser Richtung auf.

B. S.

Dr. E. Carmichaell: Die Behandlung des Cretinismus mit thypodermatischen Injektionen von Schilddrüsenextrakt und mittelst der Verabreichung der rohen Schilddrüse. (The Lancet Nr. 3629, 1893.)

Ein Kind, 5—6 Jahre alt, sah einem Säugling gleich. Die Gesichtszüge desselben waren breit und massiv; die Haut trocken und rauh; das Abdomen vorspringend; der Nabel hervortretend; das Haar dünn gesäet, trocken und ungesund, die Intelligenz stark herabgesetzt, der Appetit ausserordentlich schwankend; hartnäckige Verstopfung und subnormale Temperaturen. Das Durchschnittswachsthum per Jahr betrug einen Zoll.

Die Behandlung begann im April 1892. Injektionen mit dem Schilddrüsenextrakt und zwar je zehn Minima eines Grans, wurden in Intervallen von 7 bis 14 Tagen vorgenommen. Im Oktober begann die Verabreichung roher Schilddrüse und zwar ungefähr ein Lappen derselben per Woche im kaltem Beef-tea. — Nach den ersten wenigen Injektionen hatte sich das Aussehen des Kindes ganz geändert; das Abdomen zeigte eine ausgesprochene Verkleinerung, so dass ein Leibchen, welches dem Kinde vor der Behandlung passend anlag, jetzt um 4 oder 5 Zoll zu gross erschien. — Die dicken Lippen und die dicken Nasenflügel waren jetzt von normalem Umfang; die Haut war jetzt biegsam und weich; die Temperatur dem Tastgefühle nach gebessert und das Haar anscheinend gesünder, obgleich immer spärlich. Im Oktober begann das Kind zu gehen, es lief bald herum und es vermochte sogar lange Strecken zurückzulegen. Der Kopf anscheinend kleiner, bedeckte sich mit einem üppigen gesunden Haarwuchs. — Ausgesprochene Besserung der Intelligenz manifestirte sich in vielen kleinen Handlungen.

Während der neun Monate war das Kind gut um 4 Zoll gewachsen; die Wülste in den Fossae supraclaviculares waren ganz

geschwunden; der Appetit hatte sich erstaunlich gebessert, die Diät des kleinen Mädchens war jetzt eine viel ausgiebigere; Stuhlverhaltung geschwunden; der Nabel ragte nicht mehr hervor und es bestand keine Tendenz mehr zu Ekzem.

Temperatur blieb auf 97° F. Die Besserung war eine so bedeutende, dass ein Freund und regelmässiger Besucher des Hauses, der während einiger Wochen abwesend gewesen war, als er das Kind wiedersah, dasselbe nicht erkannte und, da er das Kind für ein fremdes Kind hielt, auch fragte, wem dieses kleine Mädchen gehöre. Autor hebt noch einen Punkt hervor, nämlich, dass vor der Behandlung mit Schilddrüse auf der Kopfhaut häufig eine dunkle, beinahe schwarze Stelle aufzutreten pflegte, welche, wenn sie an Intensität der Verfärbung zugenommen hatte, auf dem Wege der Abschuppung wieder verschwand. Autor hält diese Erscheinung für ein gefärbtes Sekret der Glandulae sebaceae. *L. L.*

Fournier (Paris): **Erworbene Syphilis im Kindesalter.** (Rev. gén de Clinique et Thérap. 1893).

Der berühmte Pariser Syphilidologe hielt jüngst am «Hôpital Saint Louis» einen interessanten klinischen Vortrag über diesen wichtigen Gegenstand. Er begann seine Vorlesung mit dem Bemerken, dass viele Aerzte noch heute der irrthümlichen Ansicht sind, dass die Syphilis bei Kindern fast durchwegs hereditär und höchst selten erworben sei. Es frägt sich nun: welches ist die Quelle der erworbenen Syphilis im Kindesalter?

Vor Allem muss man zwei Momente ausscheiden:

1. Die erworbene Syphilis rührt niemals von einer Ansteckung während der Entbindung her, wäre auch die Mutter mit *plaques muqueuses* an der Vulva behaftet und wäre auch der Foetus mehrere Stunden damit in Berührung geblieben, denn beim Geburtsakte ist er bereits syphilitisch; 2. Die erworbene Syphilis hängt niemals mit einer Syphilis der Mutter zusammen, die diese vor der Geburt acquirirt hat, denn auch in diesem Falle ist der Neugeborene syphilitisch, und ist bei ihm die Luës latent.

Daher reduciren sich auf vier die positiven Ursachen des Contagiums, und diese sind: 1. Die Säugung, durch welche *a*) eine vorher syphilitische Amme, die ein Kind säugt, selbes an dem Tage ansteckt, wo an ihrem Munde oder ihrer Brust Papeln sich entwickeln, oder *b*) es inficirt, indem sie, wiewohl gesund zu Beginn der Säugung, durch ein anderes scheinbar gesundes, in Wirklichkeit aber syphilitisches Kind selbst krank wird. 2. Erziehung: während dieser Periode kann das Kind die Syphilis erwerben *a*) von der Mutter, die nach der Geburt des Kindes an Syphilis erkrankt ist, *b*) von dem Vater unter denselben Verhältnissen, *c*) von Kindsmädchen insbesondere durch Küsse, *d*) von fremden Personen oder anderen Kindern, mit denen Küss oder Gegenstände vertauscht werden, oder mit welchen es ein gemeinsames Leben führt. 3. Attentate: obwohl diese viel seltener als bei Erwachsenen vorkommen, so hat man doch einzelne zweifellose Beispiele hievon. 4. Ansteckung durch Aerzte und Hebammen, sei es durch ihre Hände, sei es durch die Instrumente.

FOURNIER schliesst seinen Vortrag mit der Bemerkung, dass, in Anbetracht der vielen Ansteckungsmöglichkeiten, die erworbene Syphilis bei Kindern nicht so selten sein müsse, wie dies bisher und von vielen Autoren angenommen wurde. *A. D.*

Prof. Arnozan. Der Einfluss des allgemeinen Gesundheitszustandes auf die Heilbarkeit der Pityriasis versicolor.

In den «Archives cliniques de Bordeaux» vom März 1893, gibt Prof. ARNOZAN eine statistische Uebersicht aller Fälle von Dermatosen, die er auf der Klinik der medizinischeu Fakultät in Bordeaux, in den Jahren 1889—1892 beobachtet hat. Autor macht unter Anderen einige Bemerkungen über die Hartnäckigkeit der Pityriaris versicolor gegen die Behandlung. Er glaubt, dass ein grosser Theil davon auf Rechnung der Beschaffenheit des Bodens, in dem sich der Parasit einnistet, kommt, und erwähnt besonders die Tuberkulose und die Dyspepsie als diejenigen Momente, welche hierbei eine beträchtliche Rolle spielen. *L. L.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

Soziales und Wissenschaftliches. — Zum 21. deutschen Aerztetag.

Breslau, den 27. Juni 1893.

Der diesjährige Aerztetag, der 21., fand am 26. und 27. Juni in Breslau statt. Und wenn wir heute in eine Besprechung der auf demselben zu behandelnden Gegenstände eintreten, so wäre es vielleicht am Platze, einen historischen Rückblick auf die Entwicklung und Leistungen des deutschen Aerzte-Vereinsbundes einzugehen; indess beschränken wir uns auf folgende Vorbemerkungen.

Wie der deutsche Einheitsgedanke seit dem denkwürdigen Kriege von 1870 die Kreise erfasst und durchdrungen hat, so hat er auch, nachdem bereits längst vorher die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte sich gebildet hatte, die deutschen Aerzte zusammengeführt zu dem deutschen Aerzte-Vereinsbunde, welcher die Aufgabe hat, die wissenschaftlichen, ethischen und Standesinteressen einheitlich zu vertreten; der deutsche Aerzte-Vereinsbund steht also etwa auf dem Standpunkte der jetzigen Berliner Standesvereine. Der Bund umfasst 233 Vereine mit 13.000 Mitgliedern, d. h. also ²/₃ sämmtlicher deutscher Aerzte. Das Organ des Bundes wird gebildet durch das Vereinsblatt, durch den alljährlich zusammentretenden Aerztetag, d. h. eine Versammlung von Delegirten der einzelnen Vereine. Das Programm des Bundes ist auf dem vorjährigen Aerztetage bei Gelegenheit der Statutenrevision insoferne modifizirt worden, als die wirthschaftlichen Interessen statutenmässig mehr als bisher in den Vordergrund gestellt werden — hiermit kommen wir mit ein paar Worten auf die Leistungen des Bundes. Und da müssen wir bemerken, dass dieselben, bei der leider nicht immer vorhandenen eingehenden und eigenen Prüfung gewisser Kollegenkreise, nicht gebührend taxirt worden sind. Solchen Zweiflern gegenüber aber kann nicht genug betont werden, dass unsere social-ärztliche Therapie überhaupt auf schwachen Füssen steht, dass aber gleichwohl, nach unserer Meinung, der Bund, *resp. der* Geschäftsausschuss desselben, mit heiligem Ernst und grossem Eifer für das Interesse des deutschen Aerzte-Standes, trotz geringer Aussicht auf Erfolge, stets eingetreten ist. In magnis et voluisse sat est. — Und wir sind überzeugt, wenn der Aerztetag in demselben Sinne fortarbeitet, wird noch mehr als bisher erreicht werden. Freilich wird über kurz oder lang seine Thätigkeit insofern modifizirt werden, als bei der Weiterentwicklung unserer staatlichen Standesvertretungen, bei dem über kurz oder lang zu erwartenden Zusammenschluss aller Aerztekammern zu einer einheitlichen staatlichen Repräsentanz, zu einer Art Aerztekammerbund oder Ausschuss — im Grossen sich dasselbe vollziehen wird, was im Kleinen bereits in Berlin sich vollzogen hat. Wie hier die autonome Berliner Aerzteschaft die staatliche Aerztekammer, so wird in absehbarer Zeit der autonome Aerzte-Vereinsbund eine staatliche Aerztecorporation neben sich haben. Wir betonen das Nebeneinander! Denn, die Wahl geeigneter Männer in die Körperschaften vorausgesetzt, denen die Standesinteressen wahrhaft und ehrlich am Herzen liegen, werden beide Institutionen sich ergänzen und stützen. Ja sie werden das thun müssen, weil sie auf einander angewiesen sein werden. Und sie werden deshalb auf einander angewiesen sein, weil die staatliche Vertretung formell und inhaltlich begrenzt sein werden. Doch das ist Zukunftsmusik!

Kommen wir nun zu den vorliegenden Thematen selbst, so ist es, geschäftlich genommen, einigermassen auffällig, dass, trotz der vorgerückten Zeit, dieselben noch nicht definitiv festgestellt sind. Diesem nicht neuen Uebelstande wird sich vielleicht durch eine Modifikation der Geschäftsordnung abhelfen lassen.

Auf der Tagesordnung stehen vorläufig folgende Fragen:

I. Gegenseitige Mittheilungen der Lebensversicherungen;

II. Verhältniss der behandelnden Aerzte zum Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft und Verhältniss der Aerzte zu den Invaliditäts-Versicherungsanstalten;

III. Das Reichsseuchengesetz;

IV. Aerztlicher Dienst in Krankenhäusern;

V. Umgestaltung des Vereinsorganes.

Der Aerztetag, zum ersten Male in der östlichen Hauptstadt des Reiches, hat nunmehr seine Berathungen beendet. Unter Hinweis auf unsere Vorbemerkungen zu demselben im Beginn unserer Korrespondenz fügen wir nunmehr die wesentlichsten Punkte der Tagesordnung und die Eröffnungsrede des Vorsitzenden GRAF bei, und behalten uns vor auf dieselben das nächste Mal näher einzugehen. Behandelt wurden, abgesehen von geschäftlichen Dingen und der Reorganisation des Vereinsblattes:

I. Antrag betr. das Verhältniss der Aerzte zu den Lebensversicherungs-Gesellschaften. «Der Aerztetag bevollmächtigt seinen Geschäfts-Ausschuss, eine Kommission zu ernennen, welche in Verbindung mit Vertretern der Lebensversicherungs-Gesellschaften eine Vorlage für den nächsten Aerztetag ausarbeiten soll.»

II. Verhältniss der Aerzte zu den Berufsgenossenschaften. Der Aerztetag wolle beschliessen auszusprechen wie folgt:

«Angesichts der Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften in Gemässheit des § 76 b. und c. der Novelle zum Krankenkassengesetz betont der XXI. Aerztetag auf's Neue seine vorigjährigen Beschlüsse über die Beziehungen der Aerzte zu den Berufsgenossenschaften.

Der Aerztetag spricht die Erwartung aus, dass die Aerzte nur auf Grund dieser Beschlüsse zu den Berufsgenossenschaften in Beziehung treten.

Der Aerztetag ermächtigt die von ihm eingesetzte Kommission über die Beziehungen der Aerzte zu den Berufsgenossenschaften auf Grund dieser Beschlüsse mit dem Berufsgenossenschafts-Verbande im Anschluss an die früheren Verhandlungen eventuell weiter in Berathung zu treten.

III. Der ärztliche Dienst in den Krankenhäusern.

1. Die Krankenhäuser sollen in erster Linie den humanen Zwecken einer guten Verpflegung und wirksamen ärztlichen Behandlung der Kranken dienen. Sie sollen aber auch mehr und mehr Stützpunkte der Wissenschaft werden.

2. Der ärztliche Dienst in den Krankenhäusern ist derart zu organisiren, dass auf 100—120 Kranke 1 Oberarzt und mindestens 2 Assistenzärzte kommen.

3. Es ist zu erstreben, dass die Oberärzte grosser Krankenabtheilungen auf Privatpraxis, mit Ausnahme der konsultativen, verzichten. Ihr Gehalt ist dementsprechend zu bemessen.

4. Die Dienstzeit eines Assistenzarztes soll nicht über 1—2 Jahre sich ausdehnen.

5. Durch Anstellung bezw. Konsultirung von Specialärzten ist dafür Sorge zu tragen, dass in allen Fällen die Kranken eine fachgemässe Behandlung finden.

6. Für grössere Städte empfiehlt es sich, einen pathologischen Anatomen von Fach zur Vornahme der Obduktionen in den Krankenhäusern, sowie zu sonstiger wissenschaftlicher Unterstützung der Aerzte in- und ausserhalb der Hospitäler, anzustellen.

7. Wo nicht ein geschultes Pflegepersonal dem Krankenhaus zur Verfügung steht, gehört eine systematische Unterweisung des Personals zu den Aufgaben des ärztlichen Dienstes.

8. Es ist als eine wesentliche Forderung für den ärztlichen Dienst in den Krankenhäusern zu betrachten, dass von den beobachteten Fällen möglichst eingehende Krankengeschichten niedergeschrieben und dass diese, nach den Krankheiten oder Krankheitsgruppen geordnet, aufbewahrt werden.

9. Seitens der Hospitalverwaltungen ist die wissenschaftliche Thätigkeit der Aerzte dadurch zu fördern, dass in möglichster Ausdehnung die für dieselbe erforderlichen Einrichtungen und Apparate hergestellt werden.

10. Die Krankenhäuser sollen in grösserem Umfang als bisher Gelegenheit gewähren zur praktischen Ausbildung von Aerzten.

IV. Anträge zu dem, dem Reichstage vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Abwehr gemeingefährlicher Krankheiten.

I. 1. Die Anzeige soll an die Medizinalbehörde, statt an die Polizeibehörde erstattet werden.

2. Die Anzeigepflicht der Kurpfuscher ist aufzuheben.

3. a) Für die Ermittelung der Krankheit ist die Anzeige des Arztes in der Regel genügend, die durch einen Laien bedarf der amtsärztlichen Feststellung. —

b) Wenn bei ärztlicher Anzeige Ermittelungen durch den beamteten Arzt vorzunehmen sind, so halten wir es für wünschenswerth, dass der behandelnde Arzt hiervon benachrichtet wird.

4. Die Desinfektion soll auf öffentliche Kosten erfolgen.

5. Für die Hinterbliebenen der Aerzte, incl. Amtsärzte, Geistliche, Krankenpfleger und Polizeibeamte, welche im Auftrage der zuständigen Behörde mit Personen, welche an übertragbaren Krankheiten Leiden, in Berührung kommen, dabei selbst erkranken und in Folge der Krankheit sterben, hat Fürsorge aus öffentlichen Mitteln nach Maassgabe landesgesetzlicher Regelung zu erfolgen.

II. 1. Ein auf alle ansteckenden Krankheiten sich erstreckendes Reichs-Seuchengesetz, wie solches zu wünschen ist, kann erst dann erlassen werden, wenn eine Deutsche Aerzte-Ordnung geschaffen ist; eine solche ist schleunigst und dringend zu fordern, wie es auf mehreren Aerztetagen beschlossen ist.

In dieser Aerzte-Ordnung müssen Bestimmungen enthalten sein über

a) die Rechte und Pflichten des prakt. Arztes;

b) die Rechte und Pflichten des beamteten Arztes (Stellung als Gesundheits-Beamter, auskömmliches Gehalt);

c) Verbot der gewerbsmässigen Kurpfuscherei.

2. Die obligatorische Leichenschau muss überall im Deutschen Reiche durchgeführt werden.

3. Der Entwurf eines Reichs-Seuchen-Gesetzes ist nothwendig einer eingehenden Berathung durch die ärztlichen Standes-Vertretungen zu unterstellen.

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Wien. Dozent Dr. v. Eiselsberg, Assistent an der Klinik Hofrath Billroth's, wurde zum ordentlichen Professor der Chirurgie an der Universität Utrecht ernannt.

— Deuschland. Privatdozent Dr. Hang (München) wurde zum korrespondirenden Mitgliede der Société française d'Otologie et de Laryngologie ernannt.

— Amerika. Dr. Charles K. Mills wurde zum Professor der Psychiatrie und forensischen Medizin an der University of Pennsylvannia ernannt.

* Aerztekammern. Bezüglich der Aktivirung der Aerztekammern sind nun die Durchführungsverordnungen der Landesregierungen von Mähren, Schlesien, Kärnten und Steiermark erschienen. Für Mähren wurde die Bildung einer Aerztekammer mit dem Sitze in der Landeshauptstadt Brünn und der Anzahl von neunzehn Mitgliedern angeordnet und als Wahltermin der 16. Juli d. J. bestimmt. Drei Kammermitglieder und ebenso viele Stellvertreter sind von der Stadt Brünn in einem Wahlakte, sechzehn Kammermitglieder und deren Stellvertreter von den übrigen wahlberechtigten Aerzten des Landes in ebenso vielen Wahlgruppen zu wählen, wobei jede Gruppe ein Kammermitglied und einen Stellvertreter entsendet. — Für Schlesien wurde die Bildung einer Aerztekammer mit dem Sitze in der Landeshauptstadt Troppau und mit der Anzahl von neun Mitgliedern angeordnet. Zwei Kammermitglieder und ebenso viele Stellvertreter werden von der Landeshauptstadt Troppau in einem Wahlakte; sieben Kammermitglieder, beziehungsweise Stellvertreter von den übrigen wahlberechtigten Aerzten des Landes in ebenso viel Wahlgruppen gewählt. Als Wahltermin wurde der 13. Juli d. J. festgesetzt. — Für Kärnten wurde die Bildung einer Aerztekammer mit dem Sitze in Klagenfurt und mit der Anzahl von neun Mitgliedern angeordnet. Von der Landeshauptstadt Klagenfurt mit dem zugehörigen Gerichtsbezirke sind drei Kammermitglieder und ebenso viele Stellvertreter, von den übrigen wahlberechtigten Aerzten sechs Mitglieder und so viele Stellvertreter, und zwar in sechs Wahlgruppen, zu wählen,

Als Wahltermin wurde der 8. Juli d. J. bestimmt. — In Steiermark wurde als Wahltag für die zehn Wahlgruppen des Landes, welche je ein Kammermitglied und einen Stellvertreter zu wählen haben, der 17. Juli, und als Wahltag für die Aerzte in Graz, welche fünf Kammermitglieder und ebenso viele Stellvertreter zu entsenden haben, der 20. Juli festgesetzt. — Im Herzogthum Salzburg wurden die Wahlen für die Aerztekammer bereits am 27. v. M. vollzogen.

* Berlin. In der Sitzung des Vereines für innere Medizin am 3. d. M. theilte Leyden einen Fall von nach Gonorrhoe aufgetretener Endocarditis mit, indem er Neisser'sche Diplokokken in den bei der Section gefundenen Vegetationen an den Herzklappen unzweifelhaft nachweisen konnte.

* Königsberg. Das durch den Staatshaushaltsetat für 1893/94 neu begründete Extraordinat für Psychiatrie an der Universität zu Königsberg ist seitens des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten dem Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik und Privatdozenten für Psychiatrie Professor Dr. Meschede übertragen worden.

* München. Am 1. Juli d. J. fand die Feier des 50jähr. Doktorjubiläums des Geheimrath Prof. Dr. von Pettenkofer statt. Aus diesem Anlass nahm der Jubilar im festlich geschmückten Rathhaussaale die ihm von den deutschen Universitäten, ärztlichen Körperschaften, den bayerischen Behörden mündlich und schriftlich dargebrachten Glückwünsche, Adressen und Diplome entgegen. Kaiserin Augusta Victoria hatte einen telegraphischen Glückwunsch gesandt, auch von Herzog Karl Theodor in Bayern, dem Statthalter von Elsass-Lothringen, Fürsten zu Hohenlohe, sowie dem Staatssekretär Dr. v. Bötticher, dem preussischen Minister Dr. Bosse, dem Oberpräsidenten Dr. v. Gossler, sowie den Universitäten von Edinburg, Kasan, Kjew, Utrecht und der Akademie in Peterburg waren Glückwunsch-Telegramme eingelaufen. München widmete dem Jubilar die goldene Bürgermedaille.

* Cholera. Die Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes über den Stand der Cholera in Frankreich berichten Folgendes: Im Departement Finistère wurde seit 7. Mai kein neuer Cholerafall beobachtet; im Departement Morbihan kamen vom 15.—29. Mai 47 Erkrankungen (23 Todesfälle), vom 29. Mai bis 5. Juni 11 Erkrankungen (3 Todesfälle) vor. In den südlichen Departements Hérault, Gard und Stude zeigen sich fortwährend Choleraerkrankungen; in Alais waren bis 11. Juni 39 Todesfälle festgestellt. In Marseille, Toulouse, neuerdings auch in Toulon kamen Cholerafälle vor. — Ueber die Epidemie in Mekka ist noch immer nichts Genaues bekannt; am 20. Juni soll die Zahl der Todesfälle bereits über 800 betragen. — In Russland sind dem neuesten Bulletin des Medizinaldepartement zufolge im Gouvernement Saratow vom 16.—22. Mai 3 Erkrankungen und 2 Todesfälle, im Gouvernement Tobolsk vom 9.—13. Mai je 2 Erkrankungen und Todesfälle, im Gouvernement Simbirsk vom 16.—22. Mai 1 Erkrankung und im Gouvernement Wjatka am 20. Mai 1 Erkrankung und 1 Todesfall vorgekommen. In Saratow wurden vom 28. Mai bis 3. Juni 3 Erkrankungen, 2 Todesfälle, in Tobolsk vom 21.—25. Mai 2 Erkrankungen, 2 Todesfälle, in Simbirsk vom 28. Mai bis 3. Juni 1 Erkrankung, in Wjatka am 1. Juni 1 Erkrankung, 1 Todesfall bekannt. In der Zeit vom 27. Mai bis 3. Juni (n. St.) sind 36 Choleraerkrankungen und 13 Todesfälle amtlich angemeldet worden.

* Todesfälle. In Paris starb der berühmte Dermatologe Prof. Vidal — In Cilli ist der Bürgermeister und Landtagsabgeordnete Landessanitätsrath Dr. Josef Neckermann gestorben. — Am 25. Juni starb in Upsala der Professor der Psychiatrie an der dortigen Universität, Dr. Nils Gustaf Kjellberg. im Alter von 66 Jahren. Es gebührt ihm Anerkennung, in Schweden zuerst eine rationelle Krankenpflege für Geisteskranke eingeführt zu haben.

Aerztliche Stellen.

Distriktsarztesstelle für das obere Metnitzthal, Gerichtsbezirk Friesach (Kärnten), mit dem Wohnsitze in Grades oder Metnitz. Mit der Stelle ist eine Remuneration von 600 fl., und zwar 300 fl. aus dem Kärntner Landesfonde und 300 fl. von den Gemeinden Grades und Metnitz verbunden, und sind weiteres dem Distriktsarzte die durch die Verordnung der Kärntn. Landesregierung vom 12. Februar 1885, Z. 1156, L.-G.-Bl. Nr. 9. festgesetzten Gebühren gesichert. Gefordert wird die Führung einer Hausapotheke und ist für gegenseitige Kündigung ein Termin von 2 Monaten bestimmt. Auf den Posten reflektirende Aerzte und Wundärzte haben ihre gehörig instruirten Gesuche bis 25. Juli l. J. an die k. k. Bezirkshauptmannschaft St. Veit einzusenden.

Sekundararztesstelle im städt. Kranken und Versorgungshause zu Graz (Steiermark) vorläufig für die Dauer von 2 Jahren zur Besetzung. Diese Stelle verleiht den Anspruch auf Bezug einer Jahresbestallung von 600 fl., sowie auf Genuss einer eingerichteten Freiwohnung sammt Beheizung und Beleuchtung, womit jedoch die Verpflichtung, in der Anstalt zu wohnen, verbunden ist. Das Kündigungsrecht steht beiden Theilen zu und ist im Falle des Rücktrittes die instruktionsgemäss festgesetzte sechswöchentliche Kündigungsfrist einzuhalten. Doktoren, bezw. Doktoranden der Heilkunde, welche als Bewerber um diese Stelle auftreten wollen, haben die Gesuche unter Nachweis ihres Alters, Standes, ihrer Zuständigkeit, sowie des erlangten Doktorgrades, respektive der Vollendung der medizinischen Studien und der etwa bereits abgelegten medizinischen Rigorosen bis längstens 12. Juli l. J. im Bürgermeisteramte des Stadtrathes Graz zu überreichen. Die Dienrtesinstruktion kann im Stadtphysikate (Rathhaus, III. Stock) eingesehen oder auch im schriftlichen Wege eingeholt werden.

Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration.

Herren Dr. A. N., Weitersfelden; Dr. F. J., Nagy Károly; Dr. O., Neusatz; Dr. J. M., Müglitz; Dr. H. S., Lubaczow; Dr. F. S., Göstling; Dr. D. N., Wien; Dr. F. F., Weisswasser; Dr. E. K., D. Kralup; Dr. F. M., Unter Eggendorf; Dr. K., Temesvár; Dr. E. G., Slatinan; Dr. L. M., Pieniaki; Dr. J. K., Seelau; Dr. S. C., Jaslo; Dr. K. V., Dobris; Dr. D., Rymanow; Dr. G. F., Békés; H.-O.-St.-A. Dr. J. v. H. u. A. B., Budapest; R.-A. Dr. J. v. K. u. J. K., Budapest; Dr. A. Z., Maxdorf; R.-A. Dr. M. P., Pilsen; Dr. S. G., Köbölkut; Dr. E. M., Feldhof b. Graz H.-R. Dr. V., Cannstadt Dr. L., Schönlanke; Dr. H., Rijswick; Dr. P. S., Belgrad; Dr. C. K., Göding; Dr. J. S., St. Stefan; R.-A. Dr. R., Tyrnau; Dr. A. L., Odessa; Dr. L., Sliedrecht; Dr. F. R., Kurtatsch; K. R., Poisdorf; R.-A. Dr. J. V., Königsfeld; Dr. H. T., Kotzmann; Dr. J. M., F. Viszo; Dr. R. F., Immendingen; Dr. M. N., Katzow; Dr. A. K., Sand; R.-A. Dr. J. F.; Nyiregyháza; Dr. T., Jägerndorf; Dr. T. B., Bosn. Krupa; Dr. H. W., Santos Brasilien; Dr. F. L., Trient; Dr. A. M., Hlubopec Dr. C. D., Osseg; Dr. T. B., Baranow; Dr. M. C., Erdöd; Dr. A. A., Kamenitz; Dr. W. H., Kaunitz; Dr. J. C., Cles; Dr. V. S., Szomolány; A.-R. Dr. S., *Erlau*; Dr. J. P. Sugatag; Dr. R., M. Neustadt; Dr. S. v. P., Tàtrafüred; Dr. H. S., Graz; Dr. A. P., Meczenzéf; Dr. F. J., Pisino; Dr. J. D., Grodek; Dr. F. L., Tetétlen; Dr. K., Czernowitz; Dr. F. M., Gr. Enzersdorf; Dr. E. V., Csuz; Dr. J. H., Fiume; Dr. G. S., Warasdin; Dr. J. M., Olmütz; Dr. J. N., Dobricza; Dr. J. B., Also Lendva; Dr. A. E., Marm. Sziget; Dr. F., Triest; Dr. V. N., Biala; Dr. M., Budapest; Dr. J., Wien; Dr. U., Homonna; W. S., Breitenbrunn; Dr. B., Erlau; E. P., Platten; wird auf Verlangen der Empfang von Abonnementsbeträgen und Zuschriften bestätigt.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Verlagsbuchhandlung Aug. Hirschwald in Berlin «Ueber Archiv für Laryngologie und Rhinologie», herausgegeben von Dr. B. Fränkel, bei, auf welchen wir unsere Leser aufmerksam machen

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 16. Juli 1893. Nr. 29.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Beitrag zur Wirkung des Trionals

Von

Dr. Koppers, Strälen.

Die ersten klinischen Versuche über die Wirkung des Trionals (Diäthylsulfonmethyläthylmethans) wurden angestellt im allgemeinen Krankenhause in Hamburg von BARTH und RUMPEL [1]). Dieselben konstatirten eine gute hypnotische Wirkung desselben; Nebenwirkungen schädlicher Art wurden ihnen nicht bekannt.

Ausführlicher wurde das Mittel studirt und probirt an der Provinzial-Irrenanstalt in Bonn durch SCHULTZE [2]). Derselbe wandte das Mittel an bei den verschiedensten Geisteskranken, sowohl solchen, die mit einfacher Schlaflosigkeit und leichterer Unruhe behaftet waren, als solchen, die durch höchste psychische Erregung und motorische Unruhe gequält wurden. Seine Erfolge, die er durch Verabreichung des Trionals bei diesen Kranken erzielte, waren sehr zufriedenstellende.

Ebenso günstig lauten die Mittheilungen von HORVATH [3]) aus dem pharmakologischen Institut in Budapest.

Eine weitere Veröffentlichung von RAMONI [4]) aus dem pharmakologischen Institut in Rom stand mir nicht zur Verfügung.

Sodann erschien ein Aufsatz über die therapeutische Verwendung des Trionals und Tetronals von SCHÄFER [5]). Derselbe wandte das Mittel an bei einer grossen Anzahl von Kranken der psychiatrischen Abtheilung in Jena. Er stellte vergleichende Beobachtungen an über die Wirkung des Trionals, Tetronals und Sulfonals und kam zu dem Resultat, dass die Wirkung der beiden erstgenannten Mittel an Promptheit und Intensität entschieden die des Sulfonals übertreffe.

Nicht weniger günstige Resultate werden mitgetheilt von BRIE [6]) über die Ergebnisse der Behandlung mit Trional in der Provinzial-Irrenanstalt in Bonn, sowie aus einer Privat-Heilanstalt zu Ober-Döbling von RANDA [7]).

Vor Kurzem endlich schrieb BÖTTICHER [8]), Assistent der psychiatrischen und Nervenklinik in Halle, eine ausführlichere Abhandlung über Trional als Hypnoticum. Seine Erfolge mit Trionalbehandlung waren ebenfalls recht günstige und er hebt besonders das vorzügliche Resultat hervor, welches er bei den hallucinirenden Alkoholikern erzielte. Im Vergleich zu andern hypnotisch wirkenden Mitteln schreibt er, dass das Trional das Chloralamid so wie das Amylenhydrat entschieden übertreffe, dass das letztere jedoch in einer Dosis von 3—4 *gr* verabreicht, der Wirkung, die durch 2 *gr* Trional erzielt würde, nahe käme. Auch er berichtet am Schlusse seiner Arbeit, dass dem Mittel eine exquisit hypnotische und sedative Wirkung zukomme, und dass unangenehme Nebenwirkungen bei Einhaltung gewisser Grenzen in der Dosirung nur äusserst selten zu beobachten seien.

Es zeigt somit die bereits über Trional existirende Literatur, dass dasselbe sich als ein vorzüglich sedativ und hypnotisch wirkendes Mittel erwiesen hat, und dass dasselbe allseitig zur weiteren Erprobung und Verwendung warm empfohlen wird.

Einige kurz angeführte Krankengeschichten werden die Richtigkeit vorgenannter Erfahrungen bestätigen:

Fall I. Patientin, 26 Jahre alt, leidet schon seit mehreren Jahren an Nervosität und damit verbundener Schlaflosigkeit; in letzter Zeit hat das Uebel zugenommen, und Patientin be-

[1]) «Klinische Beobachtungen über die physiologische Wirkung des Trionals und Tetronals». (Deutsche mediz. Wochenschr. 1890. 32.)

[2]) «Trional und Tetronal bei Geisteskranken». (Therapeutische Monatshefte. 1891. X.)

[3]) «Ueber die Wirkung des Trionals und Tetronals». (Magyar Orvosi Archivum. 1892. III.)

[4]) «Hypnotische Wirkung des Trionals und Tetronals». (Deutsche Medizinal-Zeitung. 1892. 67.)

[5]) «Ueber die therapeutische Verwendung des Trionals und Tetronals». (Berliner Klinische Wochenschrift. 1892. 29.)

[6]) «Ueber Trional als Schlafmittel». (Neurologisches Centralblatt 1892. 24.)

[7]) Einiges zur Wirkungsweise des Trionals». (Internationale Klinische Rundschau. 1893. 18.)

[8]) «Trional als Hypnoticum». (Berliner Klinische Wochenschrift. 1892. 42.)

hauptet, mehrere Nächte hintereinander gar nicht geschlafen zu haben. 2·0 *gr* Bromnatrium führten bei ihr keinen Schlaf herbei.

8. November 1892. Patientin erhielt Abends 8 Uhr 1·25 *gr* Trional, hinterher trank sie eine Tasse warme Milch. Gegen 10 Uhr befand sie sich in festem ruhigem Schlaf und erwachte Morgens gegen 6 Uhr. Sie verspürte in den Morgenstunden noch Schlafsucht, jedoch waren bei ihr sonst keine unangenehmen Nebenerscheinungen aufgetreten.

9. November. Patientin hat tagsüber noch wiederholt kurze Zeit geschlafen, auch während der Nacht schlief sie recht ruhig und erwachte in bestem Wohlbefinden.

15. November. Der Patientin, die in den letzten Nächten wieder nicht geschlafen hatte, wurde gestern Abends 1·25 *gr* Trional verabreicht. Der Erfolg war dieses Mal ebenso günstig wie beim ersten Male; sie hatte die Nacht durch gut geschlafen ohne aufzuwachen und war zur Besuchszeit vollkommen wohl und munter.

Fall II. Patientin, 29 Jahre alt, ist sehr nervös und leidet viel an nervösen Kopfschmerzen sowie häufig an Schlaflosigkeit; ihr Schlaf wird viel durch beunruhigende Träume gestört. Wegen letzteren Uebels wurde ihr bereits Morphium, Opium, Chloralhydrat, Urethan, Antipyrin, Phenacetin, Brom und Sulfonal verordnet, ohne dass eines dieser Mittel einen ruhigen Schlaf herbeigeführt hätte.

15. Dezember 1892. Abends 8$^1/_2$ Uhr erhält Patientin 1·0 *gr* Trional mit einer Tasse warmer Milch; nach einer halben Stunde trat Schlafbedürfniss ein, sie schlief bald ein und erwachte erst gegen 7 Uhr Morgens. Patientin behauptet seit langer Zeit nicht mehr so ausgezeichnet geschlafen zu haben, auch sei ihr Schlaf durch keinerlei Träume gestört worden; sie hatte keine Kopfschmerzen beim Erwachen, noch klagte sie über sonstige Beschwerden.

Dieselbe Patientin erhielt noch einige Male 1·0—1·5 *gr* Trional, jedesmal mit nahezu demselben Erfolge wie nach der ersten Dosis.

Fall III. Patientin, 25 Jahre alt, leidet an Erosionen des Muttermundes, Endometritis und Oophoritis, dazu ist dieselbe sehr melancholisch, fühlt sich unglücklich, wälzt sich Nachts hin und her, stöhnt fortwährend vor Schmerzen und schläft keine Stunde.

Sie erhielt wiederholt Codein, auch Chloralhydrat, ohne dass dadurch eine bedeutende Schmerzlinderung und ein längerer Schlaf erfolgte.

5. Februar 1893. Abends 9$^1/_2$ Uhr erhielt Patientin 1·5 *gr* Trional mit einer Tasse Thee. Nach 20 Minuten ist sie eingeschlafen und erwachte Morgens gegen 9 Uhr. Patientin war erfreut über die vorzügliche Nachtruhe und über bedeutenden Nachlass der Schmerzen. Anfangs klagte sie etwas über Müdigkeit und Schlaflosigkeit und war sehr empfindlich gegen Geräusche, Erscheinungen, die bald nach Einnahme des Frühstücks schwanden.

6. Februar. Patientin hat ohne Trional sechs Stunden ruhig geschlafen und fühlt sich wohler. Späterhin erhielt sie noch verschiedentlich 1·0 *gr* Trional stets mit gutem Erfolge.

Fall IV. Patientin, 38 Jahre alt, leidet seit Jahren an Hysterie. In der letzten Zeit war dieselbe sehr unruhig, tobte und lärmte Nachts.

9. Februar 1893. Abends 9 Uhr erhielt sie 2 *gr* Trional mit einer Tasse Thee. Gegen $^1/_2$10 Uhr wurde sie ruhiger, schlief um 11 Uhr ein und erwachte erst andern Morgens $^1/_2$8 Uhr; sie klagte dann über Duseligkeit und Sausen im Kopfe; den Tag über war sie ziemlich ruhig und schlief Nachmittags 2 Stunden lang.

10. Februar. Patientin hat während der Nacht wiederholt geschlafen und hat sich vollkommen ruhig verhalten.

12. Februar. Patientin verweigert die Einnahme des Pulvers und erhält gegen $^1/_2$10 Uhr Abends, angeblich einer Verhaltung des Stuhles wegen, 2 *gr* Trional durch Klysma. Sie schlief ein gegen 11 Uhr und erwachte 7 Uhr Morgens ohne über Beschwerden zu klagen.

Fall V. Patientin, 42 Jahre alt, leidet an chronischer Metritis; sie ist durch ihre Krankheit sehr heruntergekommen und schläft Nachts wenig.

15. April 1892. Abends 0·5 *gr* Trional mit einer Tasse warmer Milch.

Patientin hat wärend der Nacht gut geschlafen und hat keinerlei Neben- oder Nachwirkungen verspürt. Spätere Versuche bei derselben mit Trional waren ebenfalls von gutem Erfolge.

Fall VI. Patientin, 75 Jahre alt, leidet seit vielen Jahren an hochgradigem Asthma. In der letzten Zeit sind Oedeme aufgetreten und sie kann das Bett nicht mehr verlassen. Nachts findet sie trotz Einnahme von Sulfonal keinen Schlaf.

15. März 1892. Gestern Abends $^1/_2$8 Uhr erhielt Patientin 1·0 *gr* Trional mit einer Tasse warmer Milch. Sie hat während der Nacht vortrefflich geschlafen, tagsüber verspürte sie noch einiges aber nicht sehr lästiges Schlafbedürfniss.

15. April. Die Patientin hat seither sonst regelmässig einen um den anderen Tag 1·0 *gr* Trional genommen, jedesmal mit dem gleich guten Erfolge.

Fall VII. Patientin, 65 Jahre alt, leidet an Morbus Basedowii.

In den letzten Wochen hat Patientin sehr schlechte Nächte gehabt, sie hat oft nur wenige Stunden geschlafen und besonders stark an Herzklopfen und Kongestionen zum Kopfe gelitten. Morphium und Opium verträgt Patientin nicht, Brom hat sie lange Zeit hindurch genommen, nützt ihr aber jetzt nicht mehr.

27. Juli 1892. Patientin erhielt Abends 8 Uhr 1·0 *gr* Trional mit einer Tasse warmer Milch. Schon eine halbe Stunde nachher trat Bedürfniss zum Schlafen ein; Patientin legte sich zu Bett und schlief die Nacht hindurch ausgezeichnet. Morgens war dieselbe noch etwas schläfrig, jedoch nach reichlichem Frühstück war sie wieder vollkommen munter.

1. November. Patientin hat in der Zwischenzeit noch einige Male wegen Schlaflosigkeit Trional genommen und war jedesmal mit der Wirkung des Mittels zufrieden.

Fall VIII. Patient, 50 Jahre alt, leidet an vitium cordis (Insufficienz und Stenose der Mitralis). Wenn die Kompensationsstörungen beginnen, ist eines der lästigsten Symptome die Schlaflosigkeit. Der Patient hat einige Male 1—2 *gr* Sulfonal genommen, jedoch es war ihm die spät eintretende Wirkung und die lang dauernde Nachwirkung unangenehm.

10. November 1892. Gestern Abends $^1/_2$8 Uhr erhielt Patient 1·0 *gr* Trional mit einer Tasse warmer Milch. Patient hat die Nacht hindurch sehr gut geschlafen und empfand keinerlei unangenehme Neben- oder Nachwirkungen.

12. November. In der vorigen Nacht hat Patient kein Schlafmittel genommen und in Folge dessen wieder eine schlechte Nacht gehabt. Am 11. Abends $^1/_2$8 Uhr, erhielt er wiederum 1·0 Trional; er schlief bald darauf ein, jedoch er wurde während der Nacht sehr oft durch schwere Träume geweckt und gerieth in halbwachem Zustande in eine heftige Erregung und schrie laut auf. Patient weigerte sich weiterhin Trional zu nehmen.

Fall IX. Patientin, 24 Jahre alt, sehr nervös, hat öfter Gelenksrheumatismus durchgemacht und hat in letzter Zeit wieder grosse Beschwerden; auch wird sie in den letzten Tagen von Kopfschmerzen geplagt und hat seit fünf Nächten fast gar nicht geschlafen.

27. November 1892. Patientin erhielt Abends 8 Uhr 1·0 Trional und trank hinterher eine Tasse kalter Milch.

28. November. Patientin hatte von 9—2 Uhr gut geschlafen, wachte dann auf und bekam heftige Erregung und starkes Herzklopfen; ein weiteres Einschlafen war ihr nicht mehr möglich.

29. November. Abends 8 Uhr wurde 1·5 Trional in «warmer» Milch genommen. Schon kurze Zeit nachher trat

Schlafbedürfniss ein, Patientin musste sich zu Bett legen und hat die ganze Nacht hindurch bis 7 Uhr Morgens geschlafen. Später spürte sie noch Bedürfniss zum Schlafen, welches sie jedoch leicht überwinden konnte. Nebenerscheinungen wurden sonst nicht beobachtet.

(Schluss folgt.)

Ueber subphrenische Abscesse.

Von

Dr. S. J. Meltzer.*)

Der Meister der physikalischen Diagnostik, WINTRICH [1]), war ungefähr der erste, der anstatt eines lufthältigen subphrenischen Abscesses einen Pyopneumothorax diagnosticirte.

«Ich stellte die falsche Diagnose», sagte er, «weil ich mich zu viel auf die physikalischen Zeichen verlassen hatte.» — Mittelst der physikalischen Zeichen können wir feststellen, dass Flüssigkeit, sei es mit Luft gemengt oder ohne Luft, in einer Höhle innerhalb des Thorax eingeschlossen sei, aber wir können uns kaum auf dieselben verlassen, wenn es sich darum handelt, die Entscheidung zu treffen, ob die Flüssigkeit oberhalb oder unterhalb des Diaphragmas gelegen sei.

Die Erfahrung hat uns darüber belehrt, dass dieser bewegliche Theil, in Folge einer Eiteransammlung unterhalb desselben, hoch in den Thoraxraum hinaufgedrängt werden kann, und dass auf diese Art ein Empyem oder ein Pyopneumothorax vorgetäuscht werden kann. Um zu einer korrekten Diagnose zu gelangen, sind wir gezwungen, viele andere Momente in Erwägung zu ziehen und es scheint die allgemein acceptirte Ansicht zu sein, dass es hauptsächlich die Aetiologie sei, die zwischen Empyem und einer Ansammlung von Eiter unterhalb des Zwerchfells entscheiden lässt. — LEYDEN [2]), dessen klassischer Studie über die klinischen Erscheinungen des subphrenischen Abscesses wir unser Hauptwissen über diesen Gegenstand verdanken, führt unter Anderem aus, dass, wenn wir es mit einem Patienten zu thun haben, der die Symptome eines Ergusses in den Thoraxraum darbietet, bei dem aber während der Krankheit, oder wenigstens zu Beginn der Krankheit gar kein Husten oder irgend welche andere Zeichen, die auf eine Affektion innerhalb des Brustraumes hingewiesen haben würden, bestanden haben, und wenn andererseits dem in Rede stehenden Leiden Störungen in den Bauchorganen vorangegangen waren, wir dazu berechtigt seien, den Erguss als einen subphrenischen Abscess zu diagnosticiren. — Diese Angabe involvirt natürlich die Thatsache, dass die primären Ursachen, die zur Entstehung eines subphrenischen Abscesses — der immer sekundärer Natur ist — Veranlassung geben, ausschliesslich innerhalb der Bauchhöhle gelegen seien. LEYDEN dienten als Substrat für seine diesbezüglichen diagnostischen Angaben nur 10 Fälle. Seit damals hat sich die Zahl der mitgetheilten Fälle von subphrenischem Abscess zum Mindesten auf das Zehnfache vermehrt. Einige der diagnostischen Merkmale, die von LEYDEN aufgestellt worden waren, sind nicht bestätigt worden, aber es scheint eine Uebereinstimmung der Ansichten über den hohen Werth der Aetiologie in der Diagnose des subphrenischen Abscesses zu bestehen.

Es ist nicht meine Absicht, diesen ätiologischen Werth bei der Diagnose der subphrenischen Abscesse in Abrede zu stellen, aber es dünkt mir, dass das unumschränkte Vertrauen zur Aetiologie ebenso wie das unbedingte Vertrauen zu den physikalischen Zeichen in dem einen oder anderen Falle zu einer falschen Diagnose führen müsse. Meine Einwände gegen die unbedingte Zuversicht zur Aetiologie bei der Differentialdiagnose zwischen Empyem und subphrenischem Abscess sind zwiefacher Natur. In erster Linie kommt hier der Umstand in Betracht, dass es einige Fälle von subphrenischem Abscess gibt, in denen die primäre Ursache in dem Raume oberhalb des Zwerchfells gelegen ist. Zweitens gibt es Fälle von intrapleuralem Erguss, deren Anamnese ausschliesslich und ganz ausgesprochen die Bauchorgane betrifft. Meine Aufmerksamkeit wurde auf diese Ausnahmen durch die Beobachtung eines Falles der erstgenannten Art gelenkt. Lobäre Pneumonie war der Vorläufer des subphrenischen Abscesses.

Gestatten Sie mir, Ihnen diesen Fall in Kürze mitzutheilen.

Alfred A., ein bis dahin vollkommen gesundes Kind im Alter von 26 Monaten, erkrankte unter hohem Fieber. Der Beginn war ein ganz plötzlicher. In den ersten 5 Tagen fanden sich nur allgemeine Symptome, welche gewöhnlich hohes Fieber zu begleiten pflegen.

Das Fieber hatte den Charakter einer Continua — 105° F. Morgentemperatur; Puls 130; Respirationen 32 ohne irgend welche charakteristische Merkmale. — Kein Husten. — Am sechsten Krankheitstage machten sich Zeichen einer pneumonischen Infiltration geltend, und zwar innerhalb eines kleinen Bezirkes unterhalb der rechten Clavicula. Es bestanden dumpfer Percussionsschall, Bronchialathmen und Bronchophonie.

Am neunten Tage waren dieselben physikalischen Symptome auf dem Rücken und in der Fossa supraspinata dextra zu beobachten. Weder auf dem Rücken noch auf der Brustseite hatten die Zeichen der Infiltration nach abwärts zugenommen.

Das pneumonische Fieber schwand allmälig auf dem Wege der Lysis, und zwar begann der Abfall der Temperatur am 14. und endigte am 16. Krankheitstage. — In den nächsten zehn Tagen bestand kein Fieber mehr, und das Kind schien zu genesen, obgleich die Lösung in den infiltrirten Partien der Lungen einen protrahirten Verlauf zu nehmen schien.

Am 27. Tage stieg das Fieber plötzlich wieder hoch an und die Ursache dieses neuen Fieberanstieges konnte deutlich am folgenden Tage wahrgenommen werden; es war nämlich eine ausgesprochene pneumonische Infiltration in dem unteren Lappen der rechten Lunge vorhanden. In dem Bezirke unterhalb der rechten Scapula war mässige Dämpfung, deutliches Bronchialathmen, Bronchophonie, Aegophonie und eine ausgesprochene Verstärkung des Stimmfremitus vorhanden. Der neue pneumonische Anfall endigte mit einer Krise am fünften Tage oder am zweiunddreissigsten Tage der ganzen Krankheitszeit — In den drei darauffolgenden Tagen schien das Kind sich in einem normalen Zustande zu befinden. Am vierten Tage jedoch machte sich ein neuer Krankheitszustand geltend. Das Kind wurde unruhig, klagte über Schmerzen, indem es zu wiederholten Malen auf eine Stelle im rechten Hypochondrium hinzeigte, und scheute sich vor irgend welcher Bewegung. — Die Zunge bekam abermals einen Belag und der Körper bedeckte sich oft mit Schweiss.

Die Temperatur erhob sich auf 105° F. in den Abendstunden, während des Morgens eine vollständige Remission der Temperatur bestanden hatte. Die Milz war mässig geschwollen und die Leber konnte unter dem Rippenbogen gefühlt werden. — Die Dämpfung, welche früher unterhalb der rechten Scapula bestanden hatte, schwand in der oberen diesbezüglichen Partie, während sie sich in der unteren Partie in einen vollkommen leeren Schall umgewandelt hatte.

Hier konnte man weder Respirationsgeräusche noch einen Stimmfremitus wahrnehmen. Am sechsten Tage, vom neuen Krankheitszustande an gerechnet (dem zweiundvierzigsten Tage der ganzen Krankeit), nahm ich eine Explorativpunktion in der Gegend des rechten Intercostalraumes vor, und es entleerte sich ein geruchloser Eiter. Da die Diagnose auf Empyem auf diese Art anscheinend sicher festzustehen schien, so wurde eine chirurgische Behandlung eingeleitet. — Am folgenden Tage, dem 43. Tage der ganzen Krankheitszeit, nachdem ich eine ausgiebige Incision entlang der 8. Rippe gemacht hatte, und zwar von der mittleren Axillarlinie nach rückwärts, entfernte ich ein $1^1/_2$ Zoll langes Stück der Rippe.

*) Vortrag, gehalten in der achten Jahresversammlung der «Association of American Physicians» am 1. Juni 1893. — Mitgetheilt von Léon LEIBOWITZ.

[1]) WINTRICH, VIRCHOW's Handbuch der speziellen Pathologie.

[2]) E. LEYDEN. Ueber Pyopneumothorax subphrenicus. Zeitschrift für klinische Medizin. Bd. I., pag. 320.

Bevor ich die Pleura eröffnet hatte, machte ich eine zweite Explorationspunktion und entleerte wieder Eiter. Nachdem ich jedoch die Pleura eröffnet hatte, war ich sehr überrascht, wenig Eiter in der Pleurahöhle zu finden. Die ganze Quantität betrug kaum mehr als einen halben Theelöffel. Die Oeffnung war gross genug, damit ich sehen konnte, wie das ganz fixirte und ausgebauchte Diaphragma in den Brustraum hineinragte. Die Exploration mit dem Finger ergab, dass die Lunge nicht collabirt war, da die Zwerchfellseite des unteren Lappens offenbar noch immer bis zu einem gewissen Grade infiltrirt war; es waren weder Adhäsionen noch ein eingekapseltes Empyem vorhanden, aber man konnte auf dem ganzen Diaphragma eine deutliche Fluktuation fühlen; mit einem Worte, ich hatte es mit einem subphrenischen Abscess zu thun.

Nach genauer Untersuchung entdeckte ich in dem Diaphragma eine sehr kleine Perforation von Stecknadelkopfgrösse, die in den Abscess hineinführte. Die Oeffnung war dicht an der neunten Rippe in der hintern Axillarlinie. Offenbar hatten durch diese Oeffnung einige Tropfen Eiter ihren Weg in die Pleurahöhle gefunden. Ich dilatirte hierauf die Oeffnung, führte einen dicken Gummischlauch in die Abscesshöhle ein, und indem ich das Diaphragma massirte, gelang es mir, allen Eiter durch den Schlauch zu entleeren, indem ch auf diese Art einem Eindringen des Eiters in die Pleurahöhle vorbeugte.

Durch die Digitaluntersuchung der Abscesshöhle konnte ich feststellen, dass in der Nachbarschaft eiterleere Taschen vorhanden waren, und dass die Oberfläche der Leber ganz glatt war. Die Abscesshöhle schien auf allen Seiten durch feste Adhäsionen geschlossen zu sein. Ich wusch dann sowohl die Pleura- als auch die Abscesshöhle aus und am fünften Tage war die Oeffnung, die in den Abscess hineinführte, vollständig geschlossen und es war deutliches Vesiculärathmen mit gar keinen Zeichen von Pneumothorax vorhanden.

Die Drainageröhre unterhalb des Diaphragmas entfernte ich nicht während eines Zeitraumes von ungefähr drei Wochen, indem ich befürchtete, dass schliesslich ein zweiter Abscess in der Nähe des ersten verborgen sein könnte. Der Grund für diesen Verdacht war die Fortdauer des Fiebers. In den ersten drei Tagen nach der Operation nahm das Fieber sogar einen kontinuirlichen Charakter an, und es bestand eine Temperatur von 104° F. in den Morgenstunden. — Am vierten Tage machte sich wieder das frühere hektische Stadium geltend; in den Morgenstunden betrug die Temperatur 105° F., in den Abendstunden und am Morgen war eine vollständige Remission zu beobachten. Keine physikalischen Zeichen deuteten die Anwesenheit einer anderen Eiteransammlung an; der Schmerz schwand, die Leber kehrte auf ihr normales Volumen zurück, und nur die Milz blieb bis zu einem gewissen Grade vergrössert. Indem ich nun an die Fälle dachte, in welchen ich beim hartnäckigen hektischen Fieber nach Pneumonie mit grossen Dosen Chinin einen guten Erfolg erzielt hatte, nahm ich auch in diesem Falle meine Zuflucht zu diesem Mittel. Das Resultat war ein überraschendes; nachdem ich während zweier Tage 15 Gran Chinin täglich gebraucht hatte, schwand das Fieber und das Kind genas schnell.

Ich brauche kaum hinzuzufügen, dass die Möglichkeit besteht, dass die schnelle Genesung und das Verabreichen von Chinin nur ein Coincidens waren.

In dem Falle von subphrenischen Abscess, der von MONASTYRSKI[3]) erfolgreich operirt worden war, dauerte das Fieber noch einige Zeit an, schwand aber dann ohne irgend welche Medikation. — Zweiundzwanzig Tage nach der Operation war die Wunde geheilt und das Kind befand sich nun nach jeder Richtung in einem normalen Zustande. — Die ganze Krankheit währte 65 Tage.

(Fortsetzung folgt.)

[3]) MONASTYRSKI. St. Petersburger Medizinische Wochenschrift. 1889, pag. 53.

Med. Klinik des Prof. De Giovanni in Padua.

Gegen die chirurgische Behandlung der Neurosen.

Von **Prof. Dr. Achille De Giovanni.***)

(Fortsetzung.)

Wenn daher ein hysterisches Individuum, männlichen oder weiblichen Geschlechts, zu mir kommt und angibt, ausser an neurotischen Störungen, an dieser oder jener Affektion des Genitalapparates zu leiden, so werde ich ihm sagen: Nicht hier ist Ihre Krankheit lokalisirt, sondern in diesen Organen gibt sich nur die Funktionsanomalie des Nervensystems kund; die therapeutischen Bestrebungen dürfen nicht gegen diese Organe gerichtet sein, sondern auf die Cerebro-Spinalaxe und den gesammten Organismus, auf alle Funktionen sich ausdehnen, die den Innervationszustand zu bessern vermögen.

Durch diese Auffassung der Verhältnisse wird es uns möglich sein, die richtige Erkenntniss über die Neurosen im Allgemeinen, insbesondere über jene zu gewinnen, die unter dem Namen der Hysterie bekannt sind.

Ich vertheidige seit Jahren diese Ansicht, wofür ich mir den Spott Derjenigen zuzog, die, der Mode folgend, mittelst eines operativen Eingriffs eine Neurose behandeln zu müssen glaubten, für die ich eine ganz andere Behandlung proponirte. Heute aber, da die Statistik neues Licht gebracht und neue und deutlich sprechende Thatsachen vorliegen, fühle ich mich gedrungen, von neuem meine Stimme zu erheben und lauter als je auszurufen: «Meine Herren, das Studium der Neurosen war bisher, namentlich in therapeutischer Beziehung, sehr dürftig und ungenau, ich möchte fast sagen: monströs — denn wie es morphologische Abnormitäten des menschlichen Hirns gibt, so gibt es auch Verirrungen des Geistes. Und wie sollen wir die therapeutische Verirrung nennen, die eine Folge davon war? Wir wollen sie nur eine therapeutische Intemperanz nennen, wiewohl in uns, nach genauer Prüfung sämmtlicher wissenschaftlicher und praktischer Umstände, eine Ueberzeugung herangereift ist, die zu einem wohl strengeren Urtheil berechtigen würde.»

Ich erhebe keine persönlichen Anklagen und berücksichtige die Kunst allein, die unpersönlich ist. Aber wenn man gegenüber den Erscheinungn des Hypnotismus, in Anbetracht der Möglichkeit, dass der Hypnotisirte durch Suggestion, zum Schaden der eigenen Söhne und Verwandten und zum Vortheil von Personen, die bar jeden Rechtstitels sind, testamentarische Urkunden zu unterschreiben, oder zur Mittheilung von eigenen oder Anderer Geheimnissen veranlasst werden kann, wenn man, sage ich, gegen diese Ausschreitungen und Missbräuche des Hypnotismus in Italien sowohl, als auch auswärts Gesetze vorgeschlagen hat, um die Manipulationen der Hypnotiseure auf die Bahnen des Rechtes zu verweisen, warum ist man auch nicht gegen die Schrankenlosigkeit der antineurotischen Behandlung vorgegangen, gegen jene Handlungen, die ich nur **ungehörige Verstümmlungen des menschlichen Körpers** nennen will, die den Menschen um einen wichtigen Theil seiner individuellen Persönlichkeit berauben?

Glauben Sie denn, meine Herren, dass mehr Verbrechen durch hypnotisirende Individuen oder durch Hypnotisirte (die demnach dazu vermittelst der hypnotischen Suggestion veranlasst wurden) begangen worden seien, als es Frauen gibt, die man ohne Nutzen, ja oft mit schweren Folgen an ihrem Genitalapparate verstümmelt hat? Es sind unglückliche Geschöpfe diese Frauen, die geschlechtlos gemacht wurden, und die von irgend einem berühmten Chirurgen nach einer «brillant gelungenen Operation» entlassen wurden, die jedoch der Arzt mitleidig empfängt, denn nach einem kurzen Intervalle haben sich die ursprünglichen Leiden im gleichen oder veränderten Masse wieder eingestellt. Diesen unglücklichen Frauen wird im

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 27, 1893.

Brusttone der Ueberzeugung versichert, «dass der Chirurg seiner Aufgabe nach seinem besten Wissen und gewissenhaft nachgekommen ist, dass mit der Operation das Fundament der Behandlung gelegt worden sei, und dass nun nichts Anderes übrig bleibe, als darauf den anderen Theil der Behandlung, die ärztliche Behandlung durchzuführen»! Trotz dieser Ueberzeugung ist aber die Thatsache die, dass die Neurose fortbesteht, und gegenüber dem abgegebenen Heilungsversprechen ist ganz belanglos die Modifikation, die jene erfahren haben mag. In der Folge wird auch die Neurose heilen können; dies geschieht jedoch durchaus nicht — und das muss namentlich betont werden — in Folge der Einwirkung der chirurgischen Behandlung, oft auch nicht durch Einwirkung von Arzneien, wohl aber in Folge anderer Einflüsse (Hygiene, veränderte Lebensverhältnisse, Naturheilkraft), die eine günstige Transformirung des kranken Organismus herbeiführen können.

Vergessen wir niemals, dass die Neurose ein konstitutionelles Leiden ist. Hierin — ich kann es wohl ohne Ueberhebung aussprechen — besitze ich eine ziemlich grosse Erfahrung. Ich könnte Namen nennen, ich könnte höchst traurige Dinge erzählen, könnte von den seelischen Qualen und der Verzweiflung so mancher Mädchen erzählen, die sich zurückgestossen und ganz verlassen auf dieser Welt fühlen, da ihnen jede Hoffnung benommen ist, den Bräutigam glücklich zu machen, und bei der Aussicht auf die Freuden der Ehe, ja auf diese überhaupt verzichten zu müssen! Besser noch die furchtbarsten physischen Schmerzen ausstehen, als die Hoffnung, Mutter zu werden, aufzugeben!

Beurtheilen Sie, meine Herren, die Folgen der Manipulationen eines indiskreten Hypnotiseurs und die Folgen der Mutilation der Organe eines Weibes: die einen und die anderen werden gleich bedauerlich sein, aber warum wurden bisher nicht, um letztere hintanzuhalten, geeignete Massregeln ergriffen?

Ich habe zwar im Grunde nichts dagegen, dass man sagt, es gebe Frauen, die in Folge eines operativen Eingriffes geheilt wurden. Es sind Fälle bekannt, in denen die Neurose auch durch den Testikelschnitt eine Transformation erfuhr. Etwas Anderes ist es jedoch, wenn wir jene Frauen in der Intimität ihres Nervenlebens näher prüfen und sie fragen, was sie früher waren und was sie jetzt sind. Ich will von jener Kategorie von Frauen absehen, die, da sie an wirklichen Läsionen des Genitalapparates leiden (Tuberkulose, Tumoren etc.), nach überstandener Operation erklären, sich wohl zu fühlen und von ihren früheren furchtbaren Schmerzen befreit zu sein. Hinsichtlich dieser Kategorie von Fällen zolle auch ich Beifall der chirurgischen Intervention. Aber ich blicke mit tiefem Mitleid auf eine andere Kategorie von Frauen, die auch behaupten durch die Operation geheilt worden zu sein und über das erreichte Resultat ganz zufrieden sind. Diesen Frauen rufe ich zu: «Der Grund Euerer Heilung ist wohl ein anderer!» Und diese Frauen, die ihres Uterus und ihrer Ovarien beraubt sind und erklären, sich gut zu befinden, möchte ich fragen, ob nicht ihre Heilung auch ohne Operation erfolgt wäre? Sie werden sicher mit einem «nein» darauf antworten, denn so wurde es ihnen gesagt und von dieser oder jener chirurgischen Koryphäe vor der Operation feierlichst «bewiesen» — womit der erste Akt der Suggestion vollzogen wurde, die man anwendet, um bei jenen Frauen auf den Verlauf ihrer Neurose Einfluss zu nehmen.

Ausser den Fällen, die fast täglich in den Journalen veröffentlicht werden, ist mir das Beispiel eines meiner Schüler, des Dr. Sordina aus Castelfranco, bekannt, der eine Frau von ihren vielfachen hysterischen Beschwerden mittelst fingirten operativen Eingriffes befreite, der von der Patientin wiederholt verlangt wurde, da sie denselben als äusserstes aber unfehlbares Mittel gegen ihr Leiden betrachtete. Diese Thatsachen dürfen uns jedoch gar nicht überraschen. Es ist ja bekannt, dass Epileptiker in Folge einer starken Gemüthsbewegung heilten, dass schwere Neurosen durch einen starken Eindruck auf das Seelenleben eine tiefgreifende Modifikation erfuhren. Ich entsinne mich des Falles einer Patientin aus meiner Klinik, die an einer ausgesprochenen Neurose litt, welche die verschiedensten Formen annahm, so dass Patientin aus einem Zustande von Marasmus zu einem Zustande von Polysarcie mit hochgradiger Hypochondrie gelangt war. Alle dagegen angewandten Kuren halfen nichts. Man hätte vielleicht zu einer Operation seine Zuflucht nehmen können? Ein merkwürdiger Umstand jedoch brachte sie zur Heilung: Die brutale Behandlung von Seiten ihres Gemahls, der sie häufig schlug! Ich will ja damit nicht sagen, dass dies auch eine Behandlungsmethode sei, ich erzähle nur das Geschehniss der Thatsache!

Entsteht nun nicht auch in Ihnen der Zweifel, dass auch jene Frauen, die ihrer Geschlechtsorgane beraubt sind und die sich als geheilt erachten, es in der That nur auf Grund dieses anderen, Ihnen bereits geschilderten Verfahrens sind, das einestheils suggestiv, anderntheils auf das Nervensystem modificirend wirkt. Wer versichert mir, das es gerade das Mittel ist, das wir verabreichen, welches ein nervöses Symptom verschwinden macht?

Wir haben endlich eine letzte Kategorie von Frauen, die nach überstandener Operation vom Regen in die Traufe kommen, denen das Leben eine wirkliche Qual ist und für die kein Heilmittel existirt. Die Beispiele dieser Kategorie bilden schon eine imposante Ziffer. Aus meiner Klinik selbst könnte ich mehrere solcher Fälle anführen, wovon auch Ihnen einige bekannt sind.

Ich verfüge über Beispiele, die sich auf nicht erreichte Heilungen und auf überstürzte Diagnosen beziehen. Was das erstere anlangt, so braucht man nur darüber mit Jemandem zu reden, der viele Bekanntschaften insbesondere in den sogenannten höheren Gesellschaftskreisen hat. Hier werden unisono die schwersten Anklagen und die heftigsten Vorwürfe erhoben, dass selbst die Widerspänstigsten anderer Ueberzeugung werden müssen.

Für ein Fräulein, das an lebhaften neurotischen Beschwerden litt, wurden an einer Klinik 6000 Lire gezahlt. Nachdem die Bedauernswerthe arg verstümmelt wurde, fühlte sie sich eine Zeit lang wohl, bald traten aber so schwere Erscheinungen an den Tag, dass die Operirte in eine Heilanstalt für Geistesgestörte gebracht werden musste. Sie wurde später aus dieser Anstalt als «gebessert» entlassen, die ursprüngliche Neurose stellte sich jedoch mit noch grösserer Intensität wieder ein, und dann wurde die Patientin an mich gewiesen, damit ich das Suggestionswerk zu Ende führe....

Schliesst nicht etwa das eben angeführte Beispiel ein Faktum von der schwerwiegendsten Bedeutung in sich? Freilich könnte mir Mancher darauf antworten, dass dasselbe vom socialen Standpunkte eigentlich bedeutungslos sei, insoferne als heute das Individuum gegenüber den ungeheueren Menschenmassen füglich verschwindet, dass im Grunde genommen das einzelne Individuum wohl dazu beitragen könne, den Schatz der Erfahrungen in der Kunst, die der Allgemeinheit dienen muss, zu bereichern.... Es ist aber nicht minder wahr, dass die Rechte des Einzelnen geschützt werden müssen. Und speziell wir Aerzte, wenn wir gerufen werden, um einem Kranken unsere Hilfe angedeihen zu lassen, können nur dann uns zu einem Versuche hergeben, wenn derselbe, ohne schwere Folgen zu verursachen, ausgeführt werden kann, denn unsere Pflicht ist, den Körper gesund zu machen und gewissenhaft den Grundsatz zu befolgen, wonach die Grundlage zu einem physischen und moralischen Wohlergehen in einer Harmonie sämmtlicher Funktionen besteht, und unser Wirken darf niemals aufhören, ein epikureisches im höchsten philosophischen Sinne zu sein!

(Schluss folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

V. Versammlung der gynäkologischen Gesellschaft zu Breslau.

Vom 25.—27. Mai 1893.

H. Fehling: *Die Blase in der Schwangerschaft und Geburt. Ein Beitrag zur Cervixfrage.*

Seit den Untersuchungen SCHRÖDER's und seiner Schule ist eine gewisse Beruhigung in der zuvor so lebhaft diskutirten Cervixfrage eingetreten. Die Ergebnisse derselben, dass der Cervix sich nur ganz ausnahmsweise in der letzten Zeit der Schwangerschaft entfaltet, können denjenigen nicht befriedigen, der gewohnt ist, zahlreiche Untersuchungen an denselben Schwangeren vorzunehmen und die schriftlich niedergelegten Befunde später zu vergleichen. Ebenso wenig stimmt, dass der innere Muttermund in der Regel am Ende der Schwangerschaft so völlig geschlossen sei, dass der Finger nicht ohne Weiters durchdringen kann und dass der äussere Muttermund bei Erstgebärenden in der Regel geschlossen sei. Auch die Anschauungen über den sogenannten Kontraktionsring bedürfen mehrfacher Korrektur.

Die Forschungswege sind bekannt; die anatomische Untersuchung der gebärenden und puerperalen Uteri, der Gefrierschnitt und die klinische Untersuchung haben dazu gedient, Aufklärung zu geben. Ich habe die letztere wieder hervorgesucht, indem ich durch das Studium der Blasenfüllung Schlüsse auf das Verhalten des Cervix zu ziehen suchte.

Schon die Erlebnisse der Gefrierschnitte fordern hierzu auf und die anatomischen Befestigungen der Blase und Urethra in ihrer Beziehung zum Becken und Cervix zeigen die Möglichkeit gewisser Ergebnisse.

Ich nahm zu diesem Zweck Füllungen der Blase in verschiedenen Zeiten der Schwangerschaft und im Beginn der Eröffnungszeit vor, allerdings zu anderen Zwecken als H. CROOM, der wesentlich den intravesikalen Druck und seine Beziehung zum intrauterinen studiren wollte. Die Füllungen wechselnd von 200—1000 *ccm* zeigten die bekannte Abnahme der Kapacität der Blase in der Schwangerschaft, bestätigten die schon von BARKOW, CROOM, u. A. gefundene Asymmetrie der Blase beim Weibe.

Während nun bei den Gefrierschnitten in der Schwangerschaft die Blase tief im Becken liegt, in den Geburtsfällen so bei BRAUNE, CHIARI und CHIARA hoch über das kleine Becken emporgezogen ist, beobachtet man bei der Blasenfüllung ein langsames in die Höhe steigen in den letzten Monaten und Wochen der Schwangerschaft. Bei Nichtschwangeren, ebenso bei solchen in den ersten Monaten, bleibt die Harnblase auch bei stärkerer Füllung völlig im kleinen Becken.

Am einfachsten sind die Verhältnisse bei dem allmählig in den letzten Wochen der Schwangerschaft erfolgenden Eintritt des Kopfes in das Becken Erstgebärender. Zuvor ist, wie bei Nichtschwangeren die Blase ganz im Becken, wie dies CROOM fälschlich noch für das Ende der Gravidität zeichnet. Allmählich steigt bei gleichbleibender Füllung die obere Blasengrenze in die Höhe, bis zu 16 *cm* über den oberen Symphysenrand; Vaginalportion, Anfangs noch in normaler Länge erhalten, wird weicher, verkürzt sich, bis schliesslich die Entfernung vom Os. ext. zum vorliegenden Kopf nur noch $^1/_2$ cm beträgt. Auch beim Hochbleiben des Kopfes finden sich ähnliche Ergebnisse, nur nicht so ausgesprochen. Oft findet man schon in der Schwangerschaft wie in der Geburt die mässig gefüllte Blase an ihrer oberen Grenze sich durch eine Furche vom Uterus abheben, was fälschlich von Vielen als Kontraktionsring gedeutet wird.

Uebrigens findet sich auch bei Mehrgebärenden in den letzten Wochen der Schwangerschaft mindestens in der Hälfte der Fälle ein langsames Höherrücken der Blase unter Verkürzung des tastbaren Theils der Portio; Schwankungen des Höhestandes von 4—20 *cm* kommen hier vor.

Bei der Blasenfüllung macht man nun weiter folgende Beobachtungen: So lange noch ein Theil der Blase im Becken steht, wird die Vaginalportion hierbei immer stark verschoben, nach hinten und oben, meist nach links, ein Beweis, dass noch eine feste Verbindung zwischen Blasengrund und vorderer Cervixwand besteht und die Blase nicht einfach in dem lockeren Zellgewebe zwischen Peritoneum und Uterus am letzteren in die Höhe steigt, wie HOFMEIER meint. Zweitens wird hierbei gewöhnlich der vorliegende Theil in die Höhe geschoben; die Blase steigt also nicht in die Höhe, weil sie durch den vorliegenden Theil gehindert ist im Becken zu bleiben, im Gegentheil, sie drängt neben dem Höhersteigen denselben heraus, meist zur Seite, theils nach der Rücken-, theils nach der Bauchseite der Frucht hin.

Erst ganz gegen Ende der Schwangerschaft kommt ein Zeitpunkt, wo der Kopf feststehen bleibt und der Rest der Vaginalportion seine Stelle nicht mehr ändert, dann ist der grösste Theil des Cervix entfaltet und jetzt ist bei der Blasenfüllung kein Segment mehr im Becken, die ganze Blase ist abdominell geworden. Ganz dasselbe Verhalten beobachtet man in der Eröffnungszeit, sowohl bei unzeitiger, als bei rechtzeitiger Geburt. Endlich macht man nicht selten die interessante Beobachtnng, dass, wenn die Blasenfüllung den Kopf in die Höhe schiebt, der Cervix wieder länger wird, oder eine vorher verstrichene Vaginalportion plötzlich wieder zu fühlen ist. Wäre das Verstreichen der Portio nur ein scheinbares, wie frühere Autoren meinten, so dürfte, da die volle Blase oft noch tiefer liegt als zuvor der Kopf, dies nicht eintreten; das Längerwerden des Cervix nach Empordrängen des Kopfes beweist, dass derselbe durch den Kopf entfaltet war, wie es die Fruchtblase in der Geburt thut.

Die Ergebnisse dieser experimentellen Untersuchung sprechen für die von BANDL, BAYER, KÜSTNER u. A. vertretene Anschauung der Entfaltung des Cervix in der Schwangerschaft. Sie geben ferner den praktischen Fingerzeig der Bedeutung der Blasenentleerung für das Tiefertreten des Kopfes und der Schultern, denn eine Füllung von 300—400 *ccm* kann bei nicht fixirtem Kopfe aus der Schädellage eine Schieflage machen. Endlich ist der diagnostische Werth der Blasenfüllung kein kleiner; wir haben daraus gelernt, noch schärfer als bisher, je nach dem in die Höhesteigen der Blase den Zeitpunkt der Schwangerschaft und der bevorstehenden Geburt anzugeben. (Vom Autor eingesandter Separatabdruck.)

* * *

Schauta (Wien): *Fortsetzung der Diskussion über die Adnexoperationen.**)

GOTTSCHALK (Berlin) ist im Princip für die Bauchhöhlenoperationen. Er spricht sich für die Beckenhochlagerung aus und gegen die Punktion zur Eiteruntersuchung. Ebenso ist er gegen die vaginale Exstirpation des Uterus bei Adnexerkrankungen, weil bei derselben erst nach der Exstirpation ein diagnostischer Irrthum erkannt werden kann (Ovarial- oder Parovarialcyste).

OLSHAUSEN (Berlin) hält das Verfahren SCHAUTA's für äusserst lehrreich. SCHAUTA hat zum 1. Mal den Weg angegeben, wie man die Gefahr für die Kranke vermeiden und die Prognose sicherer gestalten kann. Die Mittheilungen von WERTHEIM haben in befriedigender Weise über die Ausführbarkeit der bakteriellen Untersuchung während der Operation Aufschluss gegeben. Die Eintheilung der Tumoren hat SCHAUTA vom praktischen Standpunkte aus gewählt. Er selbst beginnt bei der Lösung der Pyosalpinx am Fundus uteri, weil die Hauptgefahr des Platzens am Douglas liegt. Dann bekommt man die Berstung am Ende der Operation. Beckenhochlagerung ist auch nach seiner Ansicht für die Adnexoperationen nöthig, doch ist sie offenbar in Wien eine andere als in Berlin. OLSHAUSEN hängt die Kranke in einem Winkel von 70—80° auf. Dabei bleibt der Eiter allerdings nicht im Douglas. OLSHAUSEN glaubt desshalb, dass für die Pyosalpinxoperation die SCHAUTA'sche geringe Hochlagerung, wie sie z. B. auf dem FRITSCH'schen Bock erzielt wird, den Vorzug verdient.

FRAENKEL (Breslau) bemerkt hinsichtlich der Technik, dass er gleich OLSHAUSEN den freigelegten Sack punktirt und ausschält. Dabei müssen die Därme gut geschützt sein. Der entleerte Sack lässt sich sehr gut ausschälen. FRAENKEL theilt ferner 3 Fälle mit von mit dem Scheidengewölbe verwachsenen Eitersäcken der

*) Nach dem Berichte des «Centralblattes für Gynäkologie.»

Tuben und Ovarien, wo er wegen schlechten Kräftezustandes von der Vagina aus punktirte und ausschälte. In einem dieser Fälle ist jetzt, 3 Jahre nach der Operation, noch vollkommene Heilung vorhanden. Die Punktion wurde galvanisch an 4 Stellen nach APOSTOLI ausgeführt. Da die Intensität der die Elektropunktur begleitenden Perimetritis nicht im Voraus zu berechnen ist, so hat FRAENKEL dieses Verfahren seitdem nicht mehr angewendet. In einem der beiden anderen Fälle von doppelseitiger septischer Pyosalpinx trat nach wiederholter Puntion einseitig ein Rezidiv ein, welches die Exstirpation nöthig machte. Bei der Operation zeigten sich auf der geheilten Seite die verödeten Anhänge fest mit dem Beckenperitoneum verwachsen. Bei heruntergekommenen Frauen empfiehlt FRÄNKEL daher die wiederholte Punktion vor der Operation.

Dr. SÄNGER (Leipzig) ist für die Drainage. Die guten Resultate ZWEIFEL's ohne dieselben lassen sie für überflüssig erscheinen. Fragt an, ob es sich in den 140 Fällen ZWEIFEL's durchweg um Pyosalpinx gehandelt habe und nicht theilweise um Endosalpingitis purulenta. Seit SÄNGER seinen Vortrag über Drainage bei Koeliotomien gehalten hat, gilt er als Anhänger der präventiven Bauchhöhlendrainage. Er muss das entschieden ablehnen. Er drainirt nur aus gegründeter Besorgnis bei wahrscheinlich schon vorhandener gefährlicher Infektion und bei grossen blutenden Flächen. Endlich drainirt er bei Beckenabszessen, die noch nicht in der Diskussion erwähnt sind. In diesen Fällen ist die Drainage auch von allgemeinen Gesichtspunkten der Abdominalchirurgie nothwendig. Was die Technik anbelangt, so geschieht die Drainage genau nach MIKULICZ und die Operation in starker Beckenerhöhung nach TRENDELENBURG Auch mit Vermeidung der Eventration der Därme kann man durch Anwendung von Servietten den Eiter von denselben fernhalten. Vor der Ausschälung des Eitersackes wird das Operationsterrain mit Gazeservietten richtig austapezirt. Mit Bezug auf die Angaben des Dr. MACKENRODT berichtet SÄNGER dass auch er eine Anzahl von Salpingo-Oophorektomien bei Geisteskranken vorgenommen habe. Die Resultate sind zu gleichen Theilen günstig und ungünstig.

ZWEIFEL (Leipzig) antwortet dem Vorredner, dass er unter Pyosalpinx das verstehe, was alle anderen Kollegen darunter verständen. Ein Fall von Beckenabszess, dessen Eiter Streptokokken enthielt, ist ohne Drainage operirt und geheilt. Was die starren blutenden Flächen anbetrifft, so stillt ZWEIFEL in genauester Weise grundsätzlich die Blutung durch Aufsuchen der einzelnen Gefässe. Mit grösster Beharrlichkeit ist dies gut möglich und die Bauchhöhle kann alsdann mit gutem Gewissen geschlossen werden.

FROMMEL (Erlangen) schildert einen Fall, bei dem 21 Jahre vor der Operation, die dann wegen Myoma uteri ausgeführt wurde, Pyosalpinx nach gonorrhoischer Infektion konstatirt worden war. Die sehr stark atrophischen Tubensäcke fanden sich in zarter Pseudomembran eingebettet und bestand der Inhalt aus einer eitrigen Detritusmasse mit zahlreichen Cholesterinkrystallen. Beschwerden bestanden von Seiten der Tubensäcke schon seit Jahren nicht mehr. Ausserdem hat Vortragender in der Diskussion vermisst, dass über die Berechtigung der Operation bei mit seröser Flüssigkeit gefüllten Tubensäcken gesprochen würde Er hält diese Operation für nothwendig, da durch dieselbe die Beschwerden schwinden können und er macht unter diesen Verhältnissen die von MARTIN und SKUTSCH angegebene Salpingostomie. Es erscheint gleichgültig, ob im Gefolge dieser Operation Schwangerschaft eintritt oder nicht, denn die Hauptsache ist das Aufhören der Beschwerden. Dass Schwangerschaft nur selten eintreten wird, zeigt ein Sektionsbefund bei einer Salpingostomirten und 12 Tage nach der Operation an Lungenembolie verstorbenen Frau. Es fand sich dabei nämlich, dass die Ränder der angelegten Oeffnung sich ganz nahe aneinander gelegt hatten, so dass nur ein schmaler Spalt geblieben war. Bezüglich der Drainage schliesst sich FROMMEL an das an, was SÄNGER bemerkt hat.

BOISLEUX (Paris). Bezüglich der Untersuchung auf Bakterien während der Operation bemerkt er, dass im Eiter Bakterien nachgewiesen werden können, die gar nicht mehr virulent sind, wie schon KALTENBACH hervorgehoben hat. Ferner gibt es Fälle, wo der Eiter mikroskopisch sich als keimfrei erweist, wo der Eiter selbst bei Züchtung und Thierversuchen negative Resultate gibt, wo aber Stücke der Abszesswand auf Thiere übergeimpft den Tod derselben nach 1—2 Tagen herbeigeführt haben. Bei einem solchen Falle blieben 2 Meerschweinchen gesund, denen der Eiter in die Bauchhöhle gespritzt worden war; 2 andere, bei denen ins subkutane Gewebe Abszesswandstückchen geeimpft waren, gingen zu Grunde. In der Praxis hält BOISLEUX es für das Beste, immer so vorzugehen, als ob schon vor der Operation eine Infektion sicher dagewesen wäre. Er hält es daher für sehr gut, in jedem Falle durch den Douglás zu drainiren und benutzt dazu jodoformirte Gummidrains. Was die Massage anbetrifft, so stimmt er mit SCHAUTA überein, er geht sogar noch weiter und massirt jeden operirten Fall 14 Tage nach der Operation, um übrigbleibende Beschwerden zu beseitigen. 20 Fälle, die er nach der Sectio vaginalis massirt hat, haben sich bedeutend rascher erholt, als andere nicht massirte.

MENGE (Leipzig) hat Untersuchungen über den Keimgehalt des weiblichen Genitalschlauches in der Leipziger Klinik ausgeführt. Die Resultate sind kurz folgende. Die gesunden Eileiter sind stets keimfrei, die Oberfläche der Tubenschleimhaut reagirt alkalisch. Hydrosalpinxe enthalten nie Bakterien. Der Inhalt der Eitertuben ist überwiegend keimfrei. Am häufigsten lässt sich nachweisen der Gonococcus, seltener der Streptococcus und Staphylococcus, ganz vereinzelt Diplococcus pneumoniae und Bacillus tuberculosus. Die normale Uteruskörperhöhle enthält nie Bakterien, auch nicht bei Carcinom des Collum und bei Myomatosis der Wand oder bei hyperplastischen Mucosaveränderungen. Die Schleimhautoberfläche reagirt alkalisch. Dasselbe gilt vom Cervicalkanal der gesunden Frau. Im Cervicalkanal der inficirten Frau findet man stets Gonokokken. Die Scheide von Schwangeren enthält immer Bakterien und reagirt meistens stark sauer. Vorwiegend wohnt im Scheidensekret eine Stäbchenart, welche auf alkalischem Nährboden nicht gedeiht, ausserdem findet man häufiger Soor und bei gonorrhoisch Inficirten kulturell nachweisbare Gonokokken. Im letzteren Falle pflegt die Sekretreaktion schwächer sauer zu sein und es pflegen dann auch noch Kokken aufzutreten, die auch nur auf saurem Nährboden gedeihen. Das Scheidensekret der Schwangeren enthält ausser Gonokokken niemals auf alkalischem Nährboden züchtbare pathogene Organismen. Der Grund für die Keimfreiheit der alkalischen Zone der Genitalien liegt darin, dass am äusseren Muttermund ein ganz plötzlicher Uebergang von der sauren Reaktion des Cervicalsekretes stattfindet. Die Gonokokken gelangen durch den Coitus sofort bis zum Cervicalkanal und erregen dort eine spezifische Erkrankung, weil es ihnen möglich ist, in das unverletzte Cylinderepithel einzubrechen. Andere pyogene Infektionserreger vermögen in der alkalischen Zone nur dann ihre Eigenschaften zu entwickeln, wenn sie eine Eingangspforte finden (Geburt, gynäkologische Operationen.)

ROSTHORN (Prag). Die Indikationsstellung zur Adnexoperation wird durch folgende Momente gegeben: 1. deutlich nachweisbarer Tumor; 2. selbstbeobachtete oder anamnestisch festgestellte Recrudescenz der entzündlichen Erscheinungen; 3. heftige Beschwerden aller Art, lokal und allgemein, dadurch bedingte Arbeitsunfähigkeit und Nutzlosigkeit aller therapeutischen Massnahmen; 4. schwere atypische Blutungen. Nach der Operation beschwerlich ausser den Erscheinungen des plötzlich einsetzenden Klimax die lokalen Störungen, die auf sogenannte Stielexsudate zurückzuführen sind. Mit Rücksicht auf die Entstehung derselben schliesst sich ROSTHORN den Anschauungen WERTHEIM's an, dass sie auf Lokalinfektion durch Tubensekret zurückgeführt werden müssen. Es dauert oft monatelang, bis bei entsprechender Pflege und Behandlung die Exsudate wieder verschwinden. Für die zuweilen nach der Operation andauernden atypischen Blutungen empfiehlt ROSTHORN die Behandlung nach APOSTOLI.

EBERHARD (Köln). In einem Falle von linksseitiger Adnexerkrankung wurde die Exstirpation wegen vielfacher Verwachsung unterlassen. Jetzt nach 5 Jahren hat die Frau die Beschwerden vollständig verloren. Es handelt sich also wohl in diesem Falle um eine Ausheilung einer Pyosalpinx. In einem 2. Falle von doppelseitiger Pyosalpinx konnte nur die rechte entfernt werden, die linke wurde von der Scheide aus eröffnet und entsprechend behandelt. Auch dies Frau befindet sich jetzt, 2 Jahre nach der Operation, wohl. Vielleicht eignen sich die seltenen Fälle, bei denen die Ent-

fernung per laparotomiam nicht gelingt, für die vaginale Entfernung nach Totalexstirpation des Uterus.

ASCH (Breslau) berichtet des Genaueren über einen Fall von Adnexerkrankung, dessen verschiedenartige Behandlung beweist, dass die Befreiung von den Beschwerden nicht davon abhängt, dass der Eiter abgelassen wird (Punktion), sondern dass alle Verwachsungen bei der Laparotomie sorgfältig gelöst werden.

MIKULICZ (Breslau) demonstrirt sein Verfahren der Peritonealdrainage, hat zwar keine Erfahrungen über Adnexoperationen, kann jedoch über mehr als 100 Fälle berichten, bei denen es sich um die verschiedenartigsten Operationen handelte und die mit absolut sicherem Erfolge drainirt wurden. Am meisten Aehnlichkeit mit Adnexoperationen haben jene wegen Perityphlitis. MIKULICZ kann sich gar nicht vorstellen, wie man den Verlauf nach diesen Operationen ohne die Drainage sichern könne. Die Darmresektion wegen gangränöser Hernien habe erst durch seine Drainage sich zu einer berechtigten Operation entwickeln können. Er hält es für sehr gewagt, sobald Streptokokken oder Staphylokokken nachgewiesen sind, die Bauchhöhle zu schliessen. Neben der Drainage ist die Ausschaltung des betreffenden Raumes von der grössten Bedeutung. Endlich lässt sich die Methode als ausgezeichnetes Blutstillungsmittel verwenden, indem man den Sack mit Jodoformgaze fest ausstopft. Wesentlich erhöht wird die blutstillende Wirkung, wenn man an Stelle der Gazestreifen sterilisirte Bäusche von Penghawar-Djambi verwendet.

SCHAUTA (Schlusswort). Es ist nichts in der Diskussion vorgebracht, was SCHAUTA in seinen Ansichten erschüttern könnte. Zu seiner Methode der bakteriologischen Untersuchung während der Operation hat ihn der Umstand geführt, dass die einen Fälle, bei denen Eiter in die Bauchhöhle geflossen, heilten, die anderen starben. Die Ursache des verschiedenen Ausganges musste also im Eiter liegen. WERTHEIM hat schon auf die Einwendungen geantwortet, die die technische Seite der bakteriologischen Untersuchungen betreffen. MARTIN und ZWEIFEL sind die Beiden, welche gegen die Drainage sind. Beide operiren gleich und ihre Resultate sind sehr verschieden. MARTIN hat bei Adnexoperationen 19 Mal so viel Kranke verloren als ZWEIFEL. Das kann nur Zufall sein. SCHAUTA beglückwünscht ZWEIFEL zu seinen guten Resultaten. Wenn dieselben jedoch schlechter werden, so muss SCHAUTA ihm rathen, so vorzugehen, wie er. Ueber Perforationsfälle hat der Vortragende keine Erfahrung. Er wendet eine mässige Beckenhochlagerung von 45° an, bei welcher sich der Eiter im kleinen Becken ansammelt. KALTENBACH will den gonorrhoischen oder puerperalen Ursprung der Erkrankung durch die Anamnese erkennen. Dazu bemerkt SCHAUTA, dass er über 2 Fälle verfüge, die als Nulliparae Streptokokken im Tubeneiter aufwiesen. Auch trifft nach seiner Tabelle nicht immer zu, dass bei äusserer Gonorrhoe gonorrhoischer Tubeneiter da sein muss, in einem solchen Falle wurden im Tubeneiter Streptokokken gefunden. Die Massage muss immer von Geübten ausgeführt werden und es bleibt alsdann nach seiner Ansicht ein werthvolles Mittel bei Tuben- und Adnexerkrankungen. SCHAUTA ist für die vollständige Entfernung der Ovarien, weil kleine Abscesse bei der Resektion der Beobachtung entgehen und zurückbleiben können. Er glaubt, dass für gewisse Fälle die Operation PÉAN und SEGOND geeignet sei. Die Punktion der Eitersäcke ohne Ausschaltung durch Umsäumung ist gefährlich, weil der Eiter leicht neben der Punktionsöffnung ausfliessen kann. Die Auslösung beginnt SCHAUTA von unten und hinten, wenn die hintere Fläche des Eitersackes frei ist, sonst natürlich von oben und vorn. Die vaginale Punktion mit dickem Trokar gibt nach seiner Ansicht keine vollständige Heilung, es muss eine Spaltung ausgeführt und drainirt werden. Seine Methode der operativen Behandlung der Adnextumoren beruht auf langer Erfahrung. Er bittet dieselbe vorurtheilsfrei zu prüfen.

ZWEIFEL (Leipzig). Er möchte gerade die letzten Worte SCHAUTA's wiederholen: «Prüfen Sie unbefangen ohne Voreingenommenheit meine Methode.» Zufall giebt es in der Naturwissenschaft nicht. In der peinlichen exakten Blutstillung liegt die Ursache der Unterschiede in den Resultaten.

MARTIN (Berlin) sucht die Erklärung für die Differenz der Statistik seiner Fälle gegenüber der von SCHAUTA und ZWEIFEL nicht in unglücklichen Zufällen, sondern darin, dass SCHAUTA keine Fälle von Kommunikation der erkrankten Tube mit den Nachbarorganen operirt hat, ZWEIFEL nur in einzelnen Fällen, ausserdem reicht seine Statistik weiter zurück, in die Zeit der anti- und aseptischen Methode.

KALTENBACH (Halle) hat keineswegs behauptet, dass Anamnese und Befund uns in allen Fällen in den Stand setzen, die Formen der Tubensäcke zu unterscheiden, wohl aber habe er darauf hingewiesen, dass das Mitergriffensein des Beckenbindegewebes darauf aufmerksam machen muss, dass es sich um infektiöse, gonorrhoische oder septische Pyosalpinx im Gegensatz zu der gutartigen Form von Hydro- und Hämatosalpinx handle.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 5. Juni 1893.

Siegel spricht über Stomatitis epidemica. Frische Fälle von Maul- und Klauenseuche beim Menschen in Form eines Bläschenausschlages sind leicht zu erkennen. Grössere Schwierigkeiten bereiten die chronischen Erkrankungen dieser Art. Die Kranken zeigen, nachdem sie einen Bläschenausschlag durchgemacht haben, nach 4—5 Wochen Schwindelanfälle und Mattigkeit, Schmerzen in der Magen- und Lebergegend. Die Diagnose ist nur per exclusionem möglich. Als Ursachen der Klauenseuche hat SICHEL einen Bacillus gefunden.

Diese Auseinandersetzungen knüpfen sich an die Vorstellung zweier Krankheitsfälle der beschriebenen Art.

Fränkel demonstrirt 1. Ein Sarcom der rechten Niere, einem 50jährigen Manne bei der Sektion entnommen. Der Tumor war bei Lebzeiten des Kranken, nachdem dieser Ikterus und einen Frostanfall überstanden hatte, als der Leber angehörig betrachtet worden, wurde jedoch später nach einer profusen Hämaturie als Nierentumor erkannt. Nebenbei wurde eine Thrombose der Vena cava inferior diagnosticirt. Beides wurde durch die Sektion bestätigt.

2. Einen Darm eines an Pseudoleukämie Verstorbenen. Die gesammte Schleimhaut desselben vom Magen bis zum Rectum ist von zahllosen Tumoren durchsetzt, welche sich als leukämische, kleinzellige Wucherungen darstellen. Ausserdem hatte sich ein grosser Milztumor und Knoten in Leber und Nieren vorgefunden. Pseudoleukämie wird öfter mit Lymphdrüsentuberkulose verwechselt. Der mikroskopische Befund ist entscheidend.

* * *

Rothman: *Ueber Enteritis membranacea:*

Die Affektion tritt meist bei Frauen als Folge chronischer Obstipation auf. Die Abgänge erscheinen meist isolirt von der Defäkation unter Kolikschmerzen und stellen wirkliche membranöse Stränge dar, die hauptsächlich aus Mucin bestehen. Dieses färbt sich mit EHRLICH'scher Triacidfärbung violett. Die Affektion hat wesentlich ihren Sitz im Colon und besteht in einer vermehrten Drüsensekretion, die Entzündung der Mucosa folgt erst sekundär.

Diskussion: EWALD unterscheidet zwei Arten der Erkrankung, eine rein seröse und eine entzündliche Form. Die Therapie ist meist unwirksam. Die Heilung ist rein Laune des Zufalls.

BOAS hat in manchen Fällen den Darm stark afficirt gefunden. Es bestand ein Descensus und eine Ectasie des Colons. Das lässt sich leicht durch die Plätschergeräusche nachweisen, die man unter normalen Verhältnissen nach Eingiessung von 500—6000 *kcm*, bei Atonie des Darmes schon bei 2—300 *kcm* Wasser erzeugen kann. Die Therapie besteht in Regelung der Diät und Hintanhaltung der Obstipation durch Klystire.

PARISER: Durch die Triacidreaktion, welche das Mucin blau färbt, kann man die schleimige Beschaffenheit der Abgänge nicht nachweisen. Behandlung: Ruhigstellung des Darmes durch Tinct. opii und Extr. cannab. Indic.

ROSIN: Bei der in Rede stehenden Erkrankung verlässt der Schleim den Darmkanal im geronnenen Zustande. Es scheint die Gerinnung durch eine vermehrte Säurebildung im Darm einzutreten, indem saure Reaction das Mucin ausfällt, während es bei alkalischer Reaction gelöst bleibt. Durch die EHRLICH'sche Lösung wird Fibrin

und Mucin genau unterschieden, indem ersteres durch dieselbe roth, letzteres blau gefärbt wird.

CASSEL erwähnt einen Fall von artificieller Enter. membr. mit grossen röhrenförmigen Abgüssen bei einem 7jährigen Knaben, welche durch ein zur Behandlung eines gewöhnlichen Intestinalkatarrhs verordnetes Klysma mit einer 10% Tanninlösung hervor gerufen wurde. Einfache diätetische Behandlung führte zur Heilung.

PARISER erwähnt, dass in der Literatur eine grosse Anzahl von Erkrankungen der Kinder an Enter. membr. bekannt sind.

B. S.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die augenärztlichen Operationen.

Von **Dr. Wilhelm Czermak**, k. k. Universitäts-Professor in Innsbruck.

Druck und Verlag von Karl Gerold's Sohn. Wien 1893.

Prof. CZERMAK verwerthet die reichen Erfahrungen, die er während seiner langen Thätigkeit an der Grazer und namentlich an der Wiener Augenklinik gesammelt hat, in einer Operationslehre, deren 1. Heft soeben die Presse verlassen hat.

Im ersten Hauptstück, welches von den Instrumenten handelt, gibt der Verfasser eine ausführliche Beschreibung eines augenärztlichen Instrumentariums, von der PRUDUR'schen Spritze bis zum HIPPEL'schen Hornhauttrepan. Die Instrumente sind zum grössten Theile die an der Wiener Augenklinik in Gebrauch stehenden; 76 treffliche Holzschnitte geben sie in natürlicher Grösse wieder.

Vom zweiten — über die Asepsis handelnden — Kapitel ist bis nun nur die Einleitung erschienen, welche die modernsten Grundsätze der Wundbehandlung und deren Anwendung auf das operirte Auge zum Gegenstand hat. Bei dem fesselnden und eleganten Style des Autors darf man den weiteren Lieferungen dieses höchst elegant ausgestatteten Werkes mit grossem Interesse entgegensehen.

P.

Die Doppelbilder bei Augenmuskellähmungen.

Von **Dr. A. Roth**, Stabsarzt in Berlin.

Verlag von August Hirschwald. Berlin 1893.

Ein originelles, möglichst vereinfachtes Schema mit kurzen, leicht verständlichen Erläuterungen. Jedem Praktiker, dem daran liegt, sich über das Bestehen einer Augenmuskellähmung rasch zu orientiren, wärmstens zu empfehlen.

P.

Neue Beiträge zur Klinik und Therapie der nasalen Reflexneurosen.

Von **Dr. Wilhelm Fliess**,
Arzt in Berlin.

Verlag von Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Aus den zahlreichen Krankengeschichten, welche der Verfasser beibringt, geht Folgendes hervor:

Die nasale Reflexneurose hat gewisse Hauptzeichen. Abgesehen von den direkten nasalen Symptomen der Rhinitis vasomotoria, sind es deren drei: «Der Schmerz an der Spitze des Schulterblattes, der Schmerz am Schwertfortsatz des Brustbeins und der Schmerz in der Nierengegend. Unter der Voraussetzung, dass die Abwesenheit anderweitiger anatomischer Veränderungen als Ursachen der in Rede stehenden Symptome erwiesen ist, lässt sich der Satz aufstellen, dass eine Neurose unbekannter Herkunft, in der eines von diesen drei Zeichen eine Rolle spielt, mindestens eine Wurzel nasaler Herkunft hat.»

Ausserdem aber gibt es wichtige accessorische Symptome, welche dann die Pathogenese umsomehr sichern, nämlich in erster Linie Kopfschmerz, dessen häufigste Ursache nach FLIESS in der Nase zu suchen ist, dann Aprosexie (Unmöglichkeit geistiger Koncentration) Alkoholintoleranz und Schlafstörungen. — Weiters spielen in den Klagen der Kranken Intercostalneuralgien, Magen- und Darmschmerz, Herzklopfen und Uebelkeit eine erwähnenswerthe Rolle. — Andererseits gibt es wieder (seltener) Fälle von nasaler Reflexneurose, in welcher von den spezifischen Symptomen (Schmerz an der Spitze des Schulterblattes, am Schwertfortsatz, in der Nierengegend) nichs zu finden ist, und in welchen die Gruppirung mehrerer Nebensymptome auf die Diagnose leitet, welche durch den Cocaïnversuch sichergestellt wird.

Mit einem erheblichen Nachlasse oder Schwund der Erscheinungen auf Cocaïnbepinselung der Nasenschleimhaut ist nämlich der Beweis für den Zusammenhang der Neurose mit der Erkrankung der Nase, respektive für das Bestehen der nasalen Reflexneurose erbracht.

Die Behandlung ist demnach eine einfache: Aetzung der Hypertrophien; der Erfolg ein sicherer, wenn auch nicht stets ein rascher.

Zuweilen ist es auch nothwendig die Disposition des Nervensystems, welche eben das Entstehen der Reflexneurose ermöglicht, zu bekämpfen; aber jene Neurastheniker, welche eben nichts Anderes sind als Reflexneurosekranke, können vollkommen erst durch Behandlung der Nasenstörung geheilt werden.

Das Buch ist sehr lebendig und eindringlich geschrieben, und sein Werth beruht vor Allem darauf, dass es auf die Beziehungen von gewissen Fernleiden zu der Erkrankung der Nasenschleimhaut hinweist, welche bisher kaum beachtet wurden. Doch scheint es insofern übers Ziel hinauszugehen, als es gerade diese Fernleiden als die wichtigsten Symptome hinzustellen versucht und gewisse andere, wie z. B den Kopfschmerz, als accessorisch auffasst, was sich kaum mit Glück wird vertreten lassen.

Gerade aus den ganz vortrefflich geführten Krankengeschichten des Autors, der ein sehr feiner Beobachter zu sein scheint, aus diesen Krankengeschichten, wo eben nicht eine ganz der anderen gleicht, geht hervor, dass man doch kein Recht hat von «der» nasalen Reflexneurose zu sprechen, als von einem festen klinischen Bild, wie der Verfasser will, — sondern, dass man nach wie vor sagen muss: es gibt Neurosen, welche in gewissen Zuständen (Erkrankungen ist hier manchmal schon zu viel gesagt!) der Nasenschleimhaut ihre Wurzel haben, und welche dann auch stets von der betreffenden Stelle der Nasenschleimhaut aus beeinflusst, sehr häufig geheilt werden können.

Ausserdem geht aus dem Buch des Dr. FLIESS hervor, dass im Instrumentarium des praktischen Arztes der Nasenspiegel und in seinem Wissensschatz die Kenntniss der Nasenerkrankungen nicht fehlen dürfte. Mancher praktische Arzt wird dann vielleicht, wie Dr. FLIESS selbst, sagen dürfen: «Mir ist häufig durch die nasale Therapie die leichte Heilung von Leiden gelungen, um deren Bewältigung sich die Meister unserer Kunst vergeblich gemüht haben».

A. S.

Das Augenleuchten und die Erfindung des Augenspiegels.

Dargestellt in Abhandlungen von **Brücke, Cumming, Helmholtz** und **Ruete**.

Herausgegeben von **Arthur König**,
Professor an der Universität Berlin.

Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig 1893.

In den verschiedensten Arbeiten zerstreut, sind die grundlegenden Untersuchungen über den Augenspiegel im allgemeinen schwer zugänglich. Prof. KÖNIG hat sich daher ein grosses Verdienst erworben — und jeder Arzt wird ihm dafür Dank wissen — dass er diese fundamentalen Schriften gesammelt, und in einem kleinen Bändchen herausgegeben hat.

Wer das Epochale der Entdeckung des Ophthalmoskops erkennt, der wird oft und immer wieder mit neuer Begeisterung den Ausführungen eines BRÜCKE und HELMHOLTZ folgen, deren ebenso geniale als verständliche und bescheidene Ausdrucksweise bewundern. Diesen Heroen des Geistes hat Prof. KÖNIG mit seinem kleinen Werkchen ein Monument gesetzt — aere perennius.

P.

Zeitungsschau.

Robert Koch: Vorlesungen über Cholera. (Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 49, 1893.)

I. Geschichtlicher Ueberblick, Wesen der Cholera, Symptomatologie, Pathologische Anatomie.

M. H.! Die Cholera ist eine Krankheit verhältnissmässig neueren Datums. Es wird angenommen, dass sie in Indien zuerst im Jahre 1817 aufgetreten sei. Wahrscheinlich ist sie vom Osten und zwar von Hinterindien in Kalkutta eingeschleppt worden. Erst mit den veränderten Verkehrsbedingungen hat sich ihre Ausbreitung immer komplizirter und ausgiebiger gestaltet. Frühere als Cholera aufgefasste Erkrankungen sind offenbar keine echte Cholera gewesen. Es kann als sicher angenommen werden, dass sie in Bengalen, wo sie jetzt ihren festen Herd hat, vor dem Jahre 1817 nicht gewesen ist. Nach vorliegenden Aufzeichnungen sind vorher in Bengalen nicht mehr Menschen an Brechdurchfällen gestorben, wie an cholerafreien Orten überhaupt. Dann aber tritt mit einem Male, so wird berichtet, die Cholera auf und es geben jährlich 6—10.000 Menschen an dieser Krankheit in Kalkutta zu Grunde. Von hier aus ist die Cholera sofort, das war früher auch nicht der Fall, die Flussthäler hinaufgewandert, nach Centralasien und weiter. Sie brauchte hierzu sehr viel Zeit, nach 6 Jahren, also 1823 finden wir sie in Südrussland. Glücklicherweise war die Jahreszeit weit vorgerückt; es starben verhältnissmässig nur Wenige, dann kam der Winter und die Cholera erlosch. Im nächsten Jahre kam sie nicht wieder. Man hätte von der Krankheit nicht viel Wesens gemacht, wenn sie nicht in der Mitte der Zwanziger sich zu einem zweiten Zuge gerüstet hätte; zu diesem gebrauchte sie 10 Jahre. Der Weg war ganz derselbe wie bei der ersten Wanderung. Damals verbreitete sie sich schnell über ganz Russland und stand 1831 zum ersten Male in Berlin. Von Deutschland aus kam sie über das übrige Europa und auf Auswanderschiffen nach Amerika. Auf diesem Zuge hat sie dieselben Eigenschaften gezeigt, wie wir sie später finden. Immer an Flüssen hin, nicht schneller als der menschliche Verkehr, manchmal merkwürdige Sprünge zeigend; später werden dann die Lücken durch eine rückläufige Bewegung ihrerseits ausgefüllt. Die dritte Epidemie war wieder 10 Jahre später. Im Jahre 1848 hat sie besonders in Berlin arg gehaust; es starben damals 9 pro Mille der Berliner Bevölkerung. Sie kam dann regelmässig in den nächsten Jahren in Berlin wieder, so dasss man fast an sie gewöhnt war, doch sie ist allmählich wieder verschwunden. Die vierte Epidemie unterscheidet sich von den ersten dadurch, dass sie nicht den Landweg, sondern zur See wanderte. Der Schiffsverkehr hatte sich gehoben. Die Mekkapilger benutzten zu ihrer Wallfahrt die Dampfschiffe. Unter den dichtgedrängten Auswanderern bricht schon früh die Epidemie aus, wie auch jetzt wiederum gemeldet wird. Es starben in der vierten Epidemie Tausende von Menschen in Mekka, das kann nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt, dass die meisten der Pilger unter den denkbar ungünstigsten hygienischen Verhältnissen leben. Durch die fliehenden Pilger war sie in kurzer Zeit in Egypten und in fast allen Mittelmeerländern. Damals konnte man sehen, welche Rolle der menschliche Verkehr bei der Verbreitung der Cholera spiele. Flüchtlinge waren auch 1865 nach Odessa gekommen. Von hier aus reiste eine Frau mit ihrem Kinde nach Altenburg; durch diese wurde die Cholera nach Altenburg gebracht. Diese Erscheinung ist späterhin wiederholt vorgekommen. Genau dasselbe wurde auch im vorigen Sommer erlebt. Fast zehn Jahre hatten wir Ruhe; da brach plötzlich im Jahre 1883 die Cholera, ohne dass sie in Mekka gewesen war, in Damiette (Egypten) aus. Wie sie dahin gekommen ist, hat man nicht mit Bestimmtheit ermitteln können. Sie hörte dann gegen Ende des Jahres auf, um im Jahre 1884 in Toulon aufzutreten. Nach KOCH kann zwischen diesen beiden Ausbrüchen kein Zusammenhang angenommen werden. Vielleicht wurde die Cholera mittels Kriegsschiffe welche von den französischen Kolonien nach Toulon fahren, dorthin geschleppt. Sie breitete sich sehr schnell in Frankreich aus, fasste festen Fuss in Marseille und kam von da nach Spanien, Italien und Südamerika. Merkwürdigerweise blieb also die Cholera in der fünften Epidemie auf das südliche Europa und Südamerika beschränkt. Auch in Kleinasien, Armenien, Syrien Persien hat sie sich lange gehalten. Im Jahre 1882 brach sie mit einem Male in Afghanistan aus und sofort war die östliche Grenze Persiens verseucht. Man ist nicht einig, ob sie nicht die Fortsetzung jener fünften Epidemie ist, die 1884 nach Toulon gekommen ist, oder ob es sich nicht um eine neue Einschleppung handelt. Sie kam bald nach Russland und ist sie erst auf europäischem Boden, so ist sie kaum aufzuhalten. Merkwürdig war dabei der Sprung, den sie nach Hamburg machte und dass sich in Frankreich ein ganz für sich bestehender Herd gebildet hat, der zurückreicht bis zum März vorigen Jahres; nun wollte man die Erkrankungen in Frankreich nicht mit der Bezeichnung der indischen Cholera belegen. Sie kam von hier aus nach Belgien, von Hamburg aus nach den Niederlanden, dann begegneten sich die beiden Stralen. Ein Unterschied in der Erkrankung war nirgends zu entdecken. Auch jetzt ist der Süden und Westen von Frankreich von der Seuche ergriffen. Hier in Deutschland ist sie wohl ganz erloschen; ebenso ist Belgien und die Niederlande so gut wie frei. Dagegen ist der südwestliche Theil von Russland verseucht und von hier aus machte die Krankheit Uebergriffe nach Galizien, die sich aber in der letzten Zeit nicht wiederholt haben, was den energischen Maassregeln, die nach dem Muster, das im vorigen Jahre maassgebend gewesen war, eingerichtet waren, zu verdanken ist. Es macht den Eindruck, als ob der ursprüngliche Charakter der Cholera, sich auf dem Landwege und schwerfällig vorwärts zu bewegen, allmählig zum Schwinden kommt. Es liegt das an den veränderten Verkehrsverhältnissen. Wahrscheinlich haben wir auch auf immer häufigere Ausbrüche zu rechnen; ja es kann kommen, dass, wenn das geplante Eisenbahnnetz in Centralasien zustande gekommen sein wird, wir fortwährend mit Cholera zu thun haben werden. Je komplizirter der Verkehr, umso schwieriger wird aber auch unsere Kenntnis über die Art der Einschleppung werden.

Jedesmal, wenn die Cholera aufgetreten ist, hat sie einen gewaltigen Eindruck auf die Gemüther gemacht. Nicht allein das Volk, sondern auch die Aerzte sind bestürzt über die anscheinend wunderbare, gespenstige Krankheit. Aus der Spekulation und Phantasie der Aerzte heraus hat sich eine gewaltige Literatur über die Cholera gebildet und auch jetzt hört das Spekuliren und Phantasiren hierüber nicht auf. Als sie das erste Mal zu uns kam, war es nicht wunderbar, dass falsche Vorstellungen über sie im Umlauf waren. Man dachte sie als eine Art Pest, die fürchterlich anstekend sein müsse. Man suchte Militärkordons zu ziehen, um sie fern zu halten. Das ist aber nicht gelungen. Das langsame Weiterkriechen musste den Anschein erwecken, dass es sich um etwas sehr Ansteckendes handle. Man war aber im höchsten Grade erstaunt, als die Cholera wirklich ankam, dass es sich nicht so verhalte. Die Aerzte starben in demselben Verhältniss, wie bei anderen Krankheiten. Als man nicht recht klug werden konnte, fingen die Aerzte an zu diskutiren, ob die Cholera ansteckend sei oder nicht. So kam es, dass die einen sie für kontagiös, die anderen für miasmatisch erklärten. Dieser Streit hat sich ziemlich unverändert bis in die neueste Zeit hinein erhalten, aber man versteht nicht viel darunter. Die ansteckenden Krankheiten wurden in dieses Schema gebracht, aber man kommt damit nicht weiter. Wir wissen jetzt, dass es Infektionskrankheiten sind, die reproduktionsfähig sind, etwas Lebendiges darstellen, also parasitisch sein müssen. Die alte Eintheilung ist vollständig hinfällig, da die sogenannten Kontagionskrankheiten, z. B. Pocken, durch die Luft weiter getragen werden können, während miasmatische Krankheiten wie das Wechselfiber sich verimpfen lassen.

Wir müssen jede Krankheit individualisiren. Wir kennen jetzt Infektionskrankheiten, von denen jede ihre ganz besondere spezifische Aetiologie hat, die für jede einzelne ganz genau erforscht werden muss. Das gilt auch von der Cholera. Wie wird die Krankheit von einem Menschen auf den anderen übertragen? In dieser Beziehung haben wir am meisten vom Milzbrand gelernt. Dieselbe Krankheit zeigt bei verschiedenen Thieren ein ganz verschiedenes Verhalten. Auch beim Menschen zeigt sich dieselbe Krankheit unter ganz verschiedenen Krankheitssymptomen. Es bleibt nichts Anderes übrig, als jede einzelne Krankheit für sich aufzufassen. Die Cholera ist eine solche spezifische Krankheit. Es ist schwierig den einzelnen Fall jedesmal sofort als solchen zu erkennen. Es gibt

eine Anzahl von Krankheiten, die symtomatologisch so übereinstimmen, dass wir sie am Krankenbette nicht unterscheiden können, z. B. Cholera nostras, Vergiftungen mit organischen Giften, wie Wurst- und Fleischvergifung, Arsenikvergiftung, Peritonitiden. Gewisse Bakterien rufen ähnliche Krankheitserscheinungen hervor. Im vorigen Jahre fand man im Darm eines Patienten, der an Cholera erkrankt sein sollte — fast eine Reinkultur von einer gewissen Art von Streptokokken. Auch andere Bakterien können wahrscheinlich durch Fermentation denselben Symtomenkomplex hervorrufen. Die Kindercholera kann in einzelnen Fällen genau so aussehen, wie die echte asiatische Cholera. Und doch gibt sich diese rasch und typiseh zu erkennen, wenn es nicht bei dem einen Falle bleibt. Sie hat einmal die Tendenz, um sich zu greifen, ansteckend zu sein, und ferner hat sie eine verhältnissmässig hohe Mortalität. Dadurch unterscheidet sie sich wieder von allen Krankheiten; sie ist also spezifisch. Sie entsteht niemals autochthon; wenn sie das könnte, würde die Behauptung, dass sie eine Infektionskrankheit sei, hinfällig werden. Sie ist niemals, auch da, wo eine Verbindung sich nicht auffinden lässt, an Ort und Stelle selbst entstanden, sondern eingeschleppt worden. Auch die Annahme hat wenig für sich, dass an einem solchen Orte vor langen Zeiten deponirte Keime ein Wiederaufwachen der Krankheit hervorgerufen haben. Es lässt sich nicht leugnen, dass die Cholera eine gewisse Zeit lang in einem Orte schlummern kann, aber kaum länger als einige Monate. Ausserdem leiten auch einzelne Fälle über.

(Schluss folgt.)

F. Semon (London): **Zur Behandlung der tuberkulösen Kehlkopfgeschwüre, nebst Bemerkungen über allgemeine Behandlung mit grossen Dosen von Kreosot.** (The Lancet 11. März 1893. — Allgemeine Medizinische Central-Zeitung Nr. 48, 1893.)

Von all den zahlreichen Mitteln, die im letzten Dezennium gegen Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes empfohlen und angewandt wurden, gebührt nach SEMON's Ansicht der innerlichen Anwendung von Kreosot im Verein mit der lokalen Applikation von Milchsäure entschieden der Vorzug.

Diese Behandlung wurde während der letzten Jahre an dem grossen Material der laryngologischen Abtheilung des St. Thomas's Hospital und in einer ausgedehnten Privatpraxis erprobt. Zuerst wurden sehr geringe Dosen 3 Mal des Tages gegeben, dann stiegen die Dosen bis zum Fünffachen der ursprünglichen Gabe. Milchsäure wurde in 20—70%igen Lösungen applicirt, je nach der Beschaffenheit des Larynx und der individuellen Erträglichkeit des Mittels, selten wurden stärkere Lösungen 40—50%ige gebraucht; Anwendung 2—3—4 Mal wöchentlich, je nach Erforderniss, vorher Auspinselung des Larynx mit 20%iger Cocaïnlösung. Die Milchsäure wurde in die ulcerirten Partien mit geringer Kraftaufwendung hineingerieben, sodass das abbröckelnde Gewebe entfernt wurde und die Säure in direkten Kontact mit dem Grunde der Geschwüre kam. Waren reichliche Granulationen entwickelt, so wurden dieselben vorher mit HERYNG's oder KRAUSE's Larynxcurette entfernt.

Im Anschluss an 8 auf diese Weise behandelte Fälle — die genaueren Daten sind im Original einzusehen — gibt SEMON folgende Epikrise: Diese Methode bedeutet einen grossen Schritt vorwärts gegen alle früheren Arten der Behandlung, die während der letzten 10—15 Jahre empfohlen und angewandt wurden. Selbstverständlich kann die Behandlungsweise mit grossen Dosen von Kreosot nicht als eine gegen Tuberkulose specifische angesehen werden, aber nach den grossen Erfahrungen im Hospital und den noch grösseren der Privatpraxis, in der die Patienten besser auf ihre Gesundheit achten, muss man sie als ein symptomatisches Mittel bezeichnen, das jedes andere bisher bekannte übertrifft. Die Patienten nehmen an Gewicht zu, ihr Appetit hebt sich, Nachtschweisse lassen nach, der Auswurf wird weniger purulent, und in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen — ganz besonders wenn sie in einem nicht zu späten Stadium zur Beobachtung kommen — scheint das Leiden thatsächlich still zu stehen. Das war der Fall bei einer Reihe von Privatpatienten, die zwei, auch drei Jahre behandelt wurden, von denen einige bis zu 10.000 Kreosot Kapseln nahmen. Nur sehr wenige Patienten konnten so grosse Dosen nicht vertragen; aber jeder gelegentlich auftretende Fall von Verdauungsstörung sollte durchaus keine Indikation dafür sein, das Mittel nun aufzugeben! Das Kreosotpräparat muss durchaus **rein** sein und dann müssen die Kapseln unmittelbar **nach** der Mahlzeit genommen werden. — Was die **Milchsäurebehandlung** bei Komplikationen des Kehlkopfes betrifft, so ist auch diese ein rein symptomatisches Mittel und nicht ein **Heil**mittel bei Erkrankungen des Kehlkopfes.

Bedenkt man aber, welche Schmerzen, welchen Husten und welche Schlingbeschwerden gerade Ulcerationen des Larynx hervorrufen und wie sehr das Ende beschleunigt werden kann, so muss jeder Nachlass dieser drei ernsten Symptome als ein deutlicher Gewinn erscheinen; deshalb übertrifft die Milchsäurebehandlung alle früheren Methoden, denn sie führt in relativ kurzer Zeit und für längere Zeit als jede andere Methode, den gewünschten Effekt herbei.

Géza Békesy (Budapest): **Zur Identitätsfrage der Blattern und Windpocken.** (Ungar. Archiv für Medizin. II. Band. I. Heft. 1893.)

Mit wenigen Ausnahmen theilen die Kinderärzte in der Identitätsfrage der Pocken und Windpocken die dualistische Auffassung. Als HOCHSINGER vor zwei Jahren anlässlich eines von ihm beobachteten Falles der THOMPSON-HEBRA'schen Lehre von der Identität der Pocken und Windpocken wieder Stellung verschaffen wollte, unternahm es Verfasser auf Veranlassung des Prof. BÓKAI an der Hand des reichen und gründlich beobachteten ambulatorischen Materials des Stephanie-Kinderspitals die erwähnte Frage einer Prüfung zu unterwerfen.

Die Resultate der Untersuchungen ergaben Folgendes:

1. Ist die Varicella in Budapest stets anzutreffen und zwar betrifft sie mit geringen Schwankungen 0.33% der gesammten Kindererkrankungen.

2. Die Variola trat bis zum Jahre 1888 jährlich in einigen wenigen Fällen auf, mit Ausnahme der vier Jahre, in welchen sie entschieden einen epidemischen Charakter annahm.

3. Die Zahl der Variola- und Varicellaerkrankungen zeigt bezüglich der Zeit des Auftretens weder in einzelnen Jahren, noch in einzelnen Jahreszeiten irgend welchen Connex.

4. Sowohl die Variola- als die Varicellaerkrankungen können innerhalb der ersten Lebensjahre von einander und von dem Alter des Kranken unabhängig in gleichem Masse auftreten.

5. Die Varicella tritt bei Geimpften und Nichtgeimpften gleichmässig auf, während Variola bei Geimpften relativ sehr selten vorkommt.

6. Auf Grund des Angeführten können wir behaupten, dass die epidemiologische Untersuchung eines 37jährigen Materials des Budapester Stephanie-Kinderspitals die Lehre von der Identität der Varicella und Variola bis ins kleinste Detail auf's Entschiedenste widerspricht. *Rdt.*

Ludwig Török: Ueber die in den Krebszellen enthaltenen Gebilde. (Vortrag, gehalten auf der 26. Wanderversammlung ungarischer Aerzte und Naturforscher in Kronstadt. — Referat im Ungar. Archiv für Med. Heft 1, Bd. II. 1893.)

TÖRÖK liefert den Nachweis, dass die bisher als Carcinomparasiten aus der Klasse der Protozoen beschriebenen Gebilde nichts Anderes seien als Krebszellen, weisse Blutzellen, rothe Blutzellen, die Kerne von Krebszellen und weissen Blutzellen und endlich Degenerationsprodukte all' dieser Gebilde.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam er auch bei der Untersuchung der PAGET'schen Krankheit.

An den Krebszellen beobachtete TÖRÖK die hydropische, hyaline und eine eigenthümliche homogene Degeneration des Protoplasmas, welche unter gewissen Verhältnissen Anlass zu Verwechslungen mit Protozoen bieten. An den weissen Blutzellen war auch oft die hydropische Degeneration konstatirbar. Die weissen und rothen Blutzellen bieten aber besonders dadurch Anlass zu Irrthümern, dass sie in Krebszellen oder in den Wänden der letzteren eingeschlossen, angetroffen werden, woselbst sie durch weitere

degenerative Vorgänge beinahe bis zur Unkenntlichkeit verändert werden können.

An den Kernen der Krebszellen und weissen Blutzellen waren Veränderungen des Chromatins nachweisbar, wie sie ähnlich bei anderen Gelegenheiten von PFITZNER und ARNOLD beschrieben worden sind. Das Chromatin kann sich nämlich aufhellen, wobei der Nucleolus noch längere Zeit färbbar bleibt, oder es kann sich auf einen halbmondförmigen Rand zurückziehen, während sich der übrige Kern in eine helle Vacuole umwandelt, oder der Kern kann sich in eine intensiv gefärbte Kugel umwandeln, welche später in rundliche, ovale, spindelförmige oder unregelmässige Stückchen zerfällt.

Auch an den letzteren sind im Laufe der Degeneration weitere Veränderungen in Form heller, sich allmälig vergrössernder Flecke zu konstatiren, in denen die Chromatinrestchen endlich sichelförmig erscheinen. Alle diese Veränderungen boten ebenfalls Gelegenheit zu Verwechslungen.

In den grossen hellen Zellen der PAGET'schen Krankheit, welche DARIER und WICKHAM als thierische Parasiten deuten, hat TÖRÖK Mitosen, häufig auch Riesenmitosen gefunden. Er hält sie demnach mit KARG für jüngste Krebszellen. Dieselben Zellen gehen später eine hydropische Degeneration ein und dies ist der Grund, weshalb bei PAGET'scher Krankheit, trotz reger Proliferation der Stachelschicht der Krebs so spät zur Entwicklung kommt.

Rdt.

Prof. Dr. Rud. Emmerich und Prof. Dr. Jiro Tsuboi. (Referent (EMMERICH). **Die Cholera asiatica, eine durch die Cholerabacillen verursachte Nitritvergiftung.** — (Münchener medizin. Wochenschrift Nr. 25, 26, 1893.)

Die bisher gemachten Versuche, die Giftwirkung der Kommabacillen durch die Bildung von Ptomainen oder Toxalbuminen zu erklären, sind für die Pathogenese der Cholera asiatica des Menschen nicht verwerthbar, weil diese Giftstoffe aus der Zellsubstanz abgestorbener Kommabacillen stammen, während es sich im Choleradarm um eine üppige Weiterentwickelung und Vermehrung der Bacillen handelt. Es müssen daher Produkte der Lebensthätigkeit der Kommabacillen die Ursache der charakteristischen Vergiftungserscheinungen bei der Cholera asiatica sein.

Es ist bekannt, dass die Kommabacillen in künstlichen Kulturen ansehnliche Mengen Nitrit produziren und dass ihnen dieses Vermögen aus Nitraten, ja sogar aus kohlensaurem Ammoniak salpetrige Säure zu erzeugen mehr als allen anderen pathogenen und saprophytischen Bakterien zukommt.

Verfasser stellte nun darüber Untersuchungen an, ob nicht die salpetrige Säure resp. die Nitrite es sind, die die Erscheinungen der Cholera hervorrufen.

Bezüglich der Nitritvergiftung zeigten zahlreiche Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen, Hunden, dass kleine Gaben von Natriumnitrit (bei Hunden 0·3—1·0) unter Erbrechen, Abführen, Temperaturerniedrigung, Muskelkrämpfen nach 1—2 Stunden den Tod herbeiführen. Das dunkelschwarze heidelbeerartige Blut der vergifteten Thiere zeigt im Spectralapparat die charakteristischen Streifen (besonders auffallend der Streifen im Roth zwischen C. u. D.) des Methämoglobins.

Ueber Nitritvergiftung beim Menschen liegen Beobachtungen vor, welche zeigen, dass die Vergiftungserscheinungen mit denen der Cholera bis auf das kleinste übereinstimmen. Eine der wesentlichsten Erscheinungen bei Nitritvergiftung ist das bereits erwähnte Auftreten von Methaemoglobin im Blute.

Dieses kann ausser der salpetrigen Säure noch durch verschiedene chemische Substanzen erzeugt werden.

Den Beweis nun, dass die Cholera wirklich eine Nitritvergiftung ist, kann man dadurch führen, dass man das Methämoglobin im Blute von Meerschweinchen, bei denen künstlich Cholerabacilleninfektion erzeugt wurde, nachweist und zugleich zeigt, dass dieses Methämoglobin bei der Cholera durch keine andere Substanz erzeugt wird als durch die salpetrige Säure.

Anzunehmen wäre auch, dass Cholerabacillen, welche das Nitritsbildungsvermögen verloren haben, keine Cholera verursachen, während solche, welche dieses Vermögen besitzen, bei Einführung in den Darm stets die Krankheit zur Folge haben. Thatsächlich existiren Experimente, welche dies sehr wahrscheinlich machen.

Choleraleichen wurden bezüglich des Methaemoglobins im Blute bisher noch nicht untersucht.

Dagegen wurde bei Meerschweinchen, die entweder durch intraperitoneale Injektion oder durch Einführung der Bacillenkulturen in den Magen (nach KOCH) inficirt worden waren, Methämoglobin öfter im Blute nachgewiesen.

Das Methämoglobin, das nicht durch Oxydation des Oxyhämoglobins, sondern nur durch innigere Bindung des in letzterem schon vorhandenen Sauerstoffes entsteht, kann durch die verschiedensten Stoffe 1. Oxydirende Substanzen: Ozon, Jod, Chlorate, Nitrate, Nitrite etc.

2. Reduzirende Substanzen: Nascirender Wasserstoff, Pyrogallol, Hydrochinon etc.

3. Stoffe, welche weder oxydirend noch reduzirend wirken: die Salze des Anilins, Toluidins, des Acetanilid etc. erzeugt werden, die aber alle bei der Cholera nicht in Betracht kommen.

Es kann also das Methämoglobin nur in Folge der durch die Kommabacillen verursachten Nitritvergiftung entstanden sein.

Nitrate zu Nitriten zu reduziren sind auch, wie schon oben bemerkt, anderntheils pathogene, theils saprophytische Bakterien im Stande. Darüber angestellte Versuche zeigen jedoch, dass die Cholerabacillen alle anderen Bakterien in dieser Fähigkeit bedeutend übertreffen. Auch kommen die anderen Nitrit bildenden Bakterien im Darm entweder gar nicht oder doch nur in sehr geringer Menge vor.

Eine andere Fähigkeit der Cholerabacillen besteht darin, dass sie aus Kohlehydraten Säure (Milchsäure) zu bilden vermögen, was für das zu Stande kommen der Salpetrigsäurevergiftung auch von grosser Wichtigkeit ist, weil die Milchsäurevergiftung die Entwickelung der salpetrigen Säure aus ihren Salzen zur Folge hat und die salpetrige Säure viel heftiger wirkt als ihre Salze.

Die Nitrate, aus denen die Cholerabacillen die zur Vergiftung und Tödtung des Menschen ausreichende Mengen von Nitriten bilden stammen 1. aus dem Brunnenwasser: In Budapest enthält das Brunnenwasser 1·35 Salpetersäure im Liter; in Magdeburg 1·13; in Gibraltar 3·2 salpeterensauren Kalk etc. Daneben ist aber auch stets freie salpetrige Säuren in solchen Wässern in beträchtlicher Menge vorhanden.

2. aus der Nahrung: besonders Salat und Gemüse.

Daher ergibt sich, dass man für reines (nitrat- und nitritfreies) Trinkwasser und für die Ernährung des armen Volkes mit Fleisch sorgen und vor dem Genuss von nitratreichen Nahrungsmitteln (Salat, Gemüse) warnen muss.

Zu erwähnen ist noch die Aehnlichkeit zwischen Cholera und Arsenvergiftung, die sich aus der Aehnlichkeit der letzteren mit der Nitritvergiftung erklärt.

Einen weiteren Beweis für die Wichtigkeit der Bildung von Nitrit und organischen Säuren durch die Kommabacillen bei der Cholera bilden auch Versuche, wo durch die gleichzeitige Einführung von Kommabacillen und Nitraten sowie zur Säurebildung geeigneten Kohlehydraten (Zucker) in den Magen von Meerschweinchen ein besonders heftiger und rasch verlaufender Krankheitsprozess erzeugt wurde.

Um auf die Methämoglobinbildung wieder zurückzukommen: Wird sich bei der Untersuchung des Blutes von Choleraleichen Methämoglobin nachweisen lassen, was für eine Anzahl der Fälle sehr wahrscheinlich ist, so wird die spectroskopische Untersuchung als für den praktischen Arzt leichter und einfacher auszuführen wie der Nachweis der Kommabacillen für die Diagnose der Cholera herangezogen werden können. Endlich mag noch erwähnt werden, dass vielleicht noch andere, besonders organische Stoffe in der Bouillonkultur von Cholerabacillen die zerstörenden Wirkungen im Organismus bedingen können, doch kommen diese gewiss viel weniger in Betracht. Verfasser, der an sich Versuche mit Kommabacillen gemacht hat, konnte alle Erscheinungen auf die Wirkung der salpetrigen Säure zurückführen, während er die Einwirkung eines alkaloidartigen Körpers (wie sie für die Cholera beschrieben werden

Toxopepton, Toxoglobulin etc.) oder irgend eines anderen Giftes nicht wahrnehmen konnte.

Zum Schlusse hebt Verfasser nochmals folgende Punkte hervor:

1. Die Uebereinstimmung der Krankheitssymptome und der patholog.-anatom. Veränderungen bei Cholera asiatica und Nitritvergiftung bei Menschen und Thieren.

2. Der spectroskopische Nachweis des Absorptionsstreifens des Methämoglobins im Blute von an Cholera verstorbenen Meerschweinchen.

3. Alle Bakterien, welche Nitrate zu Nitriten reduziren, thuen dies in viel geringerer Menge als Cholerabacillen und kommen im Darm entweder gar nicht oder in nicht bemerkenswerther Menge vor.

4. Das Vorkommen von reichlichen Nitratmengen im Trinkwasser und in den vegetabilischen Nahrungsmitteln des Menschen, zur Nitritbildung Anlass gebend.

6. Das Säurebildungsvermögen der Cholerabacillen. Dadurch Erzeugung von Diarrhoe (Cholerine) und beim Zusammentreffen mit Nitraten von Cholera.

6. Die besondere Empfindlichkeit des Menschen gegen Nitrit (0·2 *gr* tödten ein Kaninchen und können beim Menschen schon die schwersten Intoxikationserscheinungen erzengen.)

7. Die merkwürdige Analogie zwischen Cholera asiatica und Arsen- sowie Nitritvergiftung beim Menschen.

8. Die Beschleunigung der künstlichen Cholerainjektion durch Nitratreiche Nahrung (Rübenfütterung) beim Meerschweinchen.

3. Die Beobachtung, dass Cholerabacillen, welche ein grösseres Reduktionsvermögen besitzen auch eine intensivere Infektion beim Meerschweinchen bewirken als solche mit geringem Nitritbildungsvermögen.

In der Nachschrift von R. Emmerich, J. Tsuboi und O. Loew wird die Ansicht ausgesprochen, dass durch Darreichung des reduzirenden Schwefelwasserstoffs (per os) den Cholerabacillen und dem Nitrit entgegengearbeitet werden könnte. Vielleicht könnten auch Schwefelwasserstoffbildende Bakterien, in den Darm eingeführt, als Antagonisten der Cholerabacillen funktioniren. *B. S.*

I. Aus dem Institut für Infektionskrankheiten des Herrn Geheimrath **Prof. Robert Koch** in Berlin.

Stabsarzt Prof. Dr. Behring: Die ätiologisch-therapeutischen Bestrebungen der Gegenwart. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24, 1893.)

Verf. verspricht in einer Reihe von Aufsätzen das obenanstehende Thema ausführlich zu behandeln.

Die vorliegende Arbeit spricht:

I. Ueber «infektiöse» und über «ansteckende» Krankheiten.

II. Ueber die Bekämpfung der durch Bakterien erzeugten ansteckenden Krankheiten.

I. Der Verf. lässt den Ausdruck «Infektionskrankheiten» vollständig fallen und setzt an Stelle desselben die Bezeichnung «ansteckende Krankheiten». Er wählt diesen Namen, weil es ihm für seine ätiologische Krankheitslehre auf die parasitäre Krankheitsursache, entsprechend ihrer gegenwärtig erkannten Bedeutung, ankommt, während der Virchow'sche Begriff der «Infektionskrankheiten» für die heutige Auffassung nicht mehr ausreicht. Ein historischer Rückblick zeigt, dass Schönlein (in seiner «Allgemeinen u. speciellen Pathol. u. Ther. 1841») das Wort «Infektionskrankheiten» nicht kannte — die jetzt als solche aufgefassten Krankheiten bringt er unter den verschiedensten Gruppen unter —, dass Hufeland («Euchiridion medicum. 1842») das Wort «Infektion» blos auf die «venerische Krankheit» (der Gesammtname für Syphilis, Gonorrhoe und weichen Schanker) anwendet, daneben aber einige unserer Infektionskrankheiten unter dem Titel «ansteckende Fieber» begreift. Erst Virchow hat das Wort «Infektionskrankheiten» in die Wissenschaft eingeführt. Er rechnet jedoch Tetanus, Diphtherie, Influenza, Pneumonie, Tuberkulose nicht dazu, die gerade heutzutage die bestgekannten Bakterienkrankheiten sind.

Darum hat Verf., sich an Henle's Deduktionen in seiner «Rationellen Pathologie» anlehnend, die ätiologische Bezeichnung «parasitäre Krankheiten», und zwar genauer «ansteckende parasitäre Krankheiten» (weil nicht alle parasitären Krankheiten im volksthümlichen Sinne des Wortes ansteckend sind), gewählt und theilt diese Krankheiten in folgende Gruppen: 1. die durch thierische Parasiten erzeugten, 2. die durch pflanzliche Parasiten erzeugten. Davon zerfällt die 2. Gruppe in die Unterabtheilungen: a) Bakterienkrankheiten, b) Schimmelpilzkrankheiten und andere durch pflanzliche Parasiten erzeugte Krankheiten.

II. Ueber die Bekämpfung der durch Bakterien erzeugten ansteckenden Krankheiten.

In Frankreich haben Bretonneau und Trousseau schon im Jahre 1821 die epidemisch grassirende Angina und den Kehlkopfcroup als ätiologisch einheitliche kontagiöse Krankheiten erkannt und Isolirung der Kranken und Vernichtung der Krankheitsprodukte empfohlen.

Deutschland war in der Erkenntniss der in Rede stehenden Krankheiten zurückgeblieben.

Virchow empfahl 1847 nach eingehendem Studium einer Typhusepidemie in Oberschlesien sociale Reformen, um durch Besserung der Lebensverhältnisse der Bevölkerung die Widerstandskraft der Individuen zu heben und dadurch den ansteckenden Krankheiten die Verbreitung zu erschweren.

Die lange Zeit allein herrschende pathologisch-anatomische Richtung war eben weder für die Erforschung der Infektionskrankheiten in ätiologischer Beziehung noch für therapeutische Fortschritte auf diesem Gebiete günstig. Durch specifische Ursachen zusammengehörige Krankheiten wurden infolge der rein anatomischen Auffassung geschieden, die Therapie wurde entweder ganz vernachlässigt oder durch missverstandene chemische Theorien in falsche Bahnen gelenkt.

Erst R. Koch betrat in der Erforschung der endemischen und epidemischen Infektionskrankheiten einen neuen Weg, indem er den spezifischen Krankheitserregern nachging, sie isolirt züchtete und durch Erzeugung der spezifischen Krankheit an Thieren den unumstösslichen Nachweis für ihre Spezifizität erbrachte.

Und damit war ein bedeutender Fortschritt geschehen; denn die Erforschung der parasitären Krankheiten hatte nun erst eine praktische Richtung gewonnen, die auf Verhütung und Heilung dieser Krankheiten hinzielte.

Diese Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten bildet heutzutage den wichtigsten Theil der Hygiene und das ist auch dasjenige Gebiet, das R. Koch (neben seiner bedeutenden Thätigkeit in anderen hygienischen Fragen wie Wasserversorgung, Städtereinigung, Bekleidung Schutzvorrichtungen in Industriegebieten etc.) durch seine bahnbrechenden Untersuchungen erst zur Wissenschaft erhoben hat.

Die erste Aufgabe der Bakteriologie oder Parasitologie war die ätiologische Erforschung der Infektionskrankheiten. — An die sich hieraus ergebende Prophylaxe und ihre Erfolge Lister'sche Wundbehandlung, Aufhören der Typhusepidemien durch Assanirung des Bodens und Trinkwasserversorgung, Verhütung des Puerperalfiebers etc.) schliessen sich gegenwärtig die «Bestrebungen, welche dem einzelnen Menschen Infektionsschutz verleihen wollen und den inficirten Menschen zu heilen suchen».

Die Erfolge der Schutzimpfungen, die bei den Pocken so überzeugend sind, haben sich bei anderen Krankheiten, wie z. B. der Cholera vorläufig nicht in derselben Weise eingestellt. Dagegen hat die antifermentative Therapie auf die Binz schon 1883 hingewiesen, auf Laboratorumsversuchen basirend, schon manches erfreuliche Resultat erzielt — man denke nur an Pasteur's Heilmethode tollwuthinfizirter Menschen und R. Koch's Versuche zur Heilung beginnender Tuberkulose — und sind darum die Hoffnungen der experimentell arbeitenden Bakteriologen, in absehbarer Zeit spezifische Mittel gegen die verschiedenen bösartigen Seuchen zu finden, heutzutage nicht mehr von der Hand zu weisen.

Verfasser ermahnt zum Schluss als begeisterter Schüler Koch's besonders zur noch weiteren Erforschung des Tuberkulins, das nach seiner Ansicht, da es thatsächlich auf tuberkulöse Produkte spezifisch einwirke und bei vorsichtiger Anwendung keine Gefahr mit sich bringe, unverantwortlicher Weise zu früh fallen gelassen wurde. *B. S.*

Girot (Paris): **Ueber die Anwendung des Salol bei Cholera.** (Le Bulletin Méd. Juni 1893.)

Verfasser hat mehrere Untersuchungen über die Verwerthbarkeit des Salol bei Cholera angestellt. Er kommt zu dem Schlusse, dass das Mittel bei Cholera keinen therapeutischen Werth besitzt. Aber nicht nur, dass der therapeutische Zweck bei Verabreichung dieses Mittels nicht erreicht wird, sondern es ist auch die Annahme begründet, dass durch dasselbe noch eine Reihe von Gefahren bedingt werden, denn es ist nicht gleichgiltig, wenn Fremdkörper tagelang in Kontakt mit Darmulcerationen bleiben, wie es GAILLARD bei der Cholera gesehen hat und wie Verfasser selbst dreimal es zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Behauptung HUEPPE's, dass das Salol ein ausgezeichnetes Choleramittel sei, müsse, nach Ansicht des Verfassers, als nicht zutreffend entschieden zurückgewiesen werden. Jedenfalls sei das fragliche Medicament bei derartigen Leiden nur mit grosser Vorsicht anzuwenden. *A. D.*

Ballet (Paris): **Geisteskrankheit und Ernährungsstörung.** (Le Progrès Med. Juni 1893.)

Prof. BALLET berichtete in der Sitzung vom 9. Juni l. J. der «Soc. Méd. des Hôpitaux» über den Fall einer fiebernden Frau, die an verworrenen Ideen mit Verfolgungswahn litt. Der Vortragende supponirte, dass diese Symptome von einer Nutritionsstörung abhängig wären. Bei der Untersuchung des Harnes fand man in der That, dass derselbe stark toxisch war. Die chemische Analyse ergab überdies das Vorhandensein eines abnormen Ptomaïn im Urin.

A. D.

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

Soziales und Wissenschaftliches. — Zum 21. deutschen Aerztetag.

Breslau, den 27. Juni 1893.

(Schluss.)

Die Eröffnungsrede des Vorsitzenden, Herrn Geheimrath Dr. GRAF lautet:

Wieder liegt ein Jahr hinter uns, seitdem auf dem Aerztetage zu Leipzig der deutsche Aerztevereinsbund in das dritte Decennium seines Bestehens eingetreten ist; wieder liegt uns die Pflicht ob, Umschau zu halten und das Ergebniss unserer Bestrebungen zu prüfen. Wenn dieses Ergebniss kein greifbares, wenn wir weder auf dem Gebiete der Gesetzgebung des Reiches, noch auf dem der Einzelstaaten nennenswerthe Erfolge zu verzeichnen haben, wenn wir dagegen — entsprechend den Vorgängen im politischen Leben — auch in unseren Reihen über centrifugale Strömungen so wie über Ermattung und Gleichgiltigkeit zu klagen haben, so dürfte es nicht Wunder nehmen, wenn Diejenigen unter uns, welche am längsten und eifrigsten für die Erreichung der gemeinsamen Ziele bemüht gewesen sind, allgemach den Muth sinken liessen und einer jüngeren Generation den Platz räumen möchten.

Vereine und Vereinsverbände sind in vieler Hinsicht den Pflanzen gleich zu achten; auch sie sind abhängig von dem Boden, in welchem sie wurzeln, von Licht, Luft und Sonnenschein; und ausser der Nahrung, welche sie erhalten, bedürfen sie ebenso sehr der Fähigkeit, diese zu assimiliren, — um so entweder zu wachsen und zu erstarken, oder zu verwelken und neuen Gebilden Platz zu machen. Und auch bei ihnen ist nicht das Längenwachsthum, nicht Umfang und Aussehen das Entscheidende; oft birgt der üppigste Baum den Keim des baldigen Unterganges in sich, ehe der Aussenstehende es bemerkt. Ziehen wir die Nutzanwendung!

Wohl darf unser Aerztevereinsbund sich mit gutem Recht die Vertretung der deutschen Aerzte nennen; 239 Vereine mit 13.467 Mitgliedern geben ihm hierzu die unzweifelhafte Befugniss; keine ärztliche Vereinigung irgend einer Stadt, eines Einzelstaates kann den gleichen Anspruch erheben.

Aber hier, auf unserem Aerztetage, den die räumliche Trennung seiner Mitglieder in der Regel nur einmal im Jahre zusammentreten lässt, hier ist es unsere Aufgabe zu erwägen, ob unser Bestand gesichert, ob wir die Willensmeinung derer, die uns entsenden, zum Ausdruck zu bringen ehrlich und ernst bemüht geblieben sind, ob wir die Autorität, welche wir beanspruchen, auch verdienen. Nur eine solche Selbstprüfung kann uns in den Stand setzen, die Gründe für ungenügende Erfolge zu erkennen.

Man hat von beachtenswerther Seite uns den Vorwurf gemacht, wir suchten diese Gründe in äusseren Verhältnissen, in den Gesetzen und bei denen, welche zu Wächtern und Vollziehern derselben gesetzt sind, bei den Regierungen und den Parlamenten, während die Schäden doch in uns selbst zu finden seien. Gewiss eine sehr wohlgemeinte Mahnung! Alle Vereine, auch die sogenannten reinen Standesvereine, welche es vergessen wollten, dass die Ansprüche, welche die Gesammtheit der Aerzte an den Staat und die Gesellschaft erhebt, nur in dem Maasse Berechtigung haben, in welchem sie durch die Leistungen dieser Gesammtheit — nicht etwa nur Einzelner — verdient werden, würden sich über die elementaren Bedingungen jedes Erfolges täuschen.

Ich glaube nicht, dass unser Verband bisher hiergegen blind gewesen ist.

Das der Stand der deutschen Aerzte, dessen wissenschaftliche Bildung und Vorbildung bei allen Völkern anerkannt wird, aus verschiedenen Gründen Gefahr läuft, in seinem Können zurückzubleiben, ist nicht von uns übersehen worden. Die Reform des medizinischen Unterrichts und des Prüfungswesens bildeten die Themata auf zwei Aerztetagen, auf welchen wir die lebendige Betheiligung hervorragender Lehrer begrüssen durften; eng damit verbunden ist der Gegenstand unserer diesjährigen Berathung: Der ärztliche Dienst in Krankenhäusern, welcher dem gleichen Ziele, der besseren praktischen Erziehung des künftigen Arztes zugewendet ist; wir wollen dabei manche Einrichtungen unserer Nachbarländer uns gern zum Muster dienen lassen ohne doch in sklavischer Nachahmung derselben die Lehr- und Lernfreiheit unserer Hochschulen preisgeben zu wollen.

Wir haben wiederholt auf die Bedenken hingewiesen, welche darin liegen, dass die hohe Entwickelung der Spezialfächer in der Medizin und ihre ausschliessliche Kultivirung seitens einzelner Aerzte den wissenschaftlichen Einheitsbestrebungen Abbruch thun und dass eine Behandlung kranker Organe an Stelle der Behandlung des kranken Menschen treten kann.

Schon vor einer Reihe von Jahren haben wir es betont, welch schwere Verantwortung diejenigen von uns auf sich nehmen, welche — wenn auch in bester Absicht — durch allgemeine Empfehlungen bestimmter Heilmittel und Heilverfahren ihr gutes Theil dazu beitragen, dass heute die modernen Wunderthäter und Allheilmittelfabrikanten auf dem so vorbereiteten Boden ein günstiges Feld für ihre weitergehenden Versprechungen finden. Das Gesetz hat zwischen uns und diesen Kurpfuschern nur eine fast unsichtbare Schranke gezogen; an uns ist es, dieselben nicht nur in Wissen und Können zu übertreffen, sondern vor Allem uns auch dadurch von ihnen zu unterscheiden, dass unser steter Leitstern die Wahrheit ist.

Je unerfreulicher die Vorgänge auf dem Gebiete der ärztlichen Praxis sich hie und da entwickelt haben, um so unbestrittener bleibt uns die Thätigkeit auf dem grossen Felde der prophylaktischen Medizin der Gesundheitspflege in Haus, Gemeinde und Staat, einem Felde, auf welchem wir nicht so leicht der Verfolgung von Sonderinteressen verdächtigt werden können.

Die grosse Lehrmeisterin der Menschheit, die Colera, hat im letzten Jahre einmal wieder Bevölkerung und Regierungen unsanft aufgerüttelt, und ihr haben wir es zu danken, dass der Entwurf eines Seuchengesetzes bis an Bundesrath und Reichstag gelangt ist. Sie wissen, dass dieser Entwurf in seinen verschiedenen Stadien mancherlei Veränderungen und Einschränkungen erfahren hat; Sie wissen, dass er durch die Auflöung des Reichstages nicht zur Verabschiedung gelangt ist; — uns ist dadurch die Möglichkeit gegeben, ihn noch einmal, namentlich mit Rücksicht auf die Bedürfnisse und Forderungen des ärztlichen Standes zu prüfen, und so gelangt derselbe heute zu Ihrer Berathung.

An solche Zeiten, in welchen die Bedeutung der wissenschaftlichen Forschung und der Unentbehrlichkeit des Arztes auch dem blödesten Auge klar werden müssen, dürfen wir denn auch vielleicht eine schwache Hoffnung auf eine Besserung unserer Verhältnisse knüpfen. Für die Stellung der Militärärzte hat es jedesmal eines Feldzuges bedurft, um den ganzen Stand einen Schritt vorwärts zu bringen; sollen auch wir erst auf die grossen Volksseuchen warten müssen, um unsere Forderungen mit grösserem Nachdruck vertreten zu können?

Denn, mögen jene Kritiker auch im Rechte sein, welche für den Verfall der Kunst in erster Linie die Künstler verantwortlich machen wollen, wir müssen es ausdrücklich verneinen, dass unsere wiederholt gefassten Beschlüsse, welche eine anderweitige Regelung unseres Verhältnisses zum Staat und eine Aenderung der Gesetzgebung fordern, damit irgendwie im Widerspruch stehen. Wir sind im Gegentheil davon durchdrungen, dass ohne Erfolge auf diesem Gebiete auch jene inneren Reformbestrebungen fruchtlos bleiben werden. Unsere wesentlichsten Forderungen sind die längst bekannten: Der berechtigte Einfluss von frei gewählten Organen des Standes auf das Verhalten aller seiner Mitglieder — nicht nur der freiwillig zu Vereinen Zusammengetretenen — und die Revision der uns betreffenden Bestimmungen der Gewerbeordnung und der socialpolitischen Gesetzgebung.

Schon haben angesehene Organe der politischen Presse es anerkannt, dass es ein grosser Missgriff war, Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung ohne die organische Mitwirkung des ärztlichen Standes einrichten und durchführen zu wollen, — und alle kleinen Hilfsmittel und Vereinbarungen werden hier so lange keine Abhilfe schaffen, bis dem Arzt sowohl in der Centralstelle wie in den einzelnen Kollegien sein Platz gesetzlich und dauernd gesichert ist.

Das Gutachten der Preussischen Wissenschaftlichen Deputation, welches im Jahre 1869 vor Berathung der Gewerbeordnung im Norddeutschen Reichstag erfordert war, sagte die grosse Schädigung des ärztlichen Standes voraus, falls die Freigebung der Praxis beschlossen würde; es sagt weiter: «mehr aber noch, als die Verhütung des Verfalls der Würde des ärztlichen Standes muss für den Staat die sanitätspolizeiliche Sorge für die Beschränkung und Verhütung ansteckender Krankheiten und Seuchen ein dringend massgebender Grund werden, das Strafverbot gegen die gewerbsmässige Medizinalpfuscherei aufrecht zu erhalten.» Trotz dieser schon damals vorhandenen Einsicht ist es nicht zu unserer Kenntniss gekommen, dass Preussen oder eine der anderen Bundesregierungen zu irgend einer Zeit, auch jetzt nicht vor der Einbringung des Reichsseuchengesetzes, im Bundesrath Anträge in dem gedachten Sinne gestellt hätten. Nicht das Interesse für den ärztlichen Stand wird schliesslich jene unheilvolle Freigebung zu Fall bringen; erst wenn die Hygiene es erreicht haben wird, dass alle «öffentlichen Schädlichkeiten» mehr und mehr bekämpft und beseitigt werden, dann mag auch der sicherlich ihnen zuzurechnende Krebsschaden der gewerbsmässigen Kurpfuscherei in den Schlupfwinkel zurückgedrängt werden, in welchen er gehört.

Auch jene anscheinend begründete Hoffnung, auf welche ich im vorigen Jahre hinweisen durfte, es werde die Gesetzgebung des preussischen Staates, soweit das im Rahmen der Gewerbeordnung möglich ist, unserm Verlangen nach einer strafferen Organisation des Standes entgegenkommen, ist nicht in Erfüllung gegangen.

Und wie steht es mit der Selbsthilfe, mit dem Einfluss der freien Vereine und ihrer Lebens- und Schaffensfreudigkeit? Auch hier bleibt Vieles zu wünschen übrig.

Wohl bilden sich stets hier und dort neue Vereine, wohl sind manche der älteren in Gährung und Umbildung begriffen, aber die Betheiligung der Mehrzahl an den gemeinsamen Aufgaben ist eine nicht genügende, das Interesse für die Angelegenheiten des Verbandes, wie es sich durch die Stellung von Anträgen für den Aerztetag, durch Beiträge für das Vereinsblatt zeigen müsste, ist kein allgemeines und ausreichendes; einzelne grössere Vereine entsenden nicht einmal Abgeordnete zu den Aerztetagen, und doch ist nur das gesprochene Wort, die Diskussion im Stande, nachhaltige Anregung zu schaffen und Gegensätze zu vermitteln oder zwischen ihnen zu entscheiden.

Uns hat vor 20 Jahren die Begeisterung zusammengeführt, die gemeinsamen Interessen haben uns verbunden gehalten, aber nur die klare Erkenntniss, dass wir vereinzelt machtlos, vereint stark sind, verbunden mit einem warmen Herzen für die Noth des Standes, kann unsern Fortbestand sichern.

Nicht die offenen Gegner, nicht die, welche uns bekämpfen, sind unsere schlimmsten Feinde; — es sind die Gleichgültigen, welche vornehm oder aus egoistischen Beweggründen bei Seite stehen, welche in Selbstzufriedenheit es nicht sehen können oder wollen, dass es sich auch um ihre Sache handelt, wenn es den Kollegen schlecht geht; sie vor Allen gilt es hereinzurufen und an ihre Pflicht zu mahnen.

Und die Antwort auf die Frage, ob bei so geringen sichtbaren Erfolgen noch weitere Arbeit berechtigt und räthlich sei, ist leicht zu geben: Es gibt eine Arbeit, die, weil sie sittlich nothwendig, den Lohn in sich selbst trägt, und die Saat, die wir ausstreuen, wird einstmals Früchte tragen, wenn sie aus guten Körnern besteht, sie wird verwehen, so weit sie sich als Spreu erweist.

Darum bitte ich auch heute: Lassen Sie es nicht zu, dass unterirdische Minirarbeit unsere Zusammengehörigkeit untergräbt, sorgen Sie, dass jede grundsätzliche Differenz, jeder ernste Reformvorschlag hier auf unserem Aerztetag offen zur Berathung und Entscheidung gelange. Bewahren Sie diesen unsern Verband als ein unschätzbares Mittel, um die nothwendige Einheit der deutschen Aerzte in ihren vielgestaltigen Beziehungen und Verhältnissen zu sichern und das Bewusstsein von der Würde und den Pflichten ihres Standes in ihnen wach zu halten. *K.*

Tagesnachrichten und Notizen.

*Vom Obersten Sanitätsrathe. In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes vom 1. Juli d. J. erstattete der Sanitätsreferent im k. k. Ministerium des Innern, Ministerialrath Dr. Ritter v. Kusý, Bericht über den derzeitigen Stand der Cholera in Südfrankreich, in der asiatischen Türkei, namentlich in Mekka, dann in Südrussland, insbesondere in den an Galizien und die Bukowina grenzenden Landestheilen. Nach eingehender über diese Verhältnisse eingeleiteter Berathung gelangte der Oberste Sanitätsrath zu dem Schlusse, dass, wenn auch eine imminente Gefahr der Cholera-Einschleppung in das Reichsgebiet nicht vorhanden zu sein scheine, dennoch Vorsicht geboten und zu empfehlen sei, einerseits auf den Verkehr von bedenklichen Waaren und Personen aus den inficirten Gebieten und Häfen in Südfrankreich eine verschärfte Aufmerksamkeit in sanitätspolizeilicher Hinsicht zu richten und andererseits die im Vorjahre erfolgreich begonnenen Assanirungsarbeiten in den Gemeinden wieder aufzunehmen und in zweckentsprechender Weise zu vervollständigen. Als weiterer Verhandlungsgegenstand gelangte ein von einer politischen Behörde gestellter Antrag auf Erlassung allgemeiner sanitätspolizeilicher Vorschriften, betreffend der Einrichtung und den Betrieb von Badeanstalten, zur Berathung. Referent: O. S. R. Dr. Ritter von Wiedersberg. Ferner wurden die gesundheitlichen Verhältnisse in einzelnen Orten mit lebhaftem Fremdenverkehre einer Besprechung unterzogen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien: Dr. Friedrich Kovacs hat sich als Docent für interne Medizin habilitirt.

— Böhmen. Zu Gemeindeärzten ernannt: Dr. Paul Klimek in Přichowitz, Dr. Anton Škrdlik in Nusle-Pankrac, Carl Heinzel in Fischern, Dr. Oskar Höfner in Lauterbach, Dr. Kordina jun. für Böhm. Skalitz, Dr. Siegfried Gottlieb für Gross-Czekau, Dr. Joh. Roždal für Steinkirchen, Dr. Ottokar Tichý für Jungfer-Teinitz, Dr. Prokop Knop für Jablonetz, Dr. Sigfried Justig für Aussergefild.

— Steiermark: Der bisherige Operateur und Assistent an Prof. Dr. Anton Wölfler's chirurgischer Klinik in Graz, Dr. Emil Gold, wurde zum Director und Primarius des Kaiser Franz Josef-Spitales in Bielitz (Schlesien) ernannt.

— Tirol: Der Professor der Geburtshilfe, Dr. Emil Ehrendorfer (Innsbruck), wurde für das Schuljahr 1893—94 zum Rector Magnificus gewählt.

— Deutschland. (Berlin): Dr. Schimmelbusch und Dr. Nasse haben sich als Privatdozenten für Chirurgie habilitirt. — Bonn: Für die durch den Rücktritt Veit's erledigte Professur für Frauenheilkunde ist der Breslauer Gynäkologe Prof. Heinrich Fritsch in Aussicht genommen.

— Bukowina. Zu Gemeindeärzten wurden ernannt: Dr. Arthur Kreutz für Seletin, Dr. Ignaz Schlecht für Lužan.

— Schweiz: Dr. Theodor Buri habilitirte sich als Docent für Dermatologie.

— Russland: An der Universität Tomsk wurde Dr. Grammatikali zum ordentlichen Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie ernannt.

* Am 28. Juni wurde durch einmüthigen Beschluss der eidgenössischen Räthe ein schweizerisches Gesundheitsamt geschaffen.

* Berlin. Professor Dr. A. Fränkel, Director des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin hat die Redaktion des Centralblattes für klinische Medizin niedergelegt. An seine Stelle tritt Professor Dr. Unverricht, Director des städtischen Krankenhauses Sudenburg-Magdeburg.

* Rom. Der XI. Internationale medizinische Kongress wird am 24. September im Beisein Sr. Maj. des Königs von Italien in Rom inaugurirt werden und wird unter dem Vorsitz des ehemaligen Ministers Prof. Dr. Guido Baccelli bis zum 1. Oktober dauern. Die Zahl der Eingeschriebenen, worunter viele Damen, übertrifft schon jetzt die der Mitglieder des vorhergegangenen Berliner Kongresses. Die italienische Regierung, wie der römische Stadtrath bereiteten Festlichkeiten zu Ehren der ausländischen Gäste vor. Die Theilnehmer haben Anspruch auf ein Exemplar der Acten des Kongresses. Zur Einschreibung genügt die Einsendung einer Visitkarte, begleitet von der Einschreibegebühr per Postanweisung (Fcs. 25 für die Herren, Fcs. 10 für die Damen) an den Schatzmeister Prof. L. Pagliani, General-Sanitäts-Director, Ministerium des Innern, Rom. Die Frage der Reisevergünstigungen ist jetzt endgültig dahin entschieden, dass in Deutschland, Oesterreich und der Schweiz eine Fahrpreisermässignng nicht eintritt; die Kongresstheilnehmer müssen bis zur Erreichung der italienischen Grenze die gewöhnlichen Retour- bezw. Rundreisebillets benutzen. An den Grenzstationen erhalten die Kongresstheilnehmer, sowie deren sie begleitende erwachsenen Angehörigen gegen Vorzeigung einer Reiselegitimationskarte 1) Tour- und Retourbillets nach Rom mit 50 Proc. Fahrpreisermässigung; 2) Rundreisebillets mit 20 Proc. Ermässigung auf deren fahrplanmässige Preise. Diese Vergünstigungen sind vom 1. September bis 31. Oktober in Kraft. Die Reiselegitimationskarten werden im August zur Ausgabe gelangen und von ausführlichen Instruktionen begleitet sein, welche sowohl die Preise der direkten Billets, als auch die Fahrpläne und Preise der Rundreisetouren, auf welche die Ermässigungen Anwendung finden, enthalten werden.

* Cholera-Berichte. Die Epidemie in Mekka, die nach einigen Nachrichten aus den Tageszeitungen in der vergangenen Woche noch im Wachsen begriffen war, brach zuerst unter den Pilgern aus Yemen, in welchem wahrscheinlich schon seit längerer Zeit Cholera herrschte, aus. Vom 8. bis 11. Juni wurden 31, 46, 46, 51 Todesfälle festgestellt. Ausser in Arabien herrscht noch in einigen anderen Gebieten der asiatischen Turkei Cholera; in Schatra erkrankten (starben) vom 17. Mai bis 4. Juni 74 (50), in Bassora vom 31. Mai bis 5. Juni 132 (73), vom 5. bis 11. Juni starben in Bassora weitere 139. In Russland sind wieder vereinzelte Cholerafälle festgestellt worden. In Frankreich dauern die kleinen Ortsepidemien grösstentheils noch an. In Alais waren bis 10 Juni 61 Todesfälle vorgekommen, am 12. und 14. Juni ereigneten sich weitere 9 bezw. 3 Choleratodesfälle.

* Todesfälle. Am 2. Juli l. J. verschied in Wien, nach langwierigem, schwerem Leiden der prakt. Arzt, Dr. Moriz Reiss im 63. Lebensjahre — In der Vorwoche ist zu Mies in Böhmen der dortige Stadtarzt Dr. Jakob Klein verstorben.

Aerztliche Stellen.

Distriktsarztesstelle in Neuhradek (Böhmen) (12 Gemeinden mit 53·03 Qu.-Kilom. und 7751 Einw.). Gehalt 400 fl., Reisepauschale 20 fl. für je 10 Qu.-Kilom.. von der Gemeinde Neuhradek ein Wohnungsbeitrag von 10 % des Gehaltes. Die Besetzung der Stelle erfolgt provisorisch auf ein Jahr. Bewerber haben ihre im Sinne des Gesetzes vom 23. Februar 1888, § 5. instruirten Gesuche bis 31. Juli l. J. an die Bezirksvertretung in Neustadt a/Mettau einzusenden und über ihre bisherige Verwendung in der Praxis, sowie über die vollkommene Kenntniss der böhmischen Sprache und die Erlangung des Doktorgrades an der medizinischen Fakultät der böhmischen Universität zu Prag den Nachweis zu erbringen.

Distriktsarztesstelle in Bela (Böhmen) (9 Gemeinden, 62·5 Qu.-Kilometer Flächenausmass und 5000 Einwohnern). Die Besetzung der Stelle erfolgt provisorisch für ein Jahr Gehalt 500 fl., das normalmässige Reisepauschale und 100 fl. Zulage von der Gemeinde. Die im Sinne des § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes vom 23 Februar 1889 instruirten Gesuche sind bis 20. Juli l. J. an den Bezirksausschuss in Deutschbrod einzusenden.

Arztesstelle für die Stadt Muggia und die dazu gehörigen Steuergemeinden (Istrien). Mit dieser Stelle ist ein Gehalt von 600 fl. für die Armenbehandlung und die Reiseentschädigung von 200 fl., welche beide aus der Gemeindekasse in monatlichen Anticipatraten flüssig gemacht werden, verbunden. Ueberdies hat der Arzt Anspruch auf den Bezug einer Gebühr von 1 fl. für jede in den bezüglichen Steuergemeinden vorgenommene ärztliche Visite und eine solche von 50 kr., wenn der Kranke 1½ Kilometer entfernt ist; für die Stadt selbst und deren Umgebung ist diese Gebühr mit 25 kr. festgesetzt. Bewerber um diese Stelle haben ihre mit den Studienzeugnissen belegten Gesuche bis zum 20. Juli l. J. beim Gemeindeamte Muggia einzubringen Wegen der Dienstesdauer wird mit dem neu ernannten Arzte ein besonderer Vertrag abgeschlossen, in welchem auch nähere Bestimmungen über die gegenseitigen Rechte und Pflichten aufgenommen werden.

Gemeindearztesstelle in Fianona (Istrien) mit einem jährlichen Honorare von 1200 fl. von der Gemeindekasse in monatlichen Anticipatraten zahlbar, wofür der Arzt verpflichtet ist, die Armen der ganzen Ortsgemeinde zu behandeln und als Sanitätsorgan der Gemeinde zu fungiren im Sinne des Landessanitätsgesetzes für Istrien vom 18. März 1874. Bei Besuchen Armer, die ausserhalb der Hauptortschaft wohnen, wird jedesmal von der Gemeinde die Wagengebühr vergütet. Ausserdem hat der Gemeindearzt Anspruch auf die durch das Gesetz normirten Gebühren für die ihm von Seite des Staates oder der Provinz übertragenen Agenden, bei Epidemien, Gerichtskommissionen, Impfung u. s. w. Der Kontrakt wird auf drei Jahre geschlossen, und erneuert sich weiterhin stillschweigend von Jahr zu Jahr, falls er nicht von einem oder dem anderen Kontrahenten 3 Monate vor Ablauf des Termines gekündigt wird. Für diese Stelle wird die Kenntniss der italienischen Sprache gefordert, erwünscht ist ferner die Kenntniss eines südslavischen Idioms. Doktoren der gesammten Heilkunde und österreichische Staatsbürger, die auf diese Stelle reflektiren, haben ihre gehörig dokumentirten Gesuche längstens bis 15. August l. J. an das Gemeindeamt Fianona einzusenden.

Gemeindearztesstelle in Vergoraz, polit. Bezirk Makarska (Dalmatien). Jahresgehalt 1300 fl. Das Honorar für die Krankenbesuche in- und ausserhalb des Wohnsitzes ist von dem Gemeinderathe festgestellt. Erfordernisse: Doktorat der gesammten Heilkunde, vollkommene Kenntniss der kroatischen Sprache, Haltung einer Hausapotheke. Gesuche bis 20 Juli l. J. an die Gemeindevertretung von Vergoraz.

Direktorsstelle im St. Lazarusspitale in Krakau (Galizien) mit dem Gehalte von 1600 fl. und 3 Quinquennalzulagen zu 300 fl. Der Direktor ist verpflichtet, im Spital zu wohnen, sobald entsprechende Lokalitäten hiefür gewonnen sein werden und erhält bis dahin ein Relutum von 600 fl. für Quartier und Heizung Diese Stelle ist fix und gibt Anspruch auf einen Ruhegehalt. Bewerber haben sich ausser mit dem Zeugnisse ihrer bisherigen Verwendung im Spitalsdienste, auch mit der Kenntniss der Landessprache auszuweisen und ihre Gesuche bis 15. August l. J. an den galizischen Landesausschuss zu richten.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 5 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Die Tuberkulose und deren heutige Behandlung in Sanatorien und Asylen." Von Dr. M. Mayer in Ischl. II.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 23. Juli 1893.** **Nr. 30.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl., halbj 5 fl., viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Arteriosklerose und Morbus Brightii.

Von

Prof. Henri Huchard in Paris.[1])

I.

In meinen ersten Vorlesungen über Arteriosklerose, im Jahre 1884 und 1885[2]), theilte ich die Krankengeschichte einer grossen Zahl von Patienten mit, die, beim Fehlen jedweder Albuminurie, Symptome dargeboten hatten, die man bis dahin mit Unrecht der interstitiellen Nephritis zuzuschreiben pflegte. Ich zeigte, indem ich diesbezügliche Beweise anführte, dass es sich hier zumeist um generalisirte Arteriosklerose handle, deren Zustandekommen zwei wohl charakterisirte Perioden aufweist, nämlich die arterielle und die viscerale Phase. Ich zeigte überdies, dass die erstgenannte Phase, die sich zuerst durch die vermehrte arterielle Spannung ohne materielle Schädigungen und später durch vasculäre Veränderungen charakterisirt, am Krankenbette sorgfältig unterschieden werden müsse, da sie die einzige curable sei. — Die in Rede stehende Affektion, in dieser Art aufgefasst, hatte somit doppeltes Interesse, ein klinisches und ein therapeutisches.

Mehrere meiner damaligen Beobachtungen beziehen sich auf Kranke, bei denen die Untersuchung des Urins während einer mehr oder weniger langen Zeit ein vollständiges Fehlen von Eiweiss ergeben hatte. Diese Thatsache — dem Anscheine nach ganz paradox — erklärte sich durch die verschiedenen Lokalisationen der Krankheit, die sowohl einen cerebralen und medullären wie auch einen cardialen, pulmonären, hepatischen und renalen Charakter annehmen kann, je nachdem die Läsion die Gefässe der Nervencentren, des Herzens, der Lungen, der Leber oder der Nieren betrifft.

Die Krankengeschichte eines Falles, über den ich damals zu meinem Auditorium sprach, lautet in zusammengefasster Form wie folgt:

Ein 60 Jahre alter Mann, Emphysematiker, der zu wiederholten Malen an Bronchitis und an Lungenkongestionen gelitten hatte, wurde am 4. März 1885 in das Hôpital Bichat aufgenommen und bot während einiger Zeit eine schwere Dyspnoe und die Erscheinungen des Cheyne-Stocke'schen Athmens dar. Das Herz war hypertrophirt, arbeitete sehr kräftig, und es war eine Verstärkung des diastolischen Aortentones zu hören. Der Urin war blass, reichlich und enthielt gar keine Spur von Eiweiss; dasselbe erschien erst einige Tage später. Bei diesem Kranken drängte sich die Diagnose einer cardialen und renalen Arteriosklerose einigermassen von selbst auf; die viscerale Läsion hatte im Herzen und in der Niere ihren Anfang genommen.

Bei einem andern Kranken hatte die Krankheit im Gehirn begonnen (linksseitige Hemiparese, Schwindelanfälle); bei einem dritten erschien sie zuerst im Herzen. Diese drei Kranken, führte ich damals aus — von denen der erste einen renalen, der zweite einen cerebralen und der dritte einen cardialen Fall darstellt — sind von derselben Affektion ergriffen. — Die Lokalisation oder das Vorherrschen der Läsionen an den verschiedenen Organen hält diese Fälle auseinander; derselbe pathologisch-anatomische Prozess vereint sie mit einander. Mit einem Worte — man kann es nicht genug wiederholen —: Die interstitielle Nephritis, bevor sie zu einer Nierenkrankheit wird, stellt eine Affektion des ganzen cardioarteriellen Systems dar.[3])

Indem ich diese Studien nach derselben Richtung hin weiter verfolgt hatte, erkannte ich alsbald, dass gewisse cardiale Dyspnoen nichts Anderes als toxische Dyspnoen bei den arteriellen Cardiopathieen darstellen, selbst wenn im Verlaufe dieser Affektionen die Albuminurie fehlt. Ich bin auf diese Frage sehr oft zurückgekommen,[4]) und einer der Aerzte meiner

[1]) Aus der medizinischen Klinik ... «Hôpital Bichat» in Paris. — Publicirt in «Revue générale de clinique et de thérapeutique» vom 12. Juli, 1893. — Mitgetheilt von Léon Leibowitz.

[2]) «France médicale», 1885. Résumé de trois leçons sur l'artériosclérose. — Siehe auch: Les leçons sur les maladies du coeur (1889), und: Traité clinique des maladies du coeur et des vaisseaux (1893).

[3]) Huchard. Leçons de clinique et de thérapeutique sur les maladies du coeur, 1re édition 1889, pages 148 à 336.

[4]) Revue de clinique et de thérapeutique, 1887; Société de thérapeutique, 1889; Société médicale des hôpitaux, 1892; Traité clinique des maladies du coeur et des vaisseaux, 1893.

Klinik, Dr. TOURNIER, wählte diesen Gegenstand zum Thema einer bemerkenswerthen und interessanten Inauguraldissertation. [5])

Die Kenntniss dieser toxischen Dyspnoe ohne das Vorhandensein von Albumen besitzt eine ausserordentlich grosse Bedeutung und dieselbe setzte mich in den Stand, eine ganz spezielle Medikation aufzustellen, und zwar mit Hilfe des Milch- und Vegetarier-Systems, so wie mittelst der intestinalen Antiseptica, ein Verfahren, mit dem ich, wie ich es bereits zu wiederholten Malen betont und nachgewiesen hatte, die allerschönsten und rapidesten Erfolge der Therapie erzielen konnte.

Da nun diese arteriellen Cardiopathien das Resultat der Lokalisation der Arteriosklerose auf das Herz sind, so gelangte ich natürlich auch dahin, für diese Krankheiten eine Reihe extra-cardialer Symptome zu beschreiben, Symptome der vermehrten arteriellen Spannung, toxische Symptome u. A., so lokale, z. B. rheumatoide Schmerzen und Krämpfe in der Kontinuität der Extremitäten, Schwindel, Cephalalgien, Gesichtsstörungen, Somnolenz, Blässe der Integumente, transitorische Urämie, Dyspnoe, gewisse Delirien u. s. w.[6])

(Fortsetzung folgt.)

Beitrag zur Wirkung des Trionals.

Von

Dr. Koppers, Strälen.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Fall X. Patient, 50 Jahre alt, leidet an Kongestionen, Aufregungszuständen und damit verbunden an Nachtschweissen.

18. Februar 1893. Abends 8 Uhr erhält Patient 0·5 Trional und trinkt eine Tasse warmer Milch nach. Er hat die Nacht gut geschlafen und blieb vollkommen frei von Schweiss.

22. Februar. Patient hat seither jeden Abend ein Pulver. 0·5 Trional, genommen und hat stets Nachts gut geschlafen, ohne zu schwitzen. Von lästigen Nebenwirkungen wurde nur Morgens über Müdigkeit geklagt, die jedoch immer bis Mittag wieder beseitigt war. Patient soll einige Tage mit Trional aussetzen.

28. Februar. Patient fühlt sich im Allgemeinen wohler und kräftiger und schwitzt nicht mehr Nachts.

8. März. Weitere Anwendung des Trionals ist nicht mehr nothwendig.

Fall XI. Patientin, 25 Jahre alt, hat eine schwere Pneumonie des linken Oberlappens durchgemacht; seit 14 Tagen ist sie fieberfrei, jedoch seit 8 Tagen ist eine leichte Pleuritis sicca vorhanden. Die Patientin ist sehr aufgeregt über die Aussicht, noch länger von der Familie fern bleiben zu müssen, ist unruhig und schwitzt Nachts sehr stark.

25. Februar 1893. Abends 8 Uhr erhält Patientin 0·5 Trional mit einer Tasse warmer Milch.

27. Februar. Patientin hat in den letzten zwei Nächten gar nicht geschwitzt und gut geschlafen. Heute Abend erhält sie kein Trional.

28. Februar. Patientin hat heute Nacht wieder Schweisse gehabt und erhält in Folge dessen Abends wieder 0·5 Trional.

1. März. Patientin hat ziemlich gut geschlafen, ihre Haut ist Morgens vollkommen trocken.

8. März. Patientin fühlt sich ganz wohl, darf das Bett verlassen und hat keinerlei Arzneimittel mehr nöthig.

Fall XII. Patient, 32 Jahre alt, hatte im Frühjahr 1892 rechtsseitige Pleuritis im Anschluss an eine rechtsseitige Spitzenaffektion. Nach Heilung der Pleuritis und längerem Aufenthalt im Süden fühlte Patient sich im Spätsommer und Herbst vollkommen wohl. Seit vier Wochen hat er eine Anschwellung unter dem rechten Schlüsselbein und klagt über Schmerzen daselbst; ausserdem fiebert er seit 8 Tagen Morgens und Abends und hat in der Nacht starken Schweiss. Die Anschwellung unter dem Schlüsselbein stellte sich als tuberkulöser Abscess heraus und Patient erhält Jodoformeinspritzungen.

3. Februar 1893. Abends 0·5 Trional mit einer Tasse warmer Milch. Patient schlief während der Nacht sehr gut, hatte keinen Schweiss mehr und verspürte keine unangenehme Nebenerscheinungen des Trionals.

8. Februar. Patient, der bis hieran nicht mehr geschwitzt hatte, musste wieder die Wäsche wechseln wegen übermässigen Schweisses.

9. Februar. Nachdem Patient gestern Abends 0·5 Trional erhalten hatte war seine Haut heute Morgens vollkommen trocken.

10. Februar. Gestern Abends wieder 0·5 Trional. Während der Nacht trat kein Schweiss auf.

28. Februar. Patient hat in der Zwischenzeit noch öfter Nachtschweisse gehabt, so dass er noch mehrmals veranlasst war Trional zu nehmen. In den auf das Einnehmen dieses Mittels folgenden Nächten blieb der Schweiss aus.

Aus vorstehenden Krankengeschichten ist zu ersehen, dass das Trional einerseits eine recht gute antihydrotische Wirkung besitzt und dass dasselbe andererseits als hypnotisches Mittel ganz Vorzügliches leistet.

Ich muss hier bemerken, dass der Gedanke, das Trional als Antihydroticum zu verwerthen, von Herrn Privatdozenten Dr. SEIFERT, Würzburg, ausgegangen ist.

Diese schweisshemmende Wirkung des Trionals nun kann uns kaum Wunder nehmen, da das Sulfonal bekanntlich eine ziemlich gleiche Wirkung äussert. Durch eine unter Leitung des Herrn Dr. SEIFERT gearbeitete Dissertation von SCHMIDT (Würzburg 1889) ist uns über diese antihydrotische Wirkung des Sulfonals Ausführliches mitgetheilt worden. Er wandte das Sulfonal meistens bei Phthisikern an und verordnete es in einer abendlichen Einzeldosis ebenfalls von 0·5 und erzielte damit in den meisten Fällen eine vollkommene Sistirung der Nachtschweisse. Die durch die geringe Gabe von 0·5 Trional hervorgerufene schweisshemmende Wirkung war eine gleich gute wie nach Gebrauch anderer ähnlich wirkender Mittel, so dass dasselbe in dieser Hinsicht dem Atropin oder Agaricin an die Seite gestellt werden dürfte. Vielleicht, da doch sehr häufig mit nächtlichen Unruhen und Schlaflosigkeit eine gesteigerte Sekretion der Haut verbunden ist, dürfte die Anwendung des Trionals, um eine Doppelwirkung zu erzielen, in diesen Fällen eher als andere Mittel angezeigt sein. Vor dem Sulfonal verdient es der geringen Nebenerscheinungen wegen den Vorzug.

Meine Beobachtungen jedoch über die vorgenannte Wirkung des Trionals sind noch nicht zahlreich genug, um ein abschliessendes Urtheil darüber zu geben, jedoch die wenigen günstigen Erfolge dürften zu weiterer Beobachtung in dieser Richtung auffordern.

Betreffend die hypnotische Wirkung des Trionals ist aus den Krankengeschichten ersichtlich, dass bei der einfachen Schlaflosigkeit, der Agrypnia nervosa, in den meisten Fällen 1·0 des Trionals genügten um einen guten tiefen Schlaf herbeizuführen, der meistens die ganze Nacht anhielt. Bei stärkeren Erregungszuständen psychisch Erkrankter dürfte eine höhere Dosis von 1·5—2·0, wie die zahlreichen Mittheilungen aus den verschiedensten Nervenkliniken und Irrenanstalten bewiesen haben, angezeigt sein. Eine Ueberschreitung der Dosis von 2·0 ist nach meinen Beobachtungen wohl kaum jemals nothwendig, weil die bessere Wirkung nicht im Verhältniss zur höheren Dosis steigt und weil die Nebenerscheinungen, die auftreten können, nach Verabreichung einer Gabe von 2·5—3 *gr* doch eher zu erwarten sein dürften, als nach Einnahme einer geringeren Quantität.

Wo es sich um Patienten handelt, die der Schmerzen wegen nicht schlafen können, schlägt das Mittel, wie auch BÖTTICHER gefunden hat, sehr häufig fehl. Es ist zwar in allen Fällen eine Wirkung zu konstatiren, indem die Kranken ruhiger werden, auch Schlafbedürfniss verspüren, jedoch ein ruhiger Schlaf tritt bei Vorhandensein stärkerer körperlicher Schmerzen

[5]) TOURNIER. La dyspnée cardiaque. Thèse de Paris. 1892.

[6]) Etude clinique de la cardio-sclérose. Revue de médecine. 1892.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 29. 1893.

nicht ein. Ich muss somit mit Anderen übereinstimmend erklären, dass das Trional vorwiegend hypnotisch, jedoch nur sehr wenig anästhesirend wirkt.

Die Schlafwirkung tritt für gewöhnlich sehr bald ein. Während nach Gebrauch von Sulfonal häufig geraume Zeit verstreicht, selbst Stunden vergehen, ehe Schlaf erfolgt, kommt die schlaferzeugende Wirkung nach Einnahme des Trionals oft schon nach 15 Minuten, durchschnittlich aber innerhalb einer halben Stunde. Es ist daher zu empfehlen, das Mittel direkt vor dem Schlafengehen zu verabfolgen und der schnelleren Wirkung wegen, dasselbe mit einer kleineren Quantität einer warmen Flüssigkeit, Milch, Thee, oder dergleichen zusammen nehmen zu lassen. Es sei auch der Anwendung des Trionals per rectum Erwähnung gethan. Bei derselben trat, wie Fall IV zeigte, die Wirkung, wenn auch etwas später, ebenso ein wie bei der Dosirung per os und gab an Intensität der letzteren nichts nach.

Die hypnotische Wirkung des Trionals kommt zu Stande durch direkte Einwirkung desselben auf die Rindensubstanz des Grosshirns; derselben, auf das Gehirn gerichteten Wirkung, gehören die Folgeerscheinungen an, die nach dem Erwachen des Kranken auftreten können, als drückendes, unangenehmes Gefühl im Kopf, Schläfrigkeit, Müdigkeit, starke Empfindlichkeit gegen Geräusche und Hyperästhesie der Haut. Dieses dumpfe Gefühl im Kopfe ist meistens auf die vordere Kopfhälfte lokalisirt und doppelseitig; eigentliche Kopfschmerzen jedoch sind es nicht, wenigstens ist mir kein Fall vorgekommen, wo ein Patient nach Gebrauch von Trional über nennenswerthe Kopfschmerzen geklagt hätte, im Gegentheil habe ich wiederholt gefunden, dass Kopfschmerzen, wo sie vorhanden waren, nach Einnahme von Trional und gutem darauffolgenden Schlaf verschwunden waren.

Alle diese Erscheinungen jedoch sind nach Gebrauch von 1·0—1·5 Trional nur sehr geringe und werden von den Kranken leicht überwunden; sie verschwinden meistens nach kurzer Zeit und häufig nach Einnahme des Frühstücks. Schwerere und sehr unangenehme Nebenwirkungen dieser Art, wie Ohrensausen, Schwindel, Taumeln, Erbrechen und dergleichen, wie es nach Sulfonal häufiger vorkommt, habe ich nicht beobachtet.

Veränderungen der Respiration, sowie nennenswerthe Störungen von Seiten der Verdauungsorgane habe ich nicht gesehen.

Anders jedoch verhält es sich mit dem Einfluss auf die Thätigkeit des Herzens und auf die Cirkulation. Es wird durch Trional der Blutdruck etwas herabgesetzt und die Pulszahl fand sich wiederholt um 5—10 Schläge vermindert und zwar ist dieses selbstverständlich um so mehr der Fall, wo es sich um Herzfehler mit oder ohne Kompensationsstörungen handelt. Aus der unter Nr. VIII aufgeführten Krankengeschichte des Patienten mit vitium cordis tritt der schädliche Einfluss des Mittels auf die Herzthätigkeit deutlich zu Tage, obwohl blos eine Gabe von 1·0 Trional angewandt worden war. Wenn auch Andere dieselben Erfahrungen in dieser Hinsicht nicht gemacht haben, so habe ich doch durch diesen Fall die Ueberzeugung gewonnen, dass das Trional einen schädlichen Einfluss ausübt, überall da, wo Herzerkrankungen mit Kompensationsstörungen vorliegen und es ist daher in all' diesen Fällen vor der Anwendung des Trionals zu warnen oder eine gewisse Vorsicht anzuempfehlen.

Immerhin haben wir im Trional der Firma Bayer & Co., Elberfeld, ein Mittel gefunden, welches wegen seiner schnellen und sicheren hypnotischen Wirkung verdient, in der Reihe der Hypnotica mit an erster Stelle genannt zu werden und welches zugleich in niedrigerer Dosis verwandt, eine ziemlich sichere antihydrotische Wirkung entfaltet.

Die Mehrzahl der vorliegenden Beobachtungen stammt aus der Praxis des Herrn Privatdozent Dr. Seifert in Würzburg, ein Theil aus meiner eigenen Praxis. Für die Ueberlassung des Materiales und für die Anregung zu dieser Arbeit statte ich Herrn Dr. Seifert an dieser Stelle meinen besten Dank ab.

---

*Med. Klinik des **Prof. De Giovanni** in Padua.*

Gegen die chirurgische Behandlung der Neurosen.

Von **Prof. Dr. Achille De Giovanni.***)

(Fortsetzung und Schluss.*)

Ich könnte noch viele Beispiele der Misserfolge der operativen Behandlung anführen, ich will mich aber darauf beschränken, noch folgendes charakteristische Beispiel zu erwähnen.

Eine Frau litt an unsäglichen Beschwerden des Verdauungsapparates: Schmerzen, Vomitus, Blähungen etc. Trotzdem war sie bei gutem Appetit, und ging die Verdauung gut vor sich. Nachdem sie verschiedene Aerzte konsultirt, begab sie sich zu einem Chirurgen, welcher die Abtragung der Eierstöcke vorschlug. Dieser Vorschlag wurde angenommen und nach vollzogener Operation fühlte sich die Patientin thatsächlich für einige Zeit, so lange sie nämlich ausserhalb des Hauses weilte, herumreiste und für ihre Zerstreuung sorgte, ziemlich wohl; kaum war sie aber zu Hause angelangt, so traten die früheren Symptome, und zwar mit noch grösserer Intensität wieder auf, so dass die unglückliche Frau in meine Ordination geführt wurde von dem Arzte, der die chirurgische Intervention empfohlen hatte. Bei der Untersuchung der Patientin konstatirte ich, wie seinerzeit, Schmerzpunkte längs der Wirbelsäule; die Patientin klagte überdies über Nausea, heftige Gastralgien nach jeder Mahlzeit etc., also ganz wie früher; ferner konstatirte man, und dies ist besonders auffallend, Hyperästhesie der Haut in der Ovarialgegend, was übrigens auch bei der Frau der Fall ist, die wir vor uns haben, bei der ebenfalls die Ovariektomie vorgenommen wurde und die trotzdem an ihrer klassischen Ovarie fortleidet, wie Sie sich selbst werden überzeugen können, und die ganze Symptomatologie darbietet, die Sie von früher her, bevor noch die Operation vorgenommen wurde, kennen. Dies ist aber auch der deutlichste Beweis für das früher Gesagte, dass nämlich der Grund des Leidens nicht in den Ovarien oder im Uterus liegt, wohl aber im Centralnervensystem, und zwar in seiner Gesammtheit oder speziell in einem Theile desselben, wesshalb die Phänomene, die ich die Projektionserscheinungen nennen will, bald in den Ovarien, bald im Uterus, bald im Magen, bald im Darm etc. zur Aeusserung kommen können.

Das sind augenscheinliche Thatsachen, gegenüber welchen ich tief beklagen muss, dass man nicht die Nothwendigkeit einsieht, vor Allem die Diagnose der Neurose und des Mechanismus ihrer Symptome genau festzustellen, um so zur Erkenntniss der wahren Heilindikation zu gelangen. Und ich beklage, dass heute die Dinge so stehen, dass man oft den Kranken selbst die Entscheidung über die Art der Behandlung überlässt, denn, nachdem einmal die Propaganda für das «neue Heilsystem» gemacht ist, entscheiden sie sich fast ausnahmslos für die, wie ihnen versichert wird, «radikale und rasch zur Heilung führende» Behandlungsmethode — eine seltsame Entscheidung, die der Ausdruck der Neurose ist, die aber als der Akt eines resoluten und vernünftigen Willens angesehen wird.

Ich komme nunmehr zum zweiten und letzten Theile des Gegenstandes, nämlich zu jenem der voreiligen Diagnosen. Eine Frau litt an den Folgezuständen eines vernachlässigten Partus sowie an vielen nervösen Störungen und einer hochgradigen Denutrition. Diese Folgen waren ziemlich schwer, und obwohl die Patientin gegen die Vornahme einer Operation sich lang sträubte, liess sie sich doch endlich dazu bewegen. Tag und Stunde der Operation wurden bereits festgesetzt.

Am Tage vorher fiel dem Gatten der Patientin ein, auch meine Meinung einzuholen. Ich ignorirte vollkommen die Verabredungen mit dem Chirurgen und stellte die Diagnose auf

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 27, 29, 1893.

Ovario-Salpingitis in Folge der Geburt. Ich erklärte diese entzündlichen Folgen als schwer heilbar, musste aber doch, auf Grund meiner Erfahrung in einschlägigen Fällen, zugeben, dass der Prozess langsam zurückgehen werde. Ich theilte dem Manne ferner mit, dass die Resolution durch Absorption erfolgen könne oder im schlimmsten Falle durch Zustandekommen eines Abscesses.

Nachdem ich die in diesem Falle geeignete Behandlung verordnet hatte, war es für mich höchst überraschend zu vernehmen, dass die Frau in drei Tagen operirt werden musste. Ich hielt die Operation für nicht dringend und rieth der Frau einige fünfzehn Tage abzuwarten. Indess solle die von mir empfohlene Behandlung durchgeführt werden. Ich fügte noch hinzu, dass die Frau sich noch immer später operiren lassen könne, wenn es nicht nach meinen Vorhersagungen ginge. Mein Rathschlag wurde befolgt.

Nach Ablauf von zwei Wochen hatte sich der Zustand der Patientin gebessert, nach einem Monate befand sich Patientin noch besser, und heute, wo bereits ein Jahr seit der Zeit verstrichen ist, ist die Frau gar nicht mehr wieder zu erkennen: sie ist dicker geworden, sie hat ihre, ich möchte sagen künstlerische Laune wiedererlangt; das Allgemeinbefinden ist vortrefflich, und sie hat sogar der Schmerzen ganz vergessen, die als von schwerer und um sich greifender Krankheit der Ovarien und der breiten Mutterbänder herrührend erklärt wurden

Wenn die Stunde nicht so vorgerückt wäre, könnte ich Ihnen noch manchen ähnlichen Fall anführen.

Jedenfalls werden Sie, meine Herren, schon aus dem Gesagten entnehmen können, dass die Frage, wie ich sie gestellt habe, sämmtlichen Kardinalpunkten der Wissenschaft und Praxis entspricht. Die erste für mich fundamentale Frage, von welcher alle Ihre Studien ausgehen müssen, ist das Axiom, dass die Symptomatologie des Genitalapparates, sowie jene des Digestionsapparates bei jeder Form von Neurose, ich möchte sagen unausbleiblich ist, und dass die Neurosen, wiewohl sie eine centrale, konstitutionelle Affektion sind, zuweilen den Schein peripherer Erkrankungen kleiden. Eine verschiedene Annahme würde ein Irrthum sein.

Damit Sie aber, meine Herren, meinen Ideengang vollkommen begreifen, werde ich schliessen mit dem Bemerken, dass der operative Eingriff in einigen Fällen vorgenommen werden muss, wenn nämlich derartige anatomisch-pathologische Alterationen der inneren Genitalorgane vorhanden sind, dass ganz eigene und besondere Symptome hervorgerufen werden, die jedoch mit der neurotischen Krankheitsform, mit der sie zuweilen associirt erscheinen, nichts zu schaffen haben. Nur in diesen Fällen wird der operative Akt den Zustand der Patientinnen bessern.

In den wenigen anderen Fällen, in denen doch Operationen vorgenommen wurden, muss die Besserung ihrer suggestiven Wirkung zugeschrieben werden, während die anderen, viel zahlreicheren Neurosen, die aus der Operation gar keinen Nutzen gezogen, durch einen fingirten chirurgischen Eingriff sicher gebessert worden wären. Dies meine Ideen und meine Ueberzeugung.

Auf dem grossen Gebiete der Klinik müssen wir, weit von systematischen Anschauungen, darauf bestehen, dass Thatsachen gesammelt werden, die dazu dienen sollen, in der Mehrzahl der Aerzte Ueberzeugungen, verschieden von denjenigen, die noch jetzt ziemlich allgemein sind, einzupflanzen. Dann wird klar hervorgehen, dass wir nicht eigensinnig unseren Standpunkt vertraten und dass wir die Vernunft auf unserer Seite hatten.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 8. November 1892.

***Dr. Grapow:** Ueber die «Amenorrhoe und ihre Behandlung.»*

GRAPOW hält das Gebiet der Menstruationsanomalien für besonders geeignet, um einen Einblick in die Fortschritte der konservativen Gynäkotherapie zu geben. Auch in diagnostischer Hinsicht habe man Fortschritte gemacht, wenn schon eine ideale Eintheilung in primäre und sekundäre Anomalien auch jetzt noch nicht möglich sei. Die Amenorrhoen theilt Vortragender zunächst in 2 Gruppen. Zu der ersten gehören die vor Eintritt der ersten Regel — die also hier eine M. serotina wird — bestehenden Amenorrhoen; so bei Chloranämie und bei gewissen Missbildungen — infantiler Habitus mit Hypoplasia uteri und Zwerguterus, nicht zu verwechseln mit dem atroph. Uterus. Die Behandlung dieser Amenorrhoen ist eine allgemein roborirende — bei der Chlorose mit den bekannten inneren Mitteln, Eisen-, Mangan-, Arsenpräparate, Bewegung in frischer Luft, veränderte Lebensweise, sodann eine örtliche, Zwecks Herstellung einer künstlichen Kongestion zu den Unterleibsorganen, speziell zur Uteruschleimhaut. Hier kommen vor Allem unsere modernen Hilfsmittel in Frage: die Elektrizität, Massage und Gymnastik, über deren Technik und Anwendungsweise sich Vortragender an der Hand von Beispielen ausführlich verbreitet.

Zur zweiten Gruppe gehören die erworbenen, interkurrirenden Amenorrhoen: Suppressio mensium aus den verschiedensten Ursachen; Amenorrhoe bei Atrophia uteri der verschiedenen Grade und Arten, bei Cirrhosis uteri im 3. Stadium chronischer Metritis; ferner, indirekt verursacht, die Amenorrhoen bei Schwächung des ganzen Organismus: bei Laktationsatrophie, bei Chlorose und Anämie, bei gewissen Psychosen, Morbus Addisonii und Basedowii, Diabetes, Malaria, Morphiumsucht etc. etc.

Ueber den Einfluss der akuten Infektionskrankheiten auf den Menstruationsprozess liegen werhvolle Beobachtungen von GOTTSCHALK vor. Speziell macht dieser auf die bei Scharlach nicht selten auftretende Oophoritis aufmerksam, deren rechtzeitige Erkennung eventuell spätere Atrophie vermeiden lässt. Die Therapie wird immer die oben angeführten Hilfsmittel verwenden, immer mit Berücksichtigung der ätiologischen Momente.

Diskussion: Dr. OLSHAUSEN fragt, ob experimentelle Beobachtungen vorliegen über die Erhöhung der Blutmenge in den Genitalien durch zuleitende gymnastische Bewegungen, besonders, ob die Temperatur in der Vagina erhöht wird durch zweckentsprechende Gymnastik?

Dr. GRAPOW weiss nicht, ob derartige Untersuchungen vorliegen und bezweifelt bezüglich der Temperaturmessungen, dass diese ein positives Resultat gegeben hätten.

Dr. HOTTE: Dem älteren Arzt sind Massage und Elektricität als Mittel gegen Amenorrhoe neu. Er bittet jüngere Mitglieder eingehende Vorträge zu halten.

Dr. OBERG wirft die Frage auf, ob es wirklich echt vikariirende Menstruationen gibt, resp. ob die Blutungen aus anderen Organen nicht auf Erkrankungen derselben beruhten?

Dr. GRAPOW glaubt an echt vikariirende Blutungen.

Dr. LOMER berichtet über einen Fall von kolossaler Adipositas in Folge von Amenorrhoe. Die Kranke hatte in einem halben Jahre ca. 50 Pfund an Gewicht zugenommen und war so korpulent, dass sie kaum gehen konnte. Sie klagte viel über Schwindel, aufsteigende Hitze, namentlich über Nasenbluten. Auf Skarifikation der Portio verloren sich alle Beschwerden, besonders auch das Nasenbluten und die Kranke nahm an Gewicht ab.

Dr. OBERG: Der LOMER'sche Fall konnte auch auf Chlorose zurückgeführt werden, auch da sehe man günstige Erfolge von Blutentziehungen.

Dr. SEELIGMANN sah in einem Falle von ausbleibender Periode vikariirend Magenblutungen eintreten. Auf heisse Vaginalausspülungen stellte sich die Periode wieder ein und die Magenblutung kehrte

nicht wieder. Ulcus ventriculi war weder durch die Untersuchung, noch durch die Anamnese zu konstatiren.

Dr. SCHRADER glaubt nicht an vikariirende Blutungen. Bei Ausbleiben der Periode erklären Frauen leicht jeden Blutverlust so. Geht man aber näher auf die Sache ein, dann findet man, dass ganz zufällige Blutungen aus anderen Organen so gedeutet werden. SCHRADER sah bei Hebammenschülerinnen die Periode oft und lange ausbleiben, ohne dass Schwangerschaft vorlag. Nie kam dabei vikariirende Blutung vor.

Dr. GRAPOW: Bei den Hebammenschülerinnen ist die Ursache der Amenorrhoe in den psychischen Eindrücken zu suchen und in der veränderten Lebensweise. Zu dem Bilde der vikariirenden Blutung gehöre auch noch, dass eine lokale Verminderung der Menstrualblutung vorliege. GRAPOW sah unter solchen Umständen Blutungen aus anderen Organen auftreten.

Dr. SCHRADER: War nicht in solchen Fällen in den anderen Organen eine lokale Ursache für die Blutung vorhanden?

Dr. GRAPOW: Das ist möglich, ändert aber nichts an der Thatsache der vikariirenden Blutung.

Dr. HOTTE sah mehrere Fälle von vikariirenden Lungenblutungen bei tuberkulöser Veranlagung.

Dr. OBERG hält die Frage demnach für offen, ob regelmässige Blutungen zu den Zeiten der Periode und mit dem Charakter der Periode aus anderen Organen vorkommen. A priori liesse es sich erwarten, dass bei der jede Menstruation einleitenden Hyperämie der Sexualorgane das Blut hierher strömt und von den anderen Organen fortfliesst.

Dr. RATJEN: Die Fälle von vikariirender Menstruation findet man vorzugsweise in der französischen Literatur. Er selbst sah wiederholt solche Fälle. Bei 3 jungen Mädchen traten regelmässig und wiederholt Lungenblutungen mit Abgüssen der Bronchien zur Zeit der Periode auf. Ferner sah RATJEN bei einer 40 jährigen Dame ganze Schalen voll Blut ausgehustet werden zur Zeit der Periode. Die Dame lebt noch — es sind das 20 Jahre her — und hat kein Lungenleiden, ist aber sehr hysterisch.

Dr. ALY: SEELIGMANN dürfe das Vorhandensein einer Ulcus ventric. nicht ausschliessen, weil die Untersuchung negativ ausfiel.

Dr. SEELIGMANN glaubte eine vikariirende Menstruation aus dem Magen vor sich zu haben in Rücksicht auf den Erfolg der heissen Ausspülungen.

Dr. OLSHAUSEN glaubt, dass vielleicht umgekehrt die Magenblutung und die dadurch bedingte Anämie erst das Ausbleiben der Periode hervorriefen.

Dr. VOIGT sah mehrere Fälle von echter vikariirender Menstruation und hat augenblicklich einen Fall der Art in Behandlung, ohne an Lunge oder Hals Veränderungen finden zu können, durch welche die Blutungen bedingt wären.

Dr. WINDMÜLLER fragt Lomer, ob in dessen Fall die Amenorrhoe nach einer Geburt eingetreten sei.

Dr. LOMER: Nach übermässig langem Stillen.

Dr. HOTTE glaubt auch an echte Fälle von vikariirender Menstruation.

Dr. OLSHAUSEN: Hat man schon daran gedacht, Adipositas mit Blutentziehung zu behandeln?

Dr. SEELIGMANN: KISCH hat darüber geschrieben.

(Centralblatt für Gynäkologie Nr. 27, 1893.)

Académie de Médecine in Paris.

Sitzung vom 27. Juni 1893.

Die prophylaktische Behandlung des Tetanus.

VERNEUIL machte die Erfahrung, dass selbst radikales Vorgehen, wie Excision des Herdes oder Amputation, zuweilen nicht den Wundstarrkrampf zur Heilung brächten, ja dass er oft erst nach diesen Operationen entstehe. Die einzig rationelle Therapie des Tetanus bestehe in der Prophylaxis, nämlich jede Wunde, bei welcher eine Berührung mit Erde, Dünger oder mit Pferden mittel- oder unmittelbar stattgefunden habe, als suspekt anzusehen und die darin enthaltenen Keime zu zerstören. Derartige Wunden sind daher mit ganz besonderer Sorgfalt zu behandeln. Vor Allem ist die sofortige Vereinigung der Wunde zu verhindern; bei zu enger Wunde schreite man sofort zu genügender Erweiterung, um die Herde klaffend und der lokalen Behandlung zugänglich zu machen, und zwar geschieht das besser mit dem Thermokauter wie mit dem Messer. Man verfahre dabei so rasch und energisch als möglich, um der Entwicklung des Wundfiebers zuvorzukommen, und vermeide es, alte inficirte Wunden zu verletzen, da der Tetanus schon ganz unerwartet noch nach Umlauf der gewöhnlichen Incubationszeit in Folge eines kleinen chirurgischen Eingriffes (Eröffnung eines Abscesses, Entfernung eines Splitters, einer Ligatur) ausgebrochen ist.

Fremdkörper entferne man aus der frischen Wunde nur dann, wenn keine Gefahr da ist, den Infektionsherd zu vergrössern; sonst lasse man sie ruhig liegen und versuche, sie in loco unschädlich zu machen (mit dem Spray und permanentem Bade.)

Im Falle partieller Gangrän entferne man das Nöthigste mit dem Thermokauter lieber langsam und in mehreren Sitzungen anstatt zu viel zu opfern und die Wunde unnütz zu vergrössern.

Die Reinigung oder Sterilisation der so präparirten Wunde geschehe vorerst in dem permanenten Bade, wo dies unmöglich, mit dem Spray; oder mit oft wiederholter Injektion einer antiseptischen Flüssigkeit in die Umgebung des Herdes; bei breiten Wunden wiederholtes Auflegen von heissen Kompressen, mit antiseptischer Flüssigkeit durchtränkt. Am gebräuchlichsten davon sind: Chloral, Karbolsäure, Sublimat in mässiger Koncentration und warm, auch Jodoformäther und -Oel. Kalte, sowie alle reizenden Flüssigkeiten sind im Allgemeinen zu vermeiden, da sie manchmal das Erscheinen tetanischer Zufälle beschleunigen.

Bei Komplikation mit Lymphangitis, Phlegmone ausser Spray und Bädern die Pointes de feu, in das Unterhautzellgewebe eindringend.

In Fällen, wo die Antisepsis unmöglich ist, kann die Kauterisation der suspekten Wunden (mit Kausticis oder Glüheisen) in Anwendung kommen, wenn sie auch kein so treffliches Mittel zur Verhütung des Tetanus ist, wie allgemein geglaubt wird. Auch die Behandlung der Wunden an den Extremitäten und gewissen Stellen des Rumpfes vermittelst Wasserdampfes kann durch Tödtung der schädlichen Keime Dienste leisten.

(Münchner Medizinische Wochenschrift No. 27, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Lehrbuch der physiologischen Chemie

mit Berücksichtigung der pathologischen Verhältnisse.

Von **Richard Neumeister.**

I. Theil. Die Ernährung.

Verlag von Gustav Fischer. Jena 1893.

Der Autor, dem ein reiches Wissen auf dem Gesammtgebiete der biologischen und chemischen Wissenschaften zu Gebote stand, hat uns ein Werk geliefert, welches von dem Standpunkte der modernsten Forschung aus, eine übersichtliche und vollständig erschöpfende Darstellung der physiologischen Chemie liefert. Dass trotz der Reichhaltigkeit des Materials und der vollständigen Literaturübersicht (bis 1893) das Buch weder an Uebersichtlichkeit einbüsst, noch an irgend einer Stelle den Leser ermüdet, ist theils der mustergiltigen Bearbeitung nnd Eintheilung des Stoffes, theils dem Umstande zu danken, dass den zahllosen angeführten Thatsachen durch die Auffassung des Autors ein originelles Gepräge aufgedrückt und dadurch das Interesse des Lesers immer wach erhalten wird.

Um an dieser Stelle die Reichhaltigkeit des Materials sowohl als auch die glückliche Anordnung des Stoffes anzudeuten, lassen wir eine kurze Inhaltsübersicht folgen: Eingeleitet wird das Buch mit einer Darstellung der chemischen Prozesse in der Zelle. Hierauf folgt eine Uebersicht der Nahrungsstoffe. In diesem Abschnitt ist besonders hervorzuheben eine erschöpfende Darstellung der Chemie der Eiweisskörper, die der leichten Uebersicht halber in ein Schema eingetragen sind. Für den Lernenden gewiss eine angenehme Er-

leichterung. Auch die Kohlehydrate sind ausführlich behandelt und das wichtigste aus den Arbeiten FISCHER's und seiner Schüler berücksichtigt.

Der III. Abschnitt — die Fermente — gehört zu den besten des Buches. Es ist eine leicht fassliche Darstellung der Gährungslehre, dem eine Schilderung der chemisch interessanten Mikroorganismen angeschlossen ist. Nach diesen quasi vorbereitenden Theilen folgt die Lehre von der Verdauung. Die Begriffsbestimmung der cellularen und sekretiven Verdauung ist begründet durch eine Fülle vergleichender Thatsachen aus der Zoologie und Botanik.

Hierauf folgt eine vollständige Bearbeitung der Chemie der Verdauungssäfte, unter welchen besonders das Kapitel «Galle» hervorgehoben zu werden verdient.

In dem Abschnitte, der von der Veränderung der Nahrungsmittel durch die Verdauung handelt, findet sich die Darstellung der Albumosen und Peptone, als Ergänzung zum Kapitel «Eiweisskörper.» Dieser Abschnitt enthält zum grössten Theile Resultate eigener Forschung des Autors und der Schule, aus der er hervorgegangen.

Es folgt die Darstellung der Zersetzungsprodukte der Eiweisskörper durch Mikroorganismen und daran anschliessend eine übersichtliche Bearbeitung der Lehre von den Ptomainen und Toxalbuminen.

Das nächste Kapitel behandelt die Schicksale der Nahrungsstoffe bis zum Uebertritt in die Blutbahn, die Rolle des Darms und der Leber. Ausführliche Darstellung der Glycogenfrage. Das Schlusskapitel enthält die Darstellung der Bedeutung der einzelnen Nahrungsmittel, Erörterung der Begriffe Nährwerth, Calorie, Isodynamie etc.

Ganz besonders sei aufmerksam gemacht auf die Behandlung der Lehre von den Salzen und hier wieder auf die geradezu klassische Darstellung des Eisenstoffwechsels.

Mit einer kurzen Uebersicht über die Ernährung der Kulturvölker schliesst der vorliegende I. Theil dieses werthvollen Werkes, welches als Lehrbuch sowie als Nachschlagebuch nicht warm genug empfohlen werden kann. *K--ch.*

Ueber Schutzimpfungen, insbesondere die Schutzpockenimpfung.

Von **Dr. E. Ungar,**
Medizinalrath und Professor in Bonn.

Verlagsanstalt und Druckerei A. S. (vormals J. F. Richter) Hamburg

Eine historische Skizze der Pockenschutzimpfung mit statistischen Daten, die ihre Nothwendigkeit beweisen — (ist es wahrhaftig heutzutage noch nöthig, dies zu thun?) — führt zu den, für eine Reihe von Infektionskrankheiten schutzgewährenden Präventivimpfungen, die in populärer Weise erläutert werden. Das Schriftchen ist lesenswerth. *Fr. K.*

Zeitungsschau.

Prof. Dr. N. Zuntz: Welche Mittel stehen uns zur Hebung der Ernährung zu Gebote? (Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 20, 1893.)

Zunächst möchte Verfasser kurz die Frage der Prophylaxe der mangelhaften Ernährung und dann die eigentliche Therapie derselben, also die Mittel gegen den vorhandenen Zustand darlegen. Was die erste Seite betrifft, so sei es selbstverständlich, dass bei ungenügender Nahrungszufuhr, bei unzweckmässiger Mischung der Nahrung Störungen der Ernährung resultiren.

Was Verfasser mehr der Erwägung werth hält, sind die Folgen eines Zuviel auf dem Gebiete der Ernährung in der früheren Jugend. Vielfach begegnet man dem Wunsche, die Kinder in den ersten Lebensjahren zu möglichsten Prachtexemplaren herauszumästen, und kein Alter ist ja mehr geeignet, überernährt zu werden, als die ersten Lebensjahre. Bei Menschen ist nichts unerwünschter, als wenn wir durch die Ernährung einen frühzeitigen Eintritt in die Geschlechtsreife erzielen, weil wir mit der raschen Entwickelung des Körpers nicht eine gleich rasche Entwickelung des Geistes bewirken können, und weil wir so zu dem Resultat kommen, dass in einem schon voll entwickelten Körper sich ein noch allzu kindlicher Geist befindet. Dadurch entsteht ein Missverhältniss, welches die normale harmonische Ausbildung des Menschen wesentlich schädigt, und Verfasser ist allerdings der Meinung, dass dies Missverhältniss zwischen körperlicher und geistiger Entwickelung vielfach dadurch erzeugt wird, dass man schon in frühen Stadien des Lebens, etwa zwischen dem sechsten und zwölften Lebensjahr, allzu intensive, das Wachsthum anregende Ernährung anwendet. Einmal überreichlich eiweisshaltige Nahrung, dann solche Mittel, welche anregend auf den Appetit und die Verdauung einerseits, und andererseits auf die Entwickelung des Geschlechtsapparates einwirken und damit die Frühreife noch mehr fördern. Von diesen Gesichtspunkten aus ist übermässige Fleischzufuhr als nicht erwünschtes Reizmittel zu erachten, in noch höherem Maasse die verschiedenen Genussmittel aus der Reihe der Alkaloide, wie Thee, Kaffee u. s. w. Am allerbedenklichsten nach dieser Richtung hin ist aber der Alkohol in jeder Form. Zu diesen Reizmitteln gehören auch die Gewürze, Pfeffer, Zimmt besonders Vanille; durch Vermeidung dieser Mittel kann man eine langsamere, aber stetigere Entwickelung des Organismus erzielen. Dafür sprechen auch die Resultate der grossen Statistik über die Entwickelung der Kinder, welche AXEL KEY auf dem Berliner internationalen Kongresse vorlegte.

Verfasser verweist auf die von ihm mitgetheilten vergleichenden Tabellen über das Wachsthum der Jugend der wohlhabenden und ärmeren Stände; diese Tabellen zeigen, dass der Effekt der reichlicheren und anregenderen Ernährung in den wohlhabenderen Ständen sich äussert in einem erheblich grösseren Gewicht und einem stärkeren Längenwachsthum kurz vor der Pubertätsentwickelung, am ausgesprochensten im 15. Lebensjahre bei Knaben, im 13. und 14. bei Mädchen, dass dann aber trotz der Fortdauer der bescheideneren Ernährung in den ärmeren Ständen diese vollkommen nachholen, was sie versäumt haben, so dass z. B. speciell in den auf Amerika bezüglichen Zahlen etwa im 18.—19. Jahre Gleichheit eingetreten ist. Wenn wir aber auf allzu üppige Ernährung verzichten, wenn wir wenigstens in der Auswahl der Kost die Verhältnisse bei den ärmeren Ständen nachzuahmen suchen, so werden wir als wesentlichen Erfolg der verzögerten Körperentwickelung erreichen, dass die Pubertät nicht zu früh eintritt, und wir werden so der Bleichsucht und anderen Ernährungsstörungen in der späteren Zeit, namentlich bei dem weiblichen Geschlecht am besten dadurch vorbeugen, dass wir aus der Diät dieser für die ganze Zukunft so entscheidenden Wachsthumsperiode alle Reizmittel fernhalten und einfache Ernährung mit Milch, Brot, Butter mässigen Fleischmengen u. s. w. einführen.

Verfasser kommt zum zweiten Theil seiner Aufgabe, der Therapie vorhandener mangelhafter Ernährung, wo das Bedürfniss auftritt, den Körper in besseren Ernährungszustand zu bringen. Da hat man immer zwei Gesichtspunkte im Auge gehabt. Der eine ist die Auswahl von nahrhaften Substanzen, die man aus allen drei Gruppen der Nährstoffe, der der Eiweisskörper, Fette und Kohlehydrate, ausgesucht hat, wobei bald diese, bald jene mehr begünstigt wurden. Verfasser glaubt aber gar nicht, dass es so wesentlich ist, einseitig eine dieser Gruppen zu wählen, es kommt wohl in erster Linie darauf an, ein Plus an Nährstoffen überhaupt dem Körper zuzuführen. Die zweite und schwierigere Seite aber ist die Frage, was man geben soll, um den Patienten dazu zu bringen, dass er genügende Mengen aufnimmt? Da denken wir natürlich an die gewöhnlichen Magen anregenden Mittel, Salzsäure, Bitterstoffe u. s. w. Diese Dinge leisten unter Umständen etwas und werden immer wieder versucht werden. Mehr jedoch als medikamentöse Mittel verspricht die zweckmässige Auswahl unter den vorhandenen Nährstoffen zu leisten. Es gibt in jeder Gruppe von Nährstoffen einige besondere Substanzen, die man zur Hebung der Ernährung empfohlen hat. Aus den Eiweisskörpern wären hier die Peptonpräparate zu nennen, in denen durch Anwendung von Pepsin, Salzsäure oder Pankreassaft, oder durch Einwirkung des Wassers bei genügend hoher Temperatur unter Druck das Eiweiss

in den Zustand übergeführt ist, in welchem es direkt zur Resorpion gelangt. Es hat sich ergeben, dass wir mit den Peptonen nicht viel weiter kommen als mit den natürlichen Eiweisskörpern, weil wir sie dem Körper nicht geschmacksgerecht machen und infolge dessen nicht dauernd in genügender Menge geben können. Aber auf eine Verwendung der Peptone möchte Verfasser aufmerksam machen, die sich theoretisch stützt auf gewisse Erfahrungen, die im Lauf der letzten zwei Jahre in Verfassers Laboratorium von den Herren **Munk** und **Rosenheim** gemacht und grösstentheils publicirt worden sind. Diese gehen dahin, dass in der That nach einer Richtung dem Eiweiss eine ganz specifische Bedeutung für die Verdauung zukommt. Es hat sich nämlich gezeigt, dass, wenn man die Eiweissmenge auf jenes Minimum herunterschraubt, bei dem gerade noch vollkommenes Gleichgewicht der Ernährung besteht, also das erwachsene Thier scheinbar vollkommen seinen Eiweissbedarf deckt, dass dann im Lauf der Zeit eine Schädigung des Verdauungsapparats eintritt, die sich zunächst darin ausspricht, das die Verdauungssekrete in geringerer Menge secernirt werden. Verfasser hat gelegentlich auch praktisch erprobt, dass die Einführung grosser Gaben von Pepton den Appetit zu heben vermag, Verfasser glaubt, weil dadurch wieder die Sekretion der Verdauungssäfte in Gang kommt. Mehr wie zwei bis drei Tage lang braucht man eine solche diätetische Medikation nicht zu geben, nachher kommt genügender Appetit, und die Ernährung kann mit gewöhnlichen Eiweisskörpern im Gange erhalten werden. Im Bezug auf die Hebung des Appetits, durch Anregung der Sekretion im Magen sind nach Umständen auch die Kohlehydrate von einer gewissen therapeutischen Bedeutung. Nach **Henry Hirschberg** kam in vielen Fällen von Verdauungsbeschwerden durch systematische Verabreichung grosser Quantitäten Zucker nach den Mahlzeiten eine Beseitigung der Verdauungsstörungen, des Sodbrennens u. s. w. und damit Hebung der gesammten Ernährung erzielt wurden.

Bei der dritten Gruppe der Nährstoffe, den Fetten, handelt es sich darum, dass wir in ihnen das koncentrirteste Nährmittel vor uns haben, diejenige Substanz, die mit geringstem Volumen die grösste Quantität Nährstoff dem Menschen zuführen kann; 100*g* Fett nähren soviel wie 250*g* Stärke. Man scheut aber vielfach die Verabreichung des Fettes, weil man Verdauungsstörungen davon erwartet. In dieser Hinsicht möchte Verfasser wieder an die bekannte Erfahrung erinnern, das gewisse Fettarten, Leberthran u. s. w., leicht verdaut werden, und sich auf Versuche beziehen, die er selbst gemacht hat. Wir haben also in der That eine Reihe wohlschmeckender Mittel, um einen Ueberschuss an Nahrung dem Menschen zuzuführen, und Verfasser glaubt, dass man dadurch, dass man diese Nährstoffe in passender Auswahl nach der gewöhnlichen Mahlzeit giebt, eben jene überschüssige Zufuhr erzielen kann, wie sie zur Hebung der Ernährung nothwendig ist.

Durch diese Erwägung kommt Verfasser auf die Frage des Appetits, der Selbstregulation der Nahrungsaufnahme durch das Bedürfniss. Bekanntlich handelt es sich bei normalen Menschen theils um Sensationen, die vom Magen ausgelöst werden, zum Theil aber auch um Sensationen, die vom gesammten Körper ausgehen, an welchen alle darbenden Organe, die Bedürfniss nach Nahrungsaufnahme haben, sich betheiligen. Das Bedürfniss wird aber nur dann vollauf befriedigt. wenn die gebotene Nahrung den Sinnesorganen zusagt. Bei noch so grossem Hunger kann, wenn wir Widerwillen gegen die Nahrung haben, das Nahrungsbedürfniss auf längere Zeit beseitigt werden, und unter Umständen kommt es zu Reflexvorgängen, die mit Erbrechen enden. Es handelt sich dabei um Einwirkungen auf alle Sinne, vorzüglich aber auf Geschmack und Geruch. Unzweifelhaft sind sehr viele Schädlichkeiten und Vortheile, die wir von bestimmten Nährmitteln beobachten und die wir aus der chemischen Wirkung derselben zu erklären pflegen, eigentlich nur der Wirkung auf die Eingangspforten unserer Verdauungsorgane zuzuschreiben. Vor wenigen Jahren wurde die Frage behandelt, ob man verlangen müsse, dass der Trinkbrantwein absolut fuselfrei sei, ob der Fuselgehalt desselben beträchtlich zur Verschlimmerung der Symptome des Alkoholismus beiträgt. Die Kämpfer für absolute Fuselfreiheit stützten sich wesentlich auf die Versuche einiger Forscher, welche schon nach Einnehmen sehr geringer Mengen von Fuselöl Magenbeschwerden und Eingenommenheit des Kopfes bis zu sehr heftigen, langdauernden Kopfschmerzen beobachtet hatten. Verfasser gab nun einer Anzahl zum Theil sehr empfindlicher Personen koncentrirtes Fuselöl in Gallertkapseln, so dass sie es nicht schmeckten, und zwar in grösseren Mengen als es in der Tagesration eines Branntweintrinkers vorkommt. Es trat nicht die mindeste Wirkung ein, weder Kopfschmerzen, noch sonstige Beschwerden, ein Beweis, dass es sich bei diesen Wirkungen nur um Geruchs- und Geschmackswirkungen handelt, und dass derjenige, dem der Geschmack des fuselhaltigen Branntweins nicht unangenehm ist, auch nichts von dieser Fuselölwirkung empfindet. Aehnlich ist es mit der Fleischbrühe. Es ist festgestellt, dass es in dieser kein Herzgift und keine Substanz gibt, die erregend auf das Herz wirkt. Trotzdem fühlen wir die appetitanregende Wirkung der Fleischbrühe und können diese ausschliesslich auf die Geschmackswirkung zurückführen

Sehr charakteristisch und nur von diesem Gesichtspunkte zu erklären ist die Wirkung der Fette; ganz geringere Mengen, welche unangenehm auf die Zunge wirken, können dem Appetit gründlich verderben, während grosse Quantitäten, welche zweckmässig in Speisen verarbeitet und dadurch den Geschmack sympathisch sind, ohne Schaden aufgenommen werden und mächtig zur Hebung der Ernährung beitragen. *F.*

R. Williams: Krebs. (Med. chronicle 1892, November; 1893, Februar März. — Centralblatt für Chirurgie Nr. 25, 1893.)

Die Analyse von 136 Fällen von Brustkrebs ergab, dass in 33 Familien (24·2%) sich Krebs nachweisen liess. 8 Mal betraf die Erkrankung mehr als ein Familienglied, und 4 Mal fand sich Krebs in der Familie b e i d e r Eltern.

Verfasser citirt dann noch mehrere andere ausserordentlich prägnante Beobachtungen, darunter die bekannte der Familie Napoleon und die von B r o c a mitgetheilte: von 26 über 30 Jahre alten Abkömmlingen der an Brustkrebs verstorbenen Frau Z. erkrankten 15 an Carcinom. Verfasser hält die Bedeutung des hereditären Momentes in der Ätiologie des Carcinoms für erwiesen. Zum Vergleich mit seinen für den Krebs gewonnenen Zahlen hat er noch 95 Fälle von nicht bösartigen Brustgeschwülsten in Bezug auf das Vorkommen von Carcinom in den betreffenden Familien analysirt; er fand da Carcinom in 14 Familien = 14·7%, gegenüber 24·2% für die Carcinomkranken.

Die hereditäre Uebertragung des Carcinoms ist in der Regel eine homotopische, d. h. es wird wieder dasselbe Organ befallen. So litten von den 15 von Carcinom befallenen Abkömmlingen der oben genannten Frau Z. wiederum 10 an Brustkrebs. Affällig ist, dass das erbliche Carcinom häufiger bei den weiblichen als bei den männlichen Familiengliedern auftritt (37 : 10).

Höchst bemerkenswerth ist die für England bestimmt nachgewiesene Z u n a h m e d e r C a r c i n o m e r k r a k u n g e n in den letzten 50 Jahren. Die relative Krebssterblichkeit ist jezt 4 Mal so gross wie vor einem halben Jahrhundert. Im Jahre 1838 starben an Carcinom 2448 Menschen, d. h. es kamen 160 Todesfälle auf eine Million der Bevölkerung; im Jahre 1890 starben an Krebs 19.433 Menschen, d. h. 676 auf eine Million der Bevölkerung. Zur Zeit müssen in England mindestens 60.000 Krebskranke leben, während es im Jahre 1838 nur 7000 waren. Für Schottland und viele andere civilisirte Länder ergibt sich eine ähnliche, allerdings nicht so auffällige Zunahme. In allen diesen Ländern fällt die grössere Carcinomsterblichkeit zusammen mit einem Wachsthum der Bevölkerung, einer Besserung des nationalen Wohlstandes und der allgemeinen Lebensverhältnisse. In Irland, wo das Umgekehrte der Fall war, ist auch die Carcinomsterblichkeit gefallen bez. gleich geblieben.

Auffällig ist die mit diesem Wachsthum der Carcinomsterblichkeit einhergehende Abnahme der tuberkulösen Erkrankungen. Auf eine Million Menschen kamen in den Jahren 1861—65 2526 Todesfälle an Phthise, in den Jahren 1886—89 nur 1598. Diese Besserung der Mortalität an Phthise ist zweifellos eine Folge der verbesserten Lebensbedingungen, die ja andererseits wieder als Ursache für die Zunahme der Carcinomsterblichkeit anzuführen sind. Viele Menschen aus tuberkulösen Familien, die der Tuber-

kulose entgehen, verfallen dafür nach der Ansicht des Verfassers dem Krebs.

In einen weiteren Abschnitt befasst sich der Verfasser mit den allgemeinen Gesundheitsverhältnissen der Krebskranken. Meistens handelt es sich um kräftige und gut genährte Personen. Bei Brustkrebs leidet die allgemeine Ernährung, solange keine Ulceration vorhanden ist, fast gar nicht. Die Laktation hat nach WILLIAMS keinen Einfluss auf die Ätiologie des Brustkrebses.

Bei Vegetarianern ist das Carcinom entschieden seltener wie bei Fleischessern. Dafür spricht die Seltenheit des Carcinoms in Indien, andererseits seine Häufigkeit in England.

Waetzoldt: Beitrag zur Lehre von der Polymyositis acuta (post partum). (Zeitschrift für Klinische Medizin, XXII.)

Auf Grund zweier eigener Beobachtungen und der in der Literatur gesammelten Fälle gibt WAETZOLDT eine zusammenhängende Darstellung der in Rede stehenden Affektion.

Aetiologie: Ein spezifischer Krankheitserreger ist bisher nicht gefunden. Disponirende Momente sind schwächende Einflüsse auf den Gesammtorganismus (Schwangerschaft), angeborene Schwäche, akute und chronische Krankheiten, Ueberanstrengung und Erkältung.

Anatomie: Parenchymatöse und interstitielle Veränderungen, wie wachsige Degeneration, Zerklüftung, Vacuolenbildung, entzündliches Oedem.

Symptomatologie-Charaktere: Akutes Auftreten, Multiplicität, entzündliche Veränderungen.

Lokal: Klinische Zeichen der Entzündung, Schmerz, Funktionsstörung, Schwellung, Röthung der Haut.

Charakteristisch sind die Schmerzen bei passiven und aktiven Bewegungen (gg. Neuritis, die auch mit Druckschmerzhaftigkeit der Muskulatur einhergeht). Bedrohliches Symptom bei Befallensein der Schling- und Respirationsmuskeln.

Die Schwellung mit Vermehrung der Konsistenz und des Volums (gg. Neuritis) verbunden, aus derselben resultiren abnorme Gliederstellungen. — Fieber, Milzschwellung.

Diagnose: Trichinose Anamnese, gastro-intestinales Vorstadium, vorwiegende Betheiligung der Gesichtsmuskeln, Empfindlichkeit des Uebergangs von Muskel in Sehne.

Polyneuritis: Verlauf, sensible Störungen, elektrisches Verhalten (Fehlen der Entartungsreaktion bei der Myositis), wichtig die vorwiegende Betheiligung der Rumpfmuskeln bei der Myositis.

Verlauf und Prognose: Der Prozess an sich ist nicht von grosser Malignität, gefährlich ist die Lokalisation in lebenswichtigen Muskeln.

Therapie: Massage (auch Hals und Brust), hydropathische Einwicklungen, intern: Salicylsäure. *R. K.*

Prof. A. Kasem-Beck, Privatdozent an der Universität zu Kasan: **Ueber die Behandlung der Malaria mit Methylenblau und dessen lokale Anwendung bei Diphtheritis.** (Centralblatt für klinische Medizin. Nr. 25, 1893.)

Durch die Mittheilungen von P. GUTMANN und EHRLICH und späterer Beobachter angeregt, versuchte Verfasser das MERCK'sche Methylenblau in 30 mit den gebräuchlichen Mitteln (Chininsalze, Phenacetin, Antipyrin, Phenocoll. hydrochlor., Ammon. mur., Tinct. Helianth. ammi, Eucalypti globuli, Arsenicum) erfolglos behandelten Fällen von Malaria. — Davon waren 3 Fälle von Febr. int. larvata, und zwar eine Neuralgia n. trigem., 1 Fall von heftigen, täglich wiederkehrenden Kopfschmerzen und 1 Fall von anfallsweise auftretenden Augenschmerzen mit Veränderungen in der Sclera, Cornea und Iris (Plasmodien im Blute nachgewiesen); die übrigen waren Febr. interm. von verschiedenem Typus, meist tertiana und quotidiana. Die Krankheitsdauer war von 1 Jahr bis 3 Wochen, meist jedoch 3—6 Monate. In allen Fällen verschwanden auf den Gebrauch des genannten Mittels die Fieberparoxysmen schnell.

Die Dosis betrug 0·1 cum pulv. nucis moschat. 0·18 in caps., 4—5 täglich, jede Stunde eine. Nach Schwinden der Anfälle wurde das Mittel (2 Kapseln täglich) durch 8—10 Tage fortgesetzt.

In einzelnen Fällen trat Erbrechen, Schwindel, in anderen Harndrang auf. Bei vorsichtigem Gebrauch sind diese unangenehmen Erscheinungen leicht zu vermeiden und ist das Methylenblau gegen Malaria verlässlicher als Chinin.

Verfasser hat das Methylenblau auch in 14 Fällen von Diphtheritis des weichen Gaumens, des Rachens und des Schlundes angewendet und damit sehr gute Resultate erzielt. — Es wurde eine wässerige Lösung von Methylenblau (1:9) 2—3 Mal täglich auf die afficirten Stellen mittelst eines Wattatampons aufgetragen, dabei um das Mittel länger einwirken zu lassen, Gurgelungen vermieden. — Rascher Temperaturabfall, Nachlass der entzündlichen Erscheinungen, Ablösung des diphtheritischen Belages.

Während der Behandlung war der Harn von resorbirtem Methylenblau blau oder grau gefärbt. In Fällen von allgemeiner Infektion des Organismus wäre auch der innerliche Gebrauch in den bei Malaria angegebenen Dosen wahrscheinlich von Nutzen.

Verfasser gab in seinen Fällen innerlich zur Beförderung der Abstossung der Beläge Pilocarpin (0·003—0·005 dreimal täglich).

Sämmtliche Fälle sind genesen, in 3 Fällen aufgetretene Lähmungserscheinungen bald geschwunden. *B S*

Robert Koch: Vorlesungen über Cholera. (Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 49, 1893.)

(Schluss.)

Die Cholera ist also eine spezifische Krankheit und eine Infektionskrankheit. Auch der Infektionsstoff ist nachzuweisen. In jedem Fall, indem nur richtig, d. h. zur richtigen Zeit untersucht wird, liegt ausnahmslos eine ganz bestimmte Bakterienform vor und umgekehrt, wo wir die ganz bestimmte Bakterienform finden, haben wir es mit der Cholera zu thun. Von dieser Regel gibt es keine Ausnahme. Diese Auffassung ist eine höchst wichtige. Man wendet, wenn man die Cholera als eine parasitäre Krankheit erkannt hat, sein Augenmerk auf den Parasiten und kann dann prophylaktisch und therapeutisch etwas ausrichten. So lange man aber mit allgemeinen Begriffen wie die Cholera ist eine Krankheit, hervorgerufen durch die schlechte sociale Lage breiter Volksmassen, agirt, so lange wird man nichts ausrichten, denn die soziale Lage lässt sich nicht mit einem Male von heute bis morgen bessern. Gegen den Parasiten aber können wir vorgehen, wenn wir seine Lebensbedingungen erkannt haben werden

Symptomatologie. Der Choleraanfall kann sich wie ein Brechdurchfall darstellen, dessen Ausleerungen nichts Charakteristisches haben; bei Arsenikvergiftungen und Cholera nostras verhalten sie sich ebenso. Sie sind farblos. Die sich in allen Büchern findende Angabe, dass sie reiswasserähnlich sind, ist nicht richtig. Die typischen Cholerastühle sind ungefärbt, nicht wässerig, eher etwas dicklich wie Mehlsuppe, mehr oder weniger kompakt, flockig, manchmal etwas röthlich, durch beigemengtes Blut. Aber nicht jeder Choleraanfall zeigt diese Entleerungen. Im Gegentheil können schwere Cholerafälle gallig gefärbte Ausleerungen haben, auch kleine geballte Fäcesklümpchen aus dem Dickdarm. Ein ausserordentlich hervorstechendes Symptom ist die Anurie. Am meisten auffallend ist die Kälte der Glieder. Der Puls wird früh schwach und kann geschwunden sein bei Menschen, die noch herumgehen. Das Aussehen der Patienten ist ein charakteristisches; sie machen einen leidenden Eindruck, die Augen sind eingesunken, der Turgor der Haut ist geschwunden, sie fühlt sich kalt an. Wird die Haut in Falten aufgehoben, so bleiben sie stehen. Unter Umständen findet man die Haut gerunzelt; cf. Atlas von FRORIEP, der unter dem ersten Eindruck der ersten Epidemie entstanden ist. Man glaubt einen schwer vergifteten Menschen vor sich zu sehen: die Haltung ist zusammengesunken, die Züge sind verfallen, die Haut fühlt sich kalt an, der Puls ist fort und das Bewusstsein ist geschwunden.

Die Mortalität ist eine hohe, etwa 50% der Kranken sterben. Die Patienten sind noch nicht ausser aller Gefahr, wenn sie den Anfall überstanden haben: es kommen dann hinzu Krankheiten, die man mit Typhoide bezeichnet hat, aber hierzu nicht die geringsten Beziehungen haben; es sind Veränderungen septischer Art. Der ganze Darm wird des Epithels beraubt, die Schleimhaut wird

bis zu einer gewissen Tiefe nekrotisch und dann siedeln sich auf dieser nackten Fläche allerlei Bakterien der Fäulniss an, nicht etwa von Typhus oder Diphtherie. Sie dringen auch selbst oder ihre Toxine in die Blutbahn ein. Man kann die Verletzungen mit denen einer ausgedehnten Verbrennung vergleichen.

Was man in der letzten Epidemie als neu hinzugelernt hat, ist Folgendes: Man hat auch schon früher gewusst, dass es nicht blos bei den schweren Cholerafällen bleibt; es gibt auch leichte Anfälle, die mit zur Cholera gerechnet werden müssen. Wo die Grenze liegt, ist nicht zu sagen. Wir wissen nur, dass diese Abstufung in den Erkrankungssymptomen viel weiter nach unten geht, als wir früher dachten. Es gehören zur Cholera einfache Brechdurchfälle und ebenso einfaches Erbrechen ohne Kälte und Pulslosigkeit, selbst Fälle mit geformten Stühlen; wo nur leichte Beschwerden vorhanden sind und die Leute damit herumgehen. Man findet aber in den Entleerungen die Bakterien. Dieses Verhalten stimmt auch mit anderen Infektionskrankheiten überein. Man könnte nun sagen, solche Patienten mit so geringen Beschwerden hätten keine Cholera. Das wäre richtig, wenn man diese an Orten fände, wo keine Cholera ist. Es wurde aber diese Art von leichten Fällen gefunden unter Menschen, die der Cholerainfektion nachweislich ausgesetzt waren, also nur immer da, wo ausser den leichten Fällen noch schwere und ganz schwere vorkommen. Wichtig ist auch, dass gerade die leichten Fälle den Cholerastoff überallhin verschleppen können. Darauf ist streng zu achten. Dann hat sich herausgestellt, dass eine frühere Annahme nicht ganz richtig ist, dass nämlich Kinder bis zu zwei Jahren von Cholera verschont seien. Das ist nicht der Fall; selbst Kinder unter einem Jahre können regelrechte Cholera haben. Manchmal hatten in einer Familie zuerst die Kinder die Krankheit.

In Bezug auf die pathologische Anatomie ist nichts Neues mitzutheilen. Der Darm ist etwas rosig (hortensiarot) gefärbt. An der Herzbasis finden sich ziemlich regelmässig Echymosen. Die Nieren wurden gründlicher, als früher untersucht; sie zeigen ziemlich starke parenchymatöse Veränderungen, besonders in den Epithelien der Harnkanälchen; das Protoplasma der Epithelien degenerirt, verflüssigt sich und verschwindet, während die Kerne gut erhalten bleiben.

Wie erklärt man sich dieses eigenthümliche Krankheitsbild? Früher stellte man sich das so vor, dass der Wasserverlust so bedeutend sei, dass eine Eindickung des Blutes sich daraus ergäbe. Das ist ganz falsch. Man kann sich mit dieser Ansicht nicht mehr einverstanden erklären, wenn man Fälle von Cholera sicca sieht, wo der Tod so schnell kommt, dass man keinen schwappenden Darm findet, sondern nur eine verhältnissmässig geringe Menge von Schleim. Noch lehrreicher in dieser Beziehung sind die in Hamburg vielfach geübten Transfusionen, die einen günstigen Einfluss nur gehabt haben, wenn sie eine hohe Temperatur von über 40° hatten, von gar keinen Einfluss aber waren, wenn sie nur 30—34° warm waren. Es ist nicht der Flüssigkeitsverlust, sondern die schwere Vergiftung. Die Cholerabakterien produziren ein intensives Gift und dieses wirkt auf die vasomotorischen Centren. Es tritt Lähmung der Gefässmuskulatur ein, daher die Abkühlung, das cyanotische Aussehen und Einsinken der Haut. Symptome, die man experimentell jeden Augenblick an Thieren hervorbringen kann. Das ist die richtigste Erklärung für die Erscheinungen. Solange der Bacillus nicht das Gift produzirt, treten die genannten Erscheinungen nicht ein. Allmählich, mit der rapiden Steigerung der Anzahl der Bakterien, die in die Billionen geht, werden grosse Mengen von Gift produzirt, daher der Kollaps. Die Therapie hat daher antitoxisch zu wirken; durch Studium des Giftes muss man versuchen, die geeigneten Gegengifte zu finden.

Dr. P. Kronthal: Morbus Basedowii bei einem zwölfjährigen Mädchen und dessen Mutter. (Berliner klinische Wochenschrift Nr. 27, 1893.)

Die 12jährige M. K. leidet seit $1^1/_2$ Jahren öfter an Herzklopfen, Schwindel, Ohrensausen. Sie ist gross, mässig entwickelt, anämisch. Lunge und Herz normal, der Puls zwischen 96 und 120; die Schilddrüse ist vergrössert, von weicher Konsistenz. Die Augen sind gross, prominirend; das GRAEFE'sche Symptom (Zurückbleiben des oberen Lides beim Senken der Blickrichtung) fehlt, das STELLWAG'sche (mangelnder Lidschlag) deutlich ausgesprochen. Keine Störung der Sensibilität, kein Zittern. Harnbefund normal. Patientin weint öfter, angeblich aus Furcht und Angst, weil sie manchmal nicht glaubt, dass ihre Mutter ihre Mutter sei. Ihre Gemüthsstimmung ist überhaupt äusserst wechselnd, bald heftig, bald rührselig. Diagnose: Morbus Basedowii.

Auffallend sind hier die schweren psychischen Erscheinungen und die erwähnten Zwangsvorstellungen, die sonst bei Kindern selten sind. Dagegen sind leichte psychische Störungen bei Morbus Basedowii nichts ungewöhnliches. In der Literatur sind 26 Fälle von Morbus Basedowii bei Kindern verzeichnet.

Die Prognose des kindlichen Morbus Basedowii ist nicht ungünstig. Es wurden vollständige Heilungen und bedeutende Remissionen beobachtet, Todesfälle kamen nur in Folge von zufälligen, mit der Grundkrankheit nicht im Zusammenhange stehenden Erkrankungen vor.

Eine häufige Komplikation ist die Chorea, die jedoch stets als zweite Affektion auftrat. Das weibliche Geschlecht wird von der Krankheit öfter befallen als das männliche.

Die Therapie (Arsen und Eisen, Galvanisation des Sympathicus) weist keine sicheren Erfolge auf.

Die Mutter der Patientin ist 45 Jahre alt, seit 19 Jahren verheiratet, hereditär nicht belastet, hat 7 normale Entbindungen durchgemacht. Seit zwei Jahren Mattigkeit, Herzklopfen, Kopfschmerz, weinerliche Stimmung. Sie ist schlecht genährt, mager, anämisch. Puls 86—120, unregelmässig. Zittern der ausgestreckten Hände, Prominenz der Augäpfel. STELLWAG'sches Symptom. Die Thyrioidea nicht vergrössert, keine Sensibilitätsstörungen. Trotz mangelnder Struma erscheint die Diagnose: Morbus Basedowii ziemlich sicher.

Die Heredität spielt beim Morbus Basedowii eine grosse Rolle, öfter werden mehrere Mitglieder einer Familie davon befallen.

MOEBIUS glaubt, dass die Ursache der Krankheit in der Schilddrüse zu suchen sei. *B. S.*

Julius Weiss (Wien): Die Wechselbeziehungen des Blutes zu den Organen, untersucht an histologischen Blutbefunden im frühesten Kindesalter. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 35, 1. und 2. Heft. 1893.)

Verfasser hat das klinische und poliklinische Material des Karolinen-Kinderspitals dazu benützt, eine Reihe von histologischen Blutuntersuchungen bei verschiedenen Krankheitstypen auszuführen.

Die untersuchten Fälle betrafen durchaus Kinder von einigen Tagen und Monaten, die Minderzahl waren ältere Kinder bis zum Pubertätsalter.

Das gesammte Untersuchungsmaterial hat Verfasser nach folgenden Gruppen geordnet: gesunde Säuglinge, behaftet mit Infektionskrankheiten, Augenaffektionen, Erkrankungen des Nervensystems, des Respirationstraktus, des Verdauungstraktus, Rhachitis, Lues hereditaria, Anämie, nicht konstatirbarer Aetiologie und Anämie infantilis pseudoleukämica.

Die Anämien im Kindesalter entwickeln sich viel leichter und häufiger im Gefolge verschiedener Krankheiten, als dies bei Erwachsenen der Fall zu sein pflegt.

Die beste Erklärung für die Bedingungen einer sich entwickelnden Anämie bietet nach dem Verfasser die auf experimentelle Untersuchungen begründete Hypothese MARAGLIANO's. Nach dieser sind zwei Hauptfaktoren für die Entstehung der Anämie anzunehmen: die nekrobiotische Kraft des Serum einerseits, die Vulnerabilität der rothen Blutzellen andererseits. Der erste Faktor hängt unzweifelhaft von der Grundkrankheit ab, wobei noch die Möglichkeit gegeben ist, dass jene Einflüsse, welche von der Grundkrankheit erzeugt, auf das Blutserum einwirken, sehr verschiedenartige sind, nicht nur bei verschiedenen Grundkrankheiten, sondern auch bei verschiedenen Individuen. Mag oft aber auch die nekrobiotische Kraft im Blutserum «in genügender Quantität» vorhanden sein, so müsste doch keine schwere Anämie mit absoluter Nothwendigkeit entstehen, denn wie der ganze Zellenstaat den mannigfachsten, verderblichsten Einflüssen zu widerstehen vermag, so auch die Einzelnzelle, das

rothe Blutkörperchen. Zwischen den Extremen in der Entwicklung der beiden Hauptfaktoren liegen natürlich eine Reihe von Zwischenstufen, so dass es erklärlich wird, wenn das Entstehen der Anämie und die Schwere derselben schwankend ist bei verschiedenen Grundkrankheiten, bei verschiedenen Graden derselben Grundkrankheit, in verschiedenen Altersstufen und endlich bei verschiedenen Individuen derselben Altersstufe.

Die meisten Anämien des Kindesalters sind sekundär, die Chlorose mit ihrem typischen Symptomenkomplex ist keine Krankheit des frühen Kindesalters; die Beweise für das Vorkommen einer Anämia perniciosa progressiva, wie solche für das Kindesalter beschrieben wurden, hält der Verfasser nicht für stichhältig.

Ob man ferner ein Recht hat, eine typische Anämie der Säuglingsperiode als Anämia splenica zu bezeichnen, hält der Verfasser für fraglich, da von den in der Literatur beschriebenen Fällen, kein typischer histologischer Blutbefund beschrieben wurde und er selbst unter den zahlreichen Fällen seines Untersuchungsmateriales keinen einzigen als Anämia splenica zu bezeichnen sich bemüssigt sah.

Dagegen meint der Verfasser den Terminus Anämia infantum pseudoleukämica gelten zu lassen, für den er denselben charakteristischen Befund mittheilt wie LUZET.

Dieser kennzeichnet sich nämlich folgendermassen: bedeutende Verminderung der rothen Blutzellen, mehr oder minder auffällige stets polymorphe Leukocytose, sehr reichliche kernhaltige rothe Blutzellen von dem Typus der Megalo-, Meso- und Mikroblasten viele davon auch gleichzeitig Poikiloplasten, zahlreiche von ihnen zu Karyokinese, ferner bedeutende Poikilocytose und endlich sehr charakteristische Polychromatophylie vieler kernloser Blutzellen.

Besonderes Interesse erfordern die Ausführungen des Autors bezüglich der Entwicklung und Vorkommens der Leukocytose.

Verfasser tritt der herrschenden Lehre entgegen, wonach nur drei Blutbildungsstätten (Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark) anzunehmen wären. Er vertritt vielmehr die Meinung, dass sämmtliche Gewebe Leukocytenbildner seien und dass bei verschiedenen Krankheitsprozessen verschiedene Leukocytenformen von dem Krankheitsherde aus ins Blut übergehen.

Zu Gunsten dieser Ansicht sprechen unzweifelhaft eine Reihe von Thatsachen. Bei Reizungszuständen der Darmschleimhaut gehen massenhafte Lymphocyten ins Blut über, so erklärt der Autor die Lymphocytose die er bei Darmaffektionen der Säuglinge vorfand. Bei Eiterungsprozessen die sich gleichviel wo im Organismus etablirt haben, gehen eine grosse Menge von polynucleären Zellformen vom Eiterherde aus ins Blut über.

Bei verschiedenen Reizungszuständen der Schleimhäute — Autor führt hiefür Fälle von Coryza und Blenorrhoe neonatorum an — werden massenhaft eosinophile Zellen in den betreffenden Schleimhäuten gebildet und ein gewisser Prozentsatz derselben emigrirt in das circulirende Blut, so entsteht die Vermehrung der eosinophilen Zellen im circulirenden Blute.

Den weiteren Ausführungen des Verfassers, die derselbe an seine zahlreichen Untersuchungen knüpft, können wir weiter nicht folgen, sondern müssen auf das Original verweisen.

Nur einen seiner Schlusssätze wollen wir des Besonderen hervorheben: Es ist nicht füglich, den einzelnen Krankheiten ein bestimmt schematisirtes Blutbild herzusprechen. Die besondere Form der Leukocytose entspricht nur gewissen Gewebszuständen und Veränderungen, ist also nur insofern für bestimmte Krankheiten charakteristisch, als diesen letzteren immer nur bestimmte Gewebsveränderungen zukommen. *Rdt.*

Schede (Hamburg): Ueber den Gebrauch der versenkten Drahtnaht bei Laparotomien und bei Unterleibsbrüchen. (Aus der Gratulationsschrift für ESMARCH. — Centralblatt für Chirurgie, Nr. 26, 1893.)

Durch den günstigen Erfolg, den SCHEDE in einem Fall von mächtiger Diastase der Recti bei zugleich bestehender Hernia umbilicalis eines $1^1/_2$jährigen Kindes mittels Bauchfell und die beiden Blätter der Rectusscheide vereinigender Silberdrahtnähte erzielte, wurde er, nachdem inzwischen noch ein zweiter ähnlicher Fall, der nach Laparotomie entstanden war, gleichfalls durch die angegebene Methode zur Heilung gekommen war, dahin geführt, das Verfahren prinzipiell bei Laparotomien anzuwenden, um Bauchbrüche zu vermeiden, und andererseits bei vorhandenen Bauchbrüchen, um diese zu beseitigen.

Seit Anfang 1890 wurden 150 Laparotomien in der geschilderten Weise behandelt. Hiervon wurden 121 geheilt. Von diesen Patienten bekamen 7 kleine Brüche in der Narbe, von denen aber nur 4 der Methode zur Last fallen.

Meist heilten die Drahtnähte völlig per primam ein; nur selten bestanden eine Zeit lang kleine fistulöse Eiterungen, die nach Extraktion der Nähte sofort verschwanden.

Während SCHEDE Anfangs nur für die Peritoneal- und Rectusscheidennaht Silberdraht verwandte, that er dies seit zwei Jahren auch bei den durchgreifenden Bauchdeckennähten, besonders desshalb, weil die Spannung der Drahtnähte nachträglich leicht zu reguliren und dadurch einer Stichkanaleiterung vorzubeugen ist.

Zur Desinfektion der Nähte diente Auskochen in $1^0/_0$iger Sodalösung und Einlegen in $3^0/_0$iges Karbolwasser.

Der Verband der Laparotomiewunden, wenn sie völlig genäht werden konnten, bestand seit Jahren in einigen mit Kollodium befestigten etwa 2—3 Finger breiten Jodoformgazestreifen.

SCHEDE operirte ferner, was er seinem Berichte hinzufügt, 11 Nabelhernien, 3 Brüche der Linea alba und 13 Bauchhernien. Bei allen wurde der Bruchsack sammt der bedeckenden Haut völlig exstirpirt.

Endlich wurden 48 Patienten mit Hern. ing. incarcerat. ext. operirt, wovon 6 starben, ferner 6 mit Hern. ing. ext. irreponibilis, welche sämmtlich geheilt wurden, 68 Fälle mit Hern. ing. ext. mobilis, welche ebenfalls sämmtlich heilten, von denen aber einige später Rezidive bekamen.

Von 34 Patienten mit Hern. femoral. incarc. starben 3, von 4 mit fem. irreponibilis einer; 24 Patienten mit Hern. femoral. mobilis wurden sämmtlich geheilt, einer mit Rezidiv.

Demnach war die Gesammtzahl der Rezidive ($10^0/_0$) eine relativ sehr geringe, obwohl SCHEDE kein Bruchband tragen liess.

Die Bruchpfortenpfeiler wurden nach Exstirpation des Sackes durch 6—8 versenkte Drähte vereinigt, die übrige Wunde ohne Drainage und Katgutnähte geschlossen.

Dr. P. Bothezat: Scabies und akute Nephritis. (Nouv. Bord. Méd. Juni 1893.)

Dr. P. BOTHEZAT gedenkt zunächst des verhältnissmässig häufigen Vorkommens von Nephritis als das Resultat ausgedehnter Entzündungen der Haut, wie z. B. Verbrennungen und gewisse Hautkrankheiten, wie Lupus, Ekzem, Lepra, Impetigo u. s. w., und bemerkt, dass er in der Litteratur noch keine Erwähnung gefunden hat von dem Vorkommen der Nephritis im Gefolge von Scabies. Autor hatte in der letzten Zeit Gelegenheit, akute Nephritis mit schweren urämischen Symptomen bei einem mit pustulöser Scabies behafteten Patienten zu beobachten. Autor meint, dass das Vorkommen von Nephritis als das Resultat von Scabies in der That ein seltenes sein müsse und auf Rechnung des Umstandes kommen mag, dass solche begrenzte Hautaffektionen kaum im Stande sind, eine Nephritis zu verursachen, dass aber die Nephritis vielleicht auch nicht gehörig ausgesprochen sei, dass die Niere nur in geringem Grade afficirt werde und die Affektion nicht diagnosticirt wird. *L. L.*

Verneuil (Paris): Ueber den Werth der Amputation bei der Behandlung des traumatischen Tetanus. — (Le Progrés Méd. 1893.)

Anschliessend an die von Prof. BERGER in der «Académie de Médecine» mitgetheilte Beobachtung eines Falles von Tetanus*), bei welchem, um den betreffenden Patienten zu retten, die Amputation des verletzten Fingergliedes, vorgenommen wurde, glaubt VERNEUIL (Académie de Médecine, Sitzung vom 30. Mai 1893), dass in solchen Fällen eine Amputation nicht den Werth besitzt, den Dr. BERGER derselben zuschreibt. In 14 Fällen, die Redner beobachtet hat,

*) Vergl. Zeitungsschau in Nr. 24 d. J. der «Intern. Klinischen Rundschau.»

ist 10 Mal Tod nach der Amputation erfolgt. In einigen Fällen sah man sogar nach ausgeführter Operation den tödtlichen Verlauf des Infektionsprozesses sich rapid beschleunigen. Vier der Operirten sind geheilt, bei einem derselben hat aber wahrscheinlich die Aenderung der Lebensweise im Wesentlichen die Heilung herbeigeführt. Aus den Beobachtungen VERNEUIL's resultirt, dass die Amputation unter Umständen wohl nützlich sein kann, zuweilen jedoch überflüssig, zuweilen sogar schädlich ist. Sie hat also ihre Indikation und Kontraindikation. Für ein richtiges therapeutisches Handeln wird es darauf ankommen, dieselben richtig gegeneinander abzuwägen.

A. D.

Zanda (Cagliari): **Ueber die funktionelle Beziehung zwischen Milz und Schilddrüse.** (Lo Sperimentale. Heft 1 und 2, 1893.)

Auf Grund einer Reihe von diesbezüglichen Untersuchungen, die im Laboratorium für allgemeine Pathologie zu Cagliari angestellt wurden, gelangt Verfasser zu folgenden Schlussfolgerungen:

Bei Hunden kann die Thyroidektomie, ohne dass dem Organismus irgend welche schädliche Folge erwächst, ausgeführt werden, wofern mindestens ein Monat vorher die Milz abgetragen worden ist.

Aderlass mit gleichzeitiger Transfusion von defibrinirtem Hundeblute und Chlornatriumlösung (0·75 %) zu gleichen Theilen bringt bei thyroidektomirten Hunden die Erscheinungen der Kachexie nur zum zeitlichen Verschwinden, für die Dauer von zwei oder drei Tagen. Es gelingt zuweilen die thyroidektomirten Thiere zu retten, wenn man zu gleicher Zeit mit dem Aderlass die Totalexstirpation der Milz vornimmt.

Als Ursache der Cachexia strumipriva kann die Ansammlung eines toxischen Prinzipes im Blute angesehen werden, das vornehmlich auf das Centralnervensystem einwirkt.

Dieses Prinzip ist aller Wahrscheinlichkeit nach ein von der Milz dem Blute abgegebenes Stoffwechselprodukt.

Wahrscheinlich besteht die Thätigkeit der Gl. thyroïdea darin, dieses toxische Prinzip zu neutralisiren. *A. D.*

Grinzow: Salol gegen Gonorrhoe. (Medicinskoye Pribavlenyi.)

GRINZOW empfiehlt die interne Anwendung von Salol (1·5 *gr* 3—4 Mal täglich) gegen Gonorrhoe. In akuten und subakuten Fällen hat GRINZOW sehr gute Resultate gesehen. Er erfolgte Heilung in 10—14 Tagen. Manchmal ist es gut die Methode mit der Verabreichung von Cubeben zu kombiniren. Ferner erwiesen sich Injektionen von Salol 1 : 200 Wasser mit Gummi arabicum als vortheilhaft. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Tagesnachrichten und Notizen

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Das zur Besetzung der pathologisch-anatomischen Lehrkanzel eingesetzte Comité brachte den Prosektor der Krankenanstalt «Rudolphsstiftung», Ober-Sanitätsrath Professor Dr. Anton Weichselbaum, primo et unico loco für die durch den Tod Professor Kundrat's erledigte Stelle des Vorstandes des Wiener pathologisch-anatomischen Institutes in Vorschlag. Das Plenum nahm den Vorschlag einstimmig an. Das Votum des Kollegiums, welches nun seiner Bestätigung durch den Unterrichtsminister harrt, ist dieses Mal wohl allgemeiner Zustimmung sicher, und zur Wahl des ausgezeichneten Gelehrten, der sowohl als pathologischer Anatom wie auch ganz besonders als Bakteriolog als einer der exaktesten und glänzendsten Forscher gilt, ist die Wiener medizinische Fakultät aufrichtig zu beglückwünschen. Professor Weichselbaum, der heute im 49. Lebensjahre steht, ist seit 1878 Privatdozent, seit 1885 ausserordentlicher Professor der pathologischen Anatomie. — Professor Naunyn hat ebenso wie Erb die Berufung nach Wien an die II. medizinische Klinik abgelehnt. Aller Wahrscheinlichkeit nach wird nun die Berufung an einen inländischen Kliniker ergehen, und als voraussichtlicher Nachfolger Kahler's, wird vor allen der einstmalige Assistent Nothnagel's der jetzige Professor an der deutschen Universität in Prag, Dr. v. Jacksch genannt.

— Wien. Vom Professorenkollegium wurden die Dozenten der internen Medizin Heitler, Kraus und Neusser zu Professoren vorgeschlagen. — Dr. Adolf Heider hat sich als Privatdozent für Hygiene habilitirt.

— Deutschland. (München). Privatdozent Dr. Haug ist zum korrespondirenden Mitgliede der Société française d'Otologie et de Laryngologie ernannt worden. — (Erlangen). Am 31. Juli und 1. August findet das Jubiläum des 150jährigen Bestehens der Friedrichs-Alexander-Universität statt.

— Frankreich. (Nantes). Dr. Vignard wurde zum Chef der chirurgischen Klinik ernannt. — (Bordeaux): Dr. Subrazes wurde zum Chef, Dr. Joncquet zum Adjunkten der medizinischen Klinik, Dr. Audebert zum Chef der geburtshilflichen Klinik ernannt. — (Nancy). Der hiesige Professor der Histologie, Dr. Baraban, wurde zum Professor der Anatomie an derselben Fakultät ernannt.

— Italien. (Neapel). Dr. Francesco Sgobbo hat sich als Privatdozent für die Neurologie habilitirt.

— Russland. (Petersburg). Der Professor der Augenheilkunde an der militär-medizinischen Akademie, Dr. W. J. Dobrowoski hat seine Lehrthätigkeit aufgegeben.

* Vom Obersten Sanitätsrathe. In der Sitzung vom 15. Juli l. J. waren folgende Angelegenheiten Gegenstand der Berathung des Obersten Sanitätsrathes: 1. Gutachten über die Verwendung von Theerfarben zum Färben von Nahrung und Genussmitteln. (Referent O. S. R. Prof. Dr. Max Gruber.) 2. Aeusserung, betreffend die Beurtheilung eines durch Zusatz eines Arzneikörpers in seiner natürlichen Zusammensetzung geänderten Mineralwassers als Heilmittel. (Ref. O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ludwig.) 3. Aeusserung über die Zulässigkeit der Borsäure und ihrer Salze zur Conservirung von Nahrungsmitteln. (Ref. O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ludwig.) 4. Gutachten, betreffend mehrere Bestimmungen des Entwurfes einer Bauordnug für Vorarlberg. (Ref. a. o. Mitglied des O. S. R. Hofrath Prof. Franz Ritter von Gruber.) 5. Begutachtung mehrerer Desinfektionsverfahren und Desinfektionsmittel. (Ref. O. S. R. Prof. Dr. Max Gruber.) 6. Gutachten über die Verwendbarkeit eines präparirten Verbandstoffes in Gefängnissen und Strafanstalten. (Ref. O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Albert.)

* Aerztekammern. In Salzburg beträgt die Zahl der Kammermitglieder 9; 3 entfallen auf die Landeshauptstadt (die Wahl fand am 22. Juni statt). — In Kärnthen 9 Mitglieder, 3 davon wählt die Hauptstadt (Wahl 8. Juli) — In Schlesien 9 Mitglieder, 2 davon wählt die Hauptstadt (Wahl 13. Juli). — In Mähren 19 Mitglieder, 3 davon wählt die Hauptstadt.

* England. Die 61. Versammlung der Brit. med. Association wird dieses Jahr vom 1.—4. August in New-Castle on Tyne tagen.

— Zur 100 jährigen Erinnerungsfeier an den grossen Chirurgen Hunter ist seit dem 3. Juli in der Bibliothek des Royal college of chirurg. zu London eine Sammlung von Hunter-Reliquien ausgestellt, welche Instrumente, Portraits, Manuscripte etc. enthält.

* Frankreich. Der diesjährige Kongress der französischen Gesellschaft pour l'avancement des sciences wird vom 3.—10. August in Bésançon unter dem Vorsitz Professor Bouchard's stattfinden.

* Belgien. Die belgische Gesellschaft für Geburtshilfe hat einen internationalen Konkurs zur Beantwortung der folgenden Frage ausgeschrieben: «Welchen Einfluss übt die Menstruation auf den Organismus aus?» Die in französischer Sprache geschriebenen Arbeiten sind bis 1. September 1894 an den Generalsekretär Dr. Jacobs (Brüssel) zu senden.

* Virchow über Feuerbestattung. An der durch die Interpellation des Grafen Douglas, betreffend die Maassregeln gegenüber der Choleragefahr, im preussischen Abgeordnetenhause hervorgerufenen Debatte, betheiligte sich auch Rudolf Virchow, der sich mit grosser Entschiedenheit für die Anwendung der Feuerbestattung in Epidemiezeiten folgendermaassen aussprach: Zu den Gegenständen, durch welche Epidemien verbreitet werden, ist auch die Behandlung der Leichen zu zählen. Man quält sich immerfort, wie man es machen soll, um die Leichen abzusondern und in un-

schädlicher Weise unterzubringen; aber man kommt nicht dahin, diejenige Methode zuzulassen, welche die einzig sichere ist, nämlich die Feueranwendung. Es ist eine ausserordentliche Härte, dass die Regierung sich mit Consequenz dagegen wehrt, auch nur die facultative Feuerbestattung zuzulassen. Alle Gründe, welche man früher beigebracht hat, haben sich allmählich zurückgezogen auf den religiösen Grund; wir stehen jetzt nur noch vor der Anklage, dass das religiöse Gefühl dadurch verletzt werde. Wenn das religiöse Gefühl es verlangt, dass der gesammte Körper des Verstorbenen in die Erde versenkt wird, dann muss man auch diesen Fleck Erde auf immer schützen; man muss es machen, nicht wie die Christen, sondern wie es die Türken machen. Im Orient ist es durchaus unmöglich für den wirklich Gläubigen, dass eine Begräbnissstätte zum zweiten Male benützt wird, sie ist auf ewig sacrosanct durch die Bestattung. Das entspricht gewissen religiösen Gefühlen und wenn man das wolle, so würde man im Stande sein, Berlin in kurzer Zeit mit einem grossen Gürtel von Wüsten zu umgeben welcher die Annäherung aller feindlichen Elemente vollkommen hindern könnte. Aber der christliche Gedanke, dass man alle 30 Jahre die Gräber umgraben darf und dass man dann nicht blos die Erde verwenden darf, wie man will, sondern dass man dann auch mit den Knochen alles anstellen kann, was irgendwie beliebt, das geht über Virchow's Verständniss; die Behandlung der Kirchhöfe ist eine der schauderhaftesten, welche überhaupt existirt! Wenn man einmal das Fleisch und die Knochen der Zerstreuung anheimgeben will, dann hat man in der Feuereinwirkung dasjenige Mittel, welches das erstrebte Resultat ohne irgend welche Schwierigkeiten herbeiführt, mit der grössten Sicherheit und mit Schnelligkeit und zugleich unter den decentesten Formen. Die Leichenverbrennung ist eine Desinfektionsmaassregel und sollte überall ausgeführt werden bei so grossen Seuchen, wie es z. B. die Cholera ist. (Münchner Mediz. Wochenschrift No. 29, 1893.)

* Cholera-Nachrichten. Laut Mittheilung des Ministeriums des Innern in Budapest vom 10. Juli l. J. sind im nordöstlichen Ungarn, und zwar in Szathmár in der Zeit vom 24. Juni bis 7. Juli 7 choleraverdächtige Erkrankungen mit 3 Todesfällen, dann im Comitate Beregh, namentlich in Tisza Kerecsény und Hettyén mehrere verdächtige Fälle, ferner in Deés in Siebenbürgen 2 Erkrankungen mit 1 Todesfall vorgekommen. — In Frankreich ist die Cholera bis an die spanische und italienische Grenze vorgedrungen. In Marseille sollen täglich etwa 20 Personen an Cholera sterben; in Toulon und Umgebung kamen am 5. Juli 5 Erkrankungen, 3 Todesfälle vor. In Luc-sur-Aude, einem kleinen Dorfe bei Carcassone, Departement Aude, starben in kurzer Zeit 12 Einwohner. — Auch aus den französischen Colonien verlautet von dem Ausbruch der Cholera, so von der Oase Biskra in Algier und aus St. Louis in Senegambien. — Aus Petersburg wird telegraphisch gemeldet, dass in Russisch-Polen die Cholera heftig ausgebrochen sei. Ausser Warschau sollen daselbst noch sechs grössere Städte verseucht sein, und es sollen täglich an 150 Cholerasterbefälle vorkommen. — In Moskau waren am 30. Juni 32 verdächtige Fälle mit 7 Todesfällen. — In Torblier im Laufe der letzten Woche 310 Erkrankungen, 100 Todesfälle, in Bessarabien 35 Erkrank., 15 Todesf., Orel 32 Erkrank., 12. Todesf. — Kerson 18 Erkrank., 9 Todesf. — In Toula 8 Erkrankungen und 3 Todesfälle. — Im Vilajet Bassora wurden bis Mitte Juni weitere Cholerafälle aus Schatra, Bassora, Abulhassib, Kut gemeldet. — In Mekka starben am 25. Juni 455 Personen, an den darauffolgenden Tagen gegen 1000 Personen täglich.

* Influenza. In den letzten Wochen wurden gemeldet: aus Dresden 6, Leipzig, Rom je 7, London 11, Amsterdam, New-York je 2 Todesfälle; Frankfurt a. O. 20, Reg.-Bezirk Düsseldorf 48, Simaringen 291, Nürnberg 3, Kopenhagen 17 Erkrankungen.

* Todesfälle. Dr. Kyellberg, Professor der Psychiatrie in Upsala. — Dr. Am. Toelovin, Professor der descr. Anatomie in Montreal. — In Strassburg starb der a. o. Professor der Zoologie, Dr. Justus Carrière, an Diphtherie im Alter von 39 Jahren. — In Italien A. F. Barofiio, Generalarzt der ital. Armee. — In Amerika Dr. Lee, Professor der Physiologie in Columbia.

65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.

Allgemeine Tagesordnung.

Sonntag, den 10. September Abends 8 Uhr: Begrüssung in den oberen Räumen der «Gesellschaft Museum» (mit Damen).

Montag, den 11. September. Morgens 9 Uhr: I. Allgemeine Sitzung im Saale des Industrie- und Kultur-Vereins. 1. Eröffnung der Versammlung; Begrüssungen und Ansprachen; Mittheilungen zur Geschäftsordnung. 2. Geheimrath Professor Dr. v. Bergmann (Berlin): Nachruf auf die Herren A. W. v. Hofmann und Werner Siemens. 3 Vortrag des Geheimrath Professor Dr. His (Leipzig): Ueber den Aufbau unseres Nervensystems. 4. Vortrag des Herrn Geheimrath Professor Dr Pfeffer (Leipzig): Ueber die Reizbarkeit der Pflanzen. — Nachmittags 3 Uhr: Bildung und Eröffnung der Abtheilungen. — Abends 6 Uhr: Gesellige Vereinigung in der «Restauration des Stadtparkes» (Einladung der Stadt Nürnberg).

Dienstag, den 12. September. Sitzungen der Abtheilungen. — Abends 6 Uhr: Festmahl im Gasthof zum Strauss.

Mittwoch, den 13. September. Morgens 9 Uhr: II. Allgemeine Sitzung im Saale des Industrie- und Kultur-Vereins. 1. Vortrag des Herrn Professor Dr. Strümpell (Erlangen): Ueber die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkt aus. 2. Professor Dr. Günther (München): Palaeontologie und physische Geographie in ihrer geschichtlichen Wechselwirkung. 3. Geschäfts-Sitzung der Gesellschaft. — Abends 6 Uhr: Gesellige Vereinigung im Park der Roseau.

Donnerstag, den 14. September. Sitzungen der Abtheilungen. — Abends 8 Uhr: Festball im «Gasthof zum Strauss».

Freitag, den 15. September. Morgens 9 Uhr: III. Allgemeine Sitzung im Saale des Industrie- und Kultur-Vereins. 1. Vortrag des Herrn Geheimrath Professor Dr. Hensen (Kiel): Mittheilung einiger Ergebnisse der Plankton-Expedition der Humboldtstiftung. 2. Vortrag des Herrn Professor Dr. Hüppe (Prag): Ueber die Ursachen der Gährungen und Infektionskrankheiten und deren Beziehungen zur Energetik. 3. Schluss der Versammlung. — Nachmittags 2 Uhr: Ausflüge der verschiedenen Abtheilungen: a) nach Erlangen, b) nach Bamberg, c) nach der Krottenseer Höhle, d) nach der Hubirg bei Pommelsbrunn. — Abends 8 Uhr stehen die oberen Räume der Gesellschaft Museum den Theilnehmern mit ihren Damen zur Verfügung, soweit dieselben anwesend sind.

Samstag, den 16. September. Morgens: Ausflug nach Rothenburg zum «Festspiel» daselbst.

Aerztliche Stellen.

Distriktsarztesstelle in Milčin (Böhmen) mit 34 Ortschaften, 6156 Einw. und 77·3 Qu.-Kilom. Flächenausmass. Die Besetzung erfolgt provisorisch auf ein Jahr; der Gehalt beträgt 400 fl., das Reisepauschale 200 fl. und aus den Milčiner Gemeinderenten eine Jahreszulage von 200 fl. Bewerber haben ihre im Sinne des § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes vom 23. Februar 1888 belegten Gesuche bis 30. Juli l. J. an den Bezirksausschuss in Jung-Woschitz einzusenden.

Distriktsarztesstelle in Blansko bei Brünn (Mähren) mit 10 Gemeinden. 6618 Einwohner und 60.5 Quadratkilometer Flächenmass. der Jahresgehalt beträgt einschliesslich des Reisepauschales, des Betrages aus dem Contributionsfonde und der Versicherungsgebühr 588 fl. 32 kr. Der Marktflecken Blansko ist Sitz des k. k. Bezirksgerichtes und der Bezirkskrankenkassa. Gleichzeitig wird bemerkt, dass auch die Bahnarztesstelle erledigt ist. Bewerber haben ihre gehörig instruirten und mit dem Nachweise der Kenntniss der beiden Landessprachen belegten Gesuche bei dem Vorsitzenden der Delegirtenversammlung des Sanitätsdistriktes Anton Dušek in Blansko bis 31. Juli d. J. einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Waidhofen a. d. Thaya (Nieder-Oesterreich) mit einer Jahresremuneration von 600 fl. von der Gemeinde für die Vornahme der Todtenbeschau, die ärztliche Behandlung der Gemeindearmen und die Besorgung des Dienstes im allgem. Krankenhause in Waidhofen a. d. Thaya. Ferner wird ein Fixum von 200 fl. für die Behandlung der Kranken im dortigen Privatspitale (4 Betten Belegraum) vom Tage der Anstellung in sichere Aussicht gestellt. Bewerber, Med. Doktoren, um diesen Posten haben ihre vollkommen belegten Gesuche bis 31. Juli l. J. bei der Stadtgemeinde Waidhofen a. d. Thaya einzubringen.

Mit nächster Nummer versenden wir Heft 6 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Die Tuberkulose und deren heutige Behandlung in Sanatorien und Asylen." Von Dr. M. Mayer in Ischl. III.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 7 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Dr. Gottfried Scheff: „Neue Methode der inneren Schleimhautmassage bei chronischen Erkrankungen der Nase"; Dr. A. A. Kanthack und Dr. A. Caddy: „Der therapeutische Werth der Ipecacuanha deemetinisata", ferner neuere Arzneimittel, therapeutische Mittheilungen und Rezepte u. s. w.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Verlag der „Internationalen Klinischen Rundschau."

Klinische Zeit- und Streitfragen.

Bisher sind erschienen:

I. Band.

1. Heft: **Weichselbaum.** Der gegenwärtige Stand der Bakteriologie
2. » **Obersteiner.** Der Hypnotismus.
3.–4. » **v. Basch.** Die cardiale Dispnoe.
5. » **v. Zeissl.** Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Therapie.
6. » **Glax.** Die Neurosen des Magens.
7.–10. » **v. Pfungen.** Die Atonie des Magens. (513)

II. Band.

1. Heft: **Neudörfer.** Gegenwart und Zukunft der Antiseptik und ihr Verhältniss zur Bakteriologie.
2. » **Fischl.** Ueber Antipyrese.
3.–4. » **Steinbach.** Die Sterilität der Ehe.
5. » **Ehrendorfer.** Leitung der Geburt und des Wochenbettes.
6. » **Löwenfeld.** Der gegenwärtige Stand der Therapie der chronischen Rückenmarkskrankheiten.
7.–8. » { **Goldzieher.** Die chronisch-infektiösen Bindehauterkrankungen.
Fukala. Ueber Blepharitis papillaris.
9. » **Herz.** Ueber Lungentuberkulose im Kindesalter.
10. » **Maydl.** Ueber Darmchirurgie.

III. Band.

1.–2. Heft: **Oertel.** Die diätetisch-mechanische Behandlung der chronischen Herzmuskelerkrankungen.
3. » **Albert.** Die Lehre vom Hirndruck.
4. » **Fellner.** Die Thure-Brandt'sche Behandlung der weiblichen Sexual-Organe.
5. » **Neumann.** Die Prophylaxis der Syphilis.
6. » **Hofmokl.** Klinische Beiträge zur Chirur ie der Pleura und der Lungen.
7.–8. » **Grünfeld.** Ueber Cystoskopie.
9.–10. » **Feuer.** Das Trachom in der österr.-ungar. Armee.

IV. Band.

1.–2. Heft: **v. Hebra.** Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten.
3. » **Neumann.** Die Regelung der Prostitution vom juridischen und medizinischen Standpunkte.
4. » **Sokolowski.** Ueber die larvirten Formen der Lungentuberkulose.
5. » **Rosenbach.** Ueber funktionelle Diagnostik und die Diagnose der Insufficienz des Verdauungs-Apparates.
6. » **Peyer.** Die Spinalirritation und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane.
Adamkiewicz. Ueber den pachymeningitischen Prozess des Rückenmarkes.
7.–8. » **Temesváry.** Ueber die Anwendung der Elektrizität bei Frauenkrankheiten. Mit einem Vorworte von **Prof. Apostoli** in Paris.
9. » **Neudörfer.** Von der Antiseptik zur Aseptik. Der gegenwärtige Standpunkt in dieser Frage.
10. » **Weiss.** Kefir, kaukasischer Milchwein (Kuhmilch-Kumiss). Seine Anwendung und Wirkung.

V. Band.

1.–4. Heft: **Wick.** Die Tuberkulose in der Armee und Bevölkerung Oesterreich-Ungarns.
5. » **Hofmokl.** Zur Frage der chirurgischen Behandlung des Pyothorax mit besonderer Berücksichtigung der Bülau'schen Operationsmethode.
6. » **Lang.** Elektrolytische Behandlung der Strikturen der Harnröhre und einiger Dermatosen. Klinischer Vortrag.
7.–8. » **v. Hebra.** Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten. Uebersichtliche Darstellung der Fortschritte in der Dermo-Therapie im letzten Dezennium. II. Theil.
9.–10. » **Wick.** Der gegenwärtige Stand der Tuberkulosen-Therapie.

VI. Band.

1.–2. Heft: **Kühner.** Ueber Erfolge und Misserfolge in der medizinisch-chirurgischen Praxis. Eine kritische Studie über ärztliche Kunstfehler.
3. » **Benedikt.** Ueber Neuralgien und neuralgische Affektionen und deren Behandlung.
4. » **Wichmann.** Die Heilwirkung der Elektricität bei Nervenkrankheiten.
5.–6. » **Hofmokl.** Klinische Mittheilungen über Darmocclusionen.
7. » **Schiff.** Die Krankheiten der behaarten Kopfhaut.
8.–9. » **Wagner.** Beiträge zur Kenntniss der Geschosswirkung des kleinkalibrigen Gewehres.
10. » **Feuer.** Die Beziehungen zwischen Zahn- und Augenaffektionen.

VII. Band.

1.–2. Heft: **Neudörfer.** Rückblick auf ein Vierteljahrhundert Antiseptik
3. » **Lorenz.** Ueber Transformation der Knochen mit besonderer Berücksichtigung der Orthopädie, zugleich eine Kritik des Wolff'schen Transformations-Gesetzes.
4., 5. u. 6. » **Mayer.** Die Tuberkulose und deren heutige Behandlung in Sanatorien und Asylen, dargestellt in ihrer medizinischen und socialen Bedeutung.

Preis für jedes Heft 1 Mark.

Pränumerationspreis für den Band von 10 Heften 8 Mark.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Pränumerations-Einladung.

Mit 1. Juli 1893 begann ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom 1. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende Juni erlosch, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"

Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Verlag von FERDINAND ENKE in STUTTGART:

Soeben erschienen:

Biedert, Dr. Ph., Die Kinderernährung

im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind. Wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt. **Zweite, ganz neu bearbeitete Auflage.** 8. geh. M. 4.80.

Krafft-Ebing, Prof. Dr. R. v. Hypnotische

Experimente. 8. geh. M. 1.20. (1386)



(Südungarn)

Sanatorium für Kehlkopf-, Lungen-, Nervenkranke und Rekonvalescenten.

Das wechselfieberfreie, von Süden blos offene **Marilla** liegt 800 Meter über dem Meeresspiegel, in einem dichten Nadelwalde. Windstille, vollkommene Staubfreiheit, reine balsamische Luft, kaum nennenswerthe Temperaturschwankungen, sehr früher warmer Frühling, prachtvoller Spätherbst sind die Bedingungen, welche dieses Hochthal zu einem klimatischen Kurorte par excellence stempeln, der ausser den oben erwähnten Heilfaktoren noch über folgende unterstützende Heilpotenzen verfügt:

Pneumatische Kammer, Inhalationssaal, vorzüglich eingerichtete Wasserheilanstalt, hydroelektrische Bäder, Heilgymnastik und Massage.

Dauer der Saison vom 26. Mai—15. Oktober.

Post und Telegraf im Kurorte.

Näheres beim Gefertigten. **Dr. Hoffenreich.**





REINES AETHYLCHLORID

für lokale Anästhesie.

Sichere Wirkung. — Absolut ungefährlich. (1310)
Heilung der Neuralgien, Ischias etc.
Atteste v. berühmten Aerzten, Chirurgen und Zahnärzten aller Länder.

— HAUPTDEPOTS: —

WIEN: Dr. A. Rosenberg's Apotheke zum „König v. Ungarn" I., Fleischmarkt I. PRAG: Ph. Newinny's Nachf. B. Müller, Brentegasse BUDAPEST: Dr. Fischer Samu zur „Hunia", Elisabeth-Ring 56

Gilliard, P. Monnet & Cartier
La Plaine bei **Genf** (Schweiz).

PATENTIERT.

Application für locale Anästhesie von Prof. **Dr. Redard.**



Röhren à 10 u. 30 grs mit Metallverschluss oder mit Gummi-Ring. Wegen Preise u. Litteratur verlange man den Prospektus.

Einrichtung für Cholera-Baraken.

Für Spitäler, Privat-Heilanstalten

und dergleichen empfiehlt

ANTON PAULY

Bettwaarenfabrik und Möbellager

nur VIII., Lerchenfelderstrasse 36

sein reichhaltiges Lager von **Bettwaaren, tapezirten Holz- und Eisenmöbeln.** Preisliste gratis und franco. — **Gegründet 1816.**

Referenzen liegen zur Einsicht auf. (1252)

Preiswürdig zu verkaufen:

Curanstalt klimatischer Höhenkurort circa 900 Meter Seehöhe mit zugehörigem Curhaus (47 Piecen) und Nebengebäude (14 Piecen) zusammen 61 comfortabel eingerichtete Räume für 110 Personen, warme und kalte Bäder, herrlicher Fichtenwald in entsprechender Ausdehnung zur Besitzung gehörend, 15 Min. von der Bahnstation, 10 Minuten vom Orte entfernt, in dem sich meteorolog. Station, Apotheke, Post- Telegrafenamt etc. befindet. Die Anstalt liegt in prachtvoller absolut tuberkulosfreier Gegend, und obwohl seit 25 Jahren tuberkulose Patienten alljährlich mehrere Hundert Aufnahme und Heilung gefunden, blieben Bevölkerung und die die Patienten Bedienenden von Tuberkulosen verschont. Näheres auf gefl. Anfragen unter «K. 6782» zur Weiterbeförderung an Rudolf Mosse, in Wien.

Dr. Knorr's Tolylantipyrin **(Löwenmarke). D. R. P. 26429 (Antipyrin-Patent).** Empfohlen als antipyretisches, antirheumatisches und antineuralgisches Mittel. (Nr. 11 v. 13. März 1893 Berl. klin. Wochenschr. «Ueber Tolypyrin von Paul Guttmann.»)

Benzosol fast geschmackloses Buchenholz-Kreosot-Präparat. Erfindung von Dr. Bongartz (patentirt). Empfohlen von Dr. Walzer, Dr. Hughes (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 53, 1891), Prof. Klebs (Broschüre über Tuberculocidin «Die Behandlung der Tuberculose mit Tuberculocidin». Verlag von Leopold Voss, Hamburg und Leipzig.) Zu 3—5% gelöst in Leberthran, Eisenleberthran, Lipanin und anderen fetten Oelen, vorzügliches Mittel bei skrophulösen und verwandten Zuständen.

Phenosalyl, eine neue antiseptische Mischung, erfunden von Dr. med. J. de Christmas, Paris. Leicht löslich in Wasser, hat eine die Carbolsäure übertreffende antiseptische Wirkung, derjenigen von Sublimat, bei Vermeidung der Giftigkeit desselben, sich annähernd. — Näheres über Anwendung etc. gratis von uns zu beziehen.

Hypnal (Chloral-Antipyrin), Schlafmittel.

Acidum sulfotumenolicum (Tumenolpulver). patentirt. Empfohlen von Prof. Dr. Neisser auf dem Dermatologen-Congress in Leipzig. (Nr. 45 der Deutschen med. Wochenschrift.)

Dermatol-Streupulver Bewährtes, durchaus unschädliches Mittel gegen frische Wunden, Verbrennungen, Aufreibungen, nässende Hautaffektionen aller Art, nässende Stellen, Wundsein der Frauen und Kinder, Wolf, Hand- und Fussschweiss

Alleinige Fabrikanten obiger Produkte sind:

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning

Höchst a. Main.

Ausserdem liefern dieselben:

Benzoësäure aus Toluol.
Chinolin pur.
Chinolin puriss.
α Naphtol chem. rein. crist.
β „ „ „ „
β „ resublim.
Resorcin chem. rein.
„ puriss. resubl. albiss.
Urethan.
Phenylurethan.
Methylenblau medicinale.
(1259)

Als tägliches diätetisches Getränk an Stelle von Kaffee und Thee wirkt

Dr. Michaelis' Eichel Cacao

in Bezug auf Störungen des Verdauungstractus prophylactisch, indem er denselben in normalem Zustande erhält.

Seit vielen Jahren ärztlich erprobtes ***Tonicum*** und ***Antidiarrhoeicum*** bei chron. Durchfällen.

Gr. Nährwerth; leichte Verdaulichkeit; guter Geschmack.

Vorräthig in allen Apotheken.

Aerzten und Kliniken stehen Proben auf Wunsch gratis zur Verfügung.

Alleinige Fabrikanten von

Dr. Michaelis Eichel-Cacao

Gebr. Stollwerck, k. u. k. Hoflieferanten,

(1264) **Wien, I., Hoher Markt 6.**

Dr. Martin Szigeti

Winter: **Abbazia** (Neuer Bazar.)

Sommer: **Gleichenberg.** Villa Karlsruhe.

(1278)

Die modernste Anstalt für Erzeugung animaler Impflymphe im Kaiserthume Oesterreich Sr. Excellenz des Herrn Grafen Czernin in Neuhaus (Böhmen) versendet das ganze Jahr hindurch Impfstoff **vorzüglicher** Qualität zu **niedrigsten** Preisen. Spezialität: Ziegenlymphe 2 Portionen 1 fl.

Das hohe Ministerium des Innern geruhte in Würdigung unermüdeten Bestrebungen der Anstalt die bisherigen Erfolge derselben zu befriedigender Kenntniss zu nehmen.

(1345) Die Domaine-Direktion.

Stahlbad KÖNIGSWART

bei Marienbad, Böhmen,

723 Meter am südlichen Abhange eines über 1000 Meter hohen, von Nadelholzwaldungen bedeckten Gebirges gelegen. Neu eingerichtetes Badehaus mit grossem Lesesalon, 26 Cabinen für **Moorbäder. Fichtennadel- und Stahlbäder,** verbunden mit einer hydrotherapeutischen Heilanstalt. Elektrotherapeutisches Kabinet mit Gärtner'schem Zweizellenbad, Pneumatische wie Inhalationsapparate. Milch-, Molken- und Kefirkuren. Victorsquelle, ein Eisensäuerling mit 0·08 Eisenbicarbonat, 1163 Kohlensäure in 1000 Gewichtstheilen Wasser. Richardsquelle, ein vollkommen eisenfreier Säuerling mit 1093·8 Kohlensäure und nur 0·108 fixen Bestandtheilen. Beide wurden in Frankfurt und Teplitz prämiirt und besteht reger Versandt. — 6 Villen und 2 Hôtels in unmittelbarer Nähe des Badehauses.

Weitere Auskünfte beim Kur-Komité.

(1321) Pächter und Kurarzt **Dr. H. Ziegler.**

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9

VII. Jahrgang. **Wien, 30. Juli 1893.** **Nr. 31.**

„**Internationale Klinische Rundschau**“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred H ö l d e r, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitalern.

Aus der Therapeutischen Klinik des Prof. Dr. M. Semmola in Neapel.

Aetiologie, Pathogenese und Behandlung der Pneumonie.

Von

Prof. Dr. Nicola Ferrara in Neapel.*)

Eine der häufigsten und verbreitetsten Krankheiten ist zweifellos die croupöse Pneumonie. Binnen wenigen Tagen entscheidet sie über Leben und Tod Desjenigen, der von ihr betroffen wird. Sie tritt fast brüsk auf, und es gehen ihr nur wenige Prodromalsymptome voraus. Der Verlauf ist kurz aber furchtbar und erfordert ein rasches und energisches Einschreiten von Seiten des praktischen Arztes, um dessen schwere Folgen nach Möglichkeit hintanzuhalten. Es ist daher von grossem Interesse, sich mit dieser Affektion ernstlich zu befassen.

Ich übergehe die diagnostischen Zeichen der Pneumonie, denn heutzutage, da die Semiotik einen so hohen Grad der Vervollkommnung erreicht hat, gibt es wohl keinen Arzt mehr, der die Diagnose dieser Krankheit nicht zu stellen vermöchte; ich werde mich daher nur mit ihrer Aetiologie, Pathogenese und Therapie zu befassen haben.

Die Aetiologie und Pathogenese der Pneumonie sind in ihrer wesentlichen Ursache und in der Wirkungsweise derselben noch nicht genau bestimmt, und der therapeutische Theil, der sehr unvollkommen ist, weist zudem noch viele Ungenauigkeiten auf, die der Ausdruck von unsicheren pathologischen pharmakologischen Kenntnissen sind.

Damit der praktische Arzt genaue und klare Kenntnisse, so weit dies eben die heutige Wissenschaft zulässt, über die Ursachen und die Behandlung dieser so wichtigen Krankheit erlange, will ich die Aufmerksamkeit des Lesers nur auf jene Punkte lenken, die mehr sicher und besser erwiesen erscheinen. Nachdem ich, bezüglich der Aetiologie und Pathogenese, die Pneumonie a frigore und die bacilläre Theorie kurz besprochen haben werde, will ich einen bescheidenen Beitrag zur bakteriochemischen Theorie liefern, auf die mein verehrter Lehrer, Prof. Semmola, schon vor 13 Jahren hingewiesen hat. Was den therapeutischen Theil anbelangt, so hoffe ich, auf Grund mehrerer persönlichen Beobachtungen, dazu beizutragen, dass verschiedene Momente von hervorragend praktischer Bedeutung in den Vordergrund treten.

Die Alten kannten wohl die Pneumonie und, indem sie bei der klinischen Form stehen blieben, hiessen sie sie F e b r i s p n e u m o n i c a, was uns beweist, dass sie sie als eine allgemeine Affektion mit pulmonären Symptomen betrachteten. Mit Morgagni erstand eine Periode, in welcher die Pneumonie für eine rein entzündliche Krankheit mit allgemeinen, örtlichen, funktionellen und physischen Symptomen gehalten wurde. Nach Morgagni wurde sie von Einigen als eine akute Allgemeinerkrankung, von Anderen als eine entzündliche Affektion angesehen.

Bis zur Entdeckung des Pneumococcus durch Friedländer (1883) schrieb man die genuine Pneumonie nur der Kältewirkung zu; sie wurde demnach als eine einfache, durch Temperatureinflüsse hervorgerufene Entzündung der Lungen angesehen. Ich erachte es für überflüssig, heute noch auf diese Theorie einzugehen, nachdem es erwiesen ist, dass sämmtliche physische irritirende Agentien, welcher Natur sie auch sein mögen, wenn sie in verschiedener Weise in die Lunge gebracht werden, niemals die Alterationen der genuinen fibrinösen Pneumonie hervorzurufen im Stande sind.

Mit der Entdeckung des Pneumococcus im Jahre 1883 trat die Pneumonie in das Gebiet der Infektionskrankheiten.

*) Diese interessante aus der Klinik Professors Mariano Semmola hervorgegangene und auf dessen Anregung entstandene Arbeit wurde uns zur Veröffentlichung in der «Internationalen Klinischen Rundschau» übergeben. Dieselbe ist auch desshalb von besonderer Bedeutung, weil sich darin nicht allein die massgebenden Anschauungen des berühmten Neapler Gelehrten über di heute vorherrschenden bakteriologisch-chemische Theorie der Infektionen, insbesondere der Pneumonie, niedergelegt finden, sondern auch weil Professor Ferrara jene Therapie erschöpfend bespricht, die sich durch seine eigene und Semmola's langjährige Erfahrung als die beste und rationellste bewährt hat. D. R.

Heute ist es aber noch nicht nachgewiesen, dass sie, als Infektionskrankheit, von einem kranken Individuum auf ein gesundes übertragen werden könne. Sicher verleiht sie keine Immunität, denn, hat man sie einmal überstanden, dann zeigt der Organismus im Gegentheil eine noch grössere Tendenz, neuerdings an derselben Affektion zu erkranken; sie ist endemisch in vielen Gegenden, und zu gewissen Epochen des Jahres (Frühling, Herbst) tritt sie in ziemlich ausgebreiteten Epidemien auf; andere Male finden sich mehrere Fälle gehäuft vor, insbesondere in bestimmten Stadtbezirken, ferner in Asylen, Gefängnissen und in isolirten Häusern.

Noch vor der Friedländer-Fränkel'schen Entdeckung wurde die Pneumonie als eine Erkrankung spezifischen Charakters betrachtet, und zwar aus verschiedenen Gründen:

1. wegen ihres endemischen Charakters in vielen Gegenden, wegen ihres epidemischen Wiederauftretens zu gewissen Jahreszeiten, wegen der Anhäufung von Fällen in Asylen, Gefängnissen, in Häusern etc.;

2. wegen der Prodomal- oder besser Initialsymptome, die ziemlich häufig sind und in einem unbestimmten Unwohlsein, Unfähigkeit zur Arbeit etc. bestehen — Symptome, die man auch sonst als Präludium bei sehr vielen Infektionskrankheiten anzutreffen pflegt;

3. wegen des cyklischen Verlaufes des Fiebers, das, entgegen dem wahren entzündlichen Fieber, kein proportionirtes Verhältniss zu der Lungenläsion zeigt: Das Fieber endet mit Krise, während die Lungenläsion noch fortdauert und dessen Resolution mehr oder weniger langsam sich vollzieht, oder in andere krankhafte Zustände übergeht; oder die Infiltration schreitet fort, während der Kranke fieberlos ist.

Die bacilläre Theorie der Pneumonie beruht völlig auf der Entdeckung des Fränkel'schen Bacillus.

Ich unterlasse es bei dem Friedländer'schen Pneumokokkus zu verweilen, da diesem heute keine Bedeutung beigelegt wird. Die Friedländer'schen Pneumokokken kommen nicht in allen Fällen von croupöser Pneumonie vor, sind nicht für dieselbe charakteristisch, indem zahlreiche Beobachtungen dargethan haben, dass dieselben Bakterien im Speichel und dem Nasensekret gesunder Individuen und im Lungensekret von Kranken sich vorfinden, die an anderen Affektionen leiden. Wir können die Friedländer'schen Pneumokokken nicht mehr als wahre und ausschliessliche Ursache der Pneumonie betrachten; da man sie jedoch oft bei der Lungenentzündung angetroffen hat, so muss angenommen werden, dass sie doch in einer gewissen Beziehung zu der genannten Affektion stehen, als Bakterien nämlich, die auf dem von einem anderen Mikroorganismus (Fränkel) vorbereiteten Boden sich zu entwickeln vermögen.

Heutzutage werden allgemein als Ursache der Pneumonie die Fränkel'schen Kokken angesehen, da sich diese stets im Auswurfe der Pneumoniker, in dem Lungengewebe der an Pneumonie verstorbenen Individuen vorfinden, und man Reinkulturen herstellen kann.

Man findet konstant den Fränkel'schen Bacillus bei der Pneumonie, und wenn man ihn manchmal nicht findet, so muss das der Schwierigkeit der mikroskopischen Untersuchung und dem Zeitpunkte zugeschrieben werden, in welchem die Untersuchung ausgeführt wird, da nach Weichselbaum und Monti die Diplokokken in einer umso grösseren Menge im kranken Lungengewebe vorhanden sind, als der Prozess jünger ist; im weiteren Verlaufe des Krankheitsprozesses nehmen sie allmälig ab, bis sie ganz verschwinden.

Es kann jedoch nicht behauptet werden, dass die Fränkel'schen Mikroorganismen nur bei der Pneumonie vorkommen, im Gegentheil, sie finden sich auch im ausgedehnten Maasse vor in fast allen Fällen von Meningitis cerebro-spinalis (Foà und Uffreduzzi), von Pleuritis (Fränkel), Peritonitis (Weichselbaum), Perikarditis (Banti), Nephritis (Pansini), Endokarditis und Otitis media, und man trifft sie auch in dem Speichel und dem Nasensekrete gesunder Menschen an.

Der Fränkel'sche Bacillus ist, wie Fränkel selbst bemerkt, die Ursache von entzündlichen Prozessen infektiöser Natur: er erzeugt sie auf einer Schleimhaut, auf einer Serosa, auf der Dura mater, auf dem Peritoneum, im mittleren Gehörgang, überhaupt an Stellen, wo er hingelangt, wofern er die zu seiner Entwicklung günstigen Bedingungen vorfindet.

Wenn er in die Lunge eindringt, so ruft er, unter bestimmten Umständen, eine Pneumonie hervor.

Wenn er im Speichel oder Nasensekrete gesunder Individuen vorkommt, so will das weiter nichts sagen. Das Bakterium bedarf, wie schon erwähnt, günstiger, prädisponirender Bedingungen um gedeihen zu können.

Unter normalen Verhältnissen sind die Gewebe des Organismus vor der Einwirkung der Mikroorganismen geschützt, sobald aber die Widerstandsfähigkeit des Organismus abnimmt, entfalten sie ihre schädliche Thätigkeit. Je günstiger der Nährboden, umso rascher entwickeln sie sich und umso grösser ist ihre Virulenz.

Wir werden später sehen, dass die rasche Entwicklung des Mikroorganismus innig verknüpft ist mit einer beträchtlichen Bildung von Toxinen, welche die wahre Ursache der grösseren Virulenz ist, die bisher fast ausschliesslich dem Mikroorganismus selbst zugeschrieben worden ist.

Veranlasst aber das Fränkel'sche Bakterium nur die croupöse Pneumonie, oder auch die lobuläre Pneumonie und die sekundären Pneumonien? Existirt denn eine pathologische Einheit der akuten pneumonischen Prozesse? Sowohl der Friedländer'sche Pneumococcus als auch der Fränkel'sche Bacillus wurden zuweilen in Fällen von lobulärer Pneumonie gefunden (Massalongo, Pipping, Simon, Netter etc.). Bei einer Epidemie von croupöser Pneumonie werden häufig Fälle von lobulärer Pneumonie konstatirt. Bei einem und demselben Individuum ist die lobäre und lobuläre Pneumonie gleichzeitig beobachtet worden.

Ueberdies finden sich bei allen Broncho-Pneumonien der Kinder, die entweder auf Masern, oder Scharlach, oder Diphtheritis sekundär auftreten, und bei den auf Abdominaltyphus folgenden Formen von Broncho-Pneumonie, zusammen mit verschiedenen Bakterienspecies (Bacillen, Mikrokokken) fast konstant die Friedländer'schen und Fränkel'schen Bakterien. Auch bei den Broncho-Pneumonien der Alten findet man dieselben Pneumokokken.

Nach den diesbezüglichen Studien Massalongo's soll eine ätiologische Einheit der croupösen Pneumonie, der lobulären Pneumonie und der sekundären Pneumonien bestehen.

Das Vorhandensein in der Lunge von Bakterien der verschiedenen Infektionskrankheiten, kann absolut nicht als die Ursache der broncho pneumonischen Phlogose angesehen werden, da dieselben Mikroorganismen sich auch in anderen Organen und anderen Geweben vorfinden, in welchen ein entzündlicher Prozess nicht stattgefunden hat.

Massalongo glaubt mit Recht, dass ein aufmerksames Studium des pathogenen Agens dazu führen dürfte, die Einheitlichkeit der akuten pneumonischen Prozesse wenn nicht gerade in anatomischer so doch mindestens in ätiologischer Beziehung festzustellen. Wenn auch anatomische und klinische Differenzen zwischen der croupösen, der lobulären und den sekundären Pneumonien bestehen, so genügen denn doch diese nicht, um ohne weiters die Idee der ätiologischen Einheitlichkeit zu verwerfen. Ich glaube sogar, dass wir in der bakteriochemischen Theorie genügende Anhaltspunkte finden werden, um einerseits die ätiologische Einheit der akuten pneumonischen Prozesse und andererseits die klinischen und anatomischen Unterschiede darthun zu können.

Heute hat die Chemie bedeutende Fortschritte aufzuweisen, und auf dem Wege, den sie erfolgreich betreten, wird sie sicher noch manche schätzenswerthe Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der Infektionskrankheiten liefern. Die Chemie hat mit dem Studium der Ptomaïne, der Leukomaïne und endlich der Toxine einen neuen und weiten Horizont eröffnet. Die pathogenen Mikroorganismen geben in ihren verschiedenen

Entwicklungsstadien zur Bildung von Produkten Anlass, die das Ergebniss der Beziehungs- oder Stoffwechselthätigkeit sind. Da schon im gesunden menschlichen Organismus unaufhörlich toxische Produkte sich bilden, so dass derselbe mit Recht als eine Giftfabrik betrachtet wird, so zwar, dass, wenn die Ausscheidung dieser Gifte durch die natürlichen Emunktorien behindert wäre, das Leben ernstlich bedroht erschiene, so werden umsomehr in dem von pathogenen Agentien befallenen Organismus toxische Produkte, d. i. Toxine erzeugt, die, da sie sich in einer relativ kurzen Zeit bilden, infolge ihrer Ansammlung im Blute und in allen interstitiellen Flüssigkeiten Organe und organische Apparate funktionell und anatomisch alteriren, zu welchen sie eine chemische Elektivität zeigen. Wenn die natürlichen Ausscheidungswege die Fähigkeit hätten diese Toxine raschestens, sobald sie im Organismus entstanden sind, zu eliminiren, so würden die Infektionskrankheiten äusserst milde verlaufen.

Aber die eliminatorische Thätigkeit der Emunktorien ist beschränkt, und sie wird es umso mehr, je grösser das Quantum der Toxine ist, die ausgeschieden werden sollen, da unter ihrem mehr oder weniger irritirenden Einflusse die Ausscheidungswege endlich mit phlogistischen Erscheinungen reagiren, wodurch die Ausgangspforten immer enger werden. Und gerade zu einer Zeit, da es dringend nothwendig wäre, dass die Ausscheidungsorgane am höchsten funktionirten, erfolgt die Elimination der schädlichen Substanzen in einem sehr dürftigen Maasse. Das ist so wahr, dass, wenn man aufmerksame mikroskopische Beobachtungen an dem Harne von Individuen anstellt, die an Infektionskrankheiten leiden, Alterationen der Nieren, in vollkommenem Zusammenhange mit der Intensität der Infektion, nachzuweisen sein werden. Einer Nephritis als Komplikation der croupösen Pneumonie wird man in der Praxis fast ausnahmslos begegnen.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber subphrenische Abscesse.

Von

Dr. S. J. Meltzer.*)

(Fortsetzung.)

Rekapituliren wir in Kürze. Die Krankheit begann mit kroupöser Pneumonie, die auf die rechte Lungenspitze beschränkt war. Nach einer langsamen Defervescenz und einer protrahirten Lösung befiel die pneumonische Infektion auch den unteren Lappen derselben Seite; die neu hinzugekommene Infektion war von kurzer Dauer und endigte mit einer Krise. Es kann über die pneumonische Natur des zweiten Anfalles kein Zweifel bestehen. Der plötzliche Anstieg, die Continuität und der kritische Abfall des Fiebers, die mässige Dämpfung, das Bronchialathmen und der verstärkte Stimmfremitus — alle diese Momente sprechen zu Gunsten der Pneumonie. Ueberdies hatte ich mittelst der Digitaluntersuchung die Ueberreste der Infiltration innerhalb des untern Lappens konstatiren können.

Beide Anfälle können füglich als «Pneumonia migrans» bezeichnet werden. Einige Tage nach Beendigung des letzten pneumonischen Anfalles, machte sich ein Krankheitszustand geltend, der alle charakteristischen Merkmale eines metapneumonischen Empyems an sich trug. Die Operation ergab, dass alle physikalischen und sonstigen Symptome auf Rechnung eines subphrenischen Abscesses kamen, während die Pleura intakt war.

Wir sehen somit in diesem Falle einen subphrenischen Abscess unmittelbar auf eine kroupöse Pneumonie folgen, und zwar bei einem Kranken, der niemals irgend welche Symptome betreffend die Unterleibsorgane dargeboten hatte.

Es kann kaum ein Zweifel darüber obwalten, dass die vorausgegangene Pneumonie die Ursache des darauffolgenden subphrenischen Abscesses war. Die zweite diesbezügliche Erklärung, die noch übrig bleibt, würde darin bestehen, dass man annimmt, dass das unmittelbare Erscheinen des Abscesses nach der Pneumonie nur ein zufälliges Ereigniss war, und dass die wirkliche primäre Ursache derselben eine unbekannte sei. Eine solche Erklärung würde jedoch weit hergeholt und unrationell sein, und wir könnten dann derartige Einwände gegen irgendwelche durch die induktive Methode sicher festgestellten Ursachen erheben. Meiner Ansicht nach gibt es thatsächlich nur eine einzige mögliche Erklärung, nämlich, dass die vorausgegangene Pneumonie die Ursache des darauffolgenden subphrenischen Abscesses war.

Die Frage entsteht nun, ob der von mir beobachtete Fall einen Typus darstellt, oder ob wir es mit einem vereinzelt dastehenden und accidentellen Fall zu thun haben. Ich habe die diesbezügliche Literatur gehörig durchgesehen und finde darin zum mindesten e i n e n andern ähnlichen Fall. Der Fall wurde von GAEHDE[1]) im Jahre 1880 mitgetheilt und zwar nahezu gleichzeitig mit der oben citirten Publikation von LEYDEN. Der Fall war der allgemeinen Beachtung entgangen. Er lautet in Kürze wie folgt:

Ein 28 Jahre alter Mann litt an einer rechtsseitigen Pneumonie im untern Lappen, die mit einer Krise endigte. Einige Tage später waren exquisite Symptome von Empyem auf derselben Seite vorhanden. Es wurde die Paracentese verbunden mit der Resektion eines Theiles der sechsten Rippe vorgenommen, aber es entleerte sich nur eine geringe Menge Eiter. Es wurde die Diagnose gemacht, dass vielleicht unterhalb der Oeffnung ein eingekapseltes Empyem vorhanden sei, und man erwartete eine spontane Entleerung in den obern Sack. In den darauffolgenden Tagen entleerte sich thatsächlich eine beträchtliche Menge Eiter, und der Patient ging bereits seiner Genesung entgegen, als er plötzlich starb. Es war einer jener obscuren und plötzlichen Todesfälle, die sich hie und da im Verlaufe einer Pleuritis ereignen. Die Autopsie ergab die überraschende Thatsache, dass der Schnitt direkt durch das Zwerchfell gemacht worden war, und dass der Eiter in einer Stelle unterhalb desselben seinen Ursprung hatte.

Der Typus des subphrenischen Abscesses war offenbar dem Autor dieser Mittheilung noch unbekannt, und er spricht in unbestimmter Art von einem perihepatischen Abscess. In diesem Falle haben wir es somit mit einem klaren Falle von subphrenischen Abscess nach Pneumonie zu thun, und hier war offenbar die Pneumonie ebenfalls die Ursache des konsekutiven Abscesses.

Ich habe in der Literatur noch einen zweiten Fall von subphrenischem Abscess im Gefolge von Pneumonie gefunden, aber der kausale Zusammenhang zwischen beiden Zuständen ist in diesem Falle weniger sicher. Der Fall wurde von JAHN[2]) im Jahre 1888 mitgetheilt.

Ein Soldat litt an kroupöser Pneumonie des untern Lappens und die Defervescenz trat am 6. Tage ein. Drei Wochen später, während der Patient sich noch im Hospital aufhielt, trat ein neuer Anfall ein, verbunden mit Schüttelfrost im Beginne, und überdies waren Schmerzen auf der rechten Seite vorhanden; die Milz und die Leber waren angeschwollen, und es bestand eine Febris continua während der Dauer von 12 Tagen. Die Diagnose lautete auf Typhus. Einige Tage nach der Defervescenz trat das kontinuirliche Fieber von neuem auf, währte aber nur zwei Tage lang und verwandelte sich hierauf in einen protrahirten remittirenden und intermittirenden Typus. Am Ende des dritten Monats wurde die Paracentese im neunten Interkostalraum vorgenommen. Man fand die Pleurahöhle leer und die Pleura glatt; das Diaphragma fixirt und unterhalb desselben einen Abscess. Derselbe wurde entleert und der Patient genas innerhalb von sechs Wochen.

* Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 29, 1893.

[1]) F. GAEHDE. Ein Fall von Pneumonie mit nachfolgendem Empyem. Operation, perihepathischer Abscess, plötzlicher Tod. Berliner klinische Wochenschrift, 1880, pag. 134.

[2]) E. JAHN. Subphrenischer Abscess bei rechtsseitiger Lungenentzündung etc. Deutsche med/z. Wochenschrift, 1888, pag 1042.

JAHN selbst ist betreffend die Diagnose von Typhus nicht sehr sicher, aber er ist auch nicht geneigt anzunehmen, dass der Abscess durch die vorausgegangene Pneumonie veranlasst worden war, und zwar wegen des Fehlens irgend welcher Art von Pleuritis. Wir werden gleich sehen, dass dieses letztgenannte Moment eher für die Entwicklung eines subphrenischen Abscesses günstig ist, und ich bin in der That geneigt, anzunehmen, dass auch in diesem Falle der Abscess durch die vorangegangene Pneumonie veranlasst worden war, und dass der zweite Anfall von kontinuirlichem Fieber nicht Typhus war, sondern das erste Stadium des entstehenden subphrenischen Empyems. Der Schmerz in der Seite und die vergrösserte Leber sind aber für diese Annahme günstig. Zu gleicher Zeit muss ich aber bemerken, dass auch eine andere Annahme nicht von der Hand zu weisen ist, nämlich, dass der rekonvalescirende Patient sich in der That mit Typhus inficirte, indem er im Hospital mit typhösen Kranken in Kontakt gekommen war, und dass dann der Typhus die Ursache des Abscesses gewesen sein mochte.

Wenn wir nun diesen letztgenannten Fall als einen Fall zweifelhafter Natur ausser Acht lassen, so haben wir wenigstens zwei Fälle von subphrenischem Abscess, die ganz sicher durch Pneumonie bedingt waren, zu verzeichnen. Sind nun diese zwei Fälle wirklich die einzigen?

Ich bin geneigt, dies anzuzweifeln, und das um so mehr, als eine Analyse dieser Fälle gleich zeigen wird, dass auch diese nur zufällig entdeckt wurden. Wenn wir GAEHDE's Fall in Erwägung ziehen so finden wir, dass der Patient wegen Empyem operirt worden war, und dass der wirkliche Zustand nicht einmal während der Operation erkannt wurde. Wenn der Patient nicht zufällig gestorben wäre, so würde er auch haben genesen können, da eine weite Oeffnung im Zwerchfell bestanden und der Eiter einen freien Ausweg hatte. Der günstige Zustand rechtfertigte in der That die Hoffnung der Chirurgen auf eine Genesung. Nun, wenn dieser Patient genesen wäre, so würde eben Niemand jemals entdeckt haben, dass man es hier nicht mit einem Falle von Empyem zu thun hatte. Aehnlichen Umständen begegnen wir auch in meinem eigenen Falle. Die Diagnose des Empyems war wohl begründet, und ich operirte wegen derselben ziemlich früh. Ich fand eine kleine Perforation des Diaphragmas und nur einige Tropfen Eiter innerhalb der Pleurahöhle.

Wenn ich mit der Operation länger gewartet hätte, wie es bisweilen angerathen wird, — wenigstens in Fällen von metapneumonischen Empyemen, — so würde inzwischen die Perforation wahrscheinlich an Grösse zugenommen haben, und es würde eine genügende Menge Eiter innerhalb der Pleurahöhle vorhanden gewesen sein, genügend gross, um mich nicht in meiner ursprünglichen Ansicht, dass ich es thatsächlich mit einem Empyem zu thun habe, zu beirren.

Nichtsdestoweniger würde der kleine Patient auch in diesem Falle eine grosse Chance auf Genesung gehabt haben, da die weite Perforationsöffnung im Diaphragma es dem Abscess ermöglicht haben würde, seinen ganzen Inhalt in die Pleurahöhle zu entleeren, und von da würde der Eiter durch die weite Wunde wieder seinen weiteren Ausweg gefunden haben. Auf diese Art würde sich auch in meinem Falle eine Genesung haben ereignen können, ohne dass ich gewusst haben würde, dass ich es «de facto» mit keinem Empyem, sondern vielmehr mit einem subphrenischen Abscess zu thun habe.

Wenn nun diese Fälle in Folge eines blossen Zufalles entdeckt wurden, wie können wir geltend machen, dass diese Fälle thatsächlich die einzigen Fälle seien, die jemals vorgekommen sind? Im Gegentheil, mir dünkt es sehr wahrscheinlich, dass viele Fälle von subphrenischem Abscess nach Pneumonie fälschlich für metapneumonische Empyeme angesehen wurden. Es gibt kein zuverlässiges Symptom bezüglich der Differentialdiagnose zwischen subphrenischem Abscess und metapneumonischem Empyem; wenn es aber auch eine derartige Leitschnur gegeben hätte, wer hat jemals die Möglichkeit eines subphrenischen Abscesses ernstlich in Erwägung gezogen während er die Symptome des metapneumanischen Empyems studirte? Somit spricht der Mangel einer grösseren Zahl derartiger Fälle nicht gegen die Häufigkeit ihres wirklichen Vorkommens, während die zufällige Entdeckung der zwei mitgetheilten Fälle entschieden die Annahme rechtfertigt, dass mehr Fälle dieser Art in Wirklichkeit vorkommen, aber unentdeckt bleiben.

Eine Analyse der Umstände in meinem eigenen Falle führt mich jedoch noch weiter, nämlich zu der Annahme, dass subphrenische Abscesse nach Pneumonie nicht nur öfter vorkommen, sondern dass sie auch einen legitimen Typus darbieten: Der Abscess unterhalb des Diaphragma stellt einen ebenso natürlichen — wenn vielleicht auch seltenen — Folgezustand der labären Pneumonie dar, wie das Empyem oberhalb des Zwerchfells. — Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass der subphrenische Abscess in meinem Falle durch die vorausgegangene Pneumonie bedingt war. Dies kann aber nichts Anderes bedeuten, als dass der Abscess unterhalb des Zwerchfells durch die eiterproducirenden Organismen, die sich in pneumonischen Infiltrationen finden, verursacht worden war.

Ich stellte gar keine bakteriologischen Untersuchungen mit dem Eiter des Abscesses an, da ich es nicht erwartet hatte, etwas Anderes, als ein gewöhnliches metapneumonisches Empyem zu finden, dessen Bakteriologie durch NETTER und Andere zur Genüge studirt worden ist. Die Mikroorganismen des Abscesses waren wahrscheinlich dieselben, die man gewöhnlich in metapneumonischen Empyemen findet, nämlich «Pneumococcus lanceolatus» und «Streptococcus pyogenes».

Wir müssen annehmen, dass diese Mikroorganismen direkt aus dem pneumonischen Herde in den Lungen in den Raum unterhalb des Diaphragmas passirt waren, und zwar durch die Lymphkanäle des Zwerchfells, welche nach den Untersuchungen von LUDWIG und SCHWEIGGER-SEYDEL[1]) ganz weit und wohlgeformt sind.

Die Lokalisation der Pneumonie in dem unteren Lappen nahe der Zwerchfellsfläche war eine der begünstigenden Bedingungen für eine solche directe Einwanderung von Mikroorganismen. Es ist überdies meine Ansicht, dass das Fehlen irgend welcher Pleuritis, das bei der Operation konstatirt werden konnte, auch ein begünstigendes Moment für das Durchwandern der Mikroorganismen durch die Lymphkanäle des Zwerchfells gewesen war. Wenn dem Auswandern der Mikroorganismen aus dem pneumonischen Herde eine Entzündung der Pleura diaphragmatica irgend welcher Art vorausgegangen wäre, so würden die Mikroorganismen daran verhindert gewesen sein, die Lymphkanäle zu passiren, da die Stomata auf der dem Thorax zugekehrten Fläche des Diaphragmas durch das Fibrin obliterirt worden sein würden. Die Mikroorganismen würden somit auf der entzündeten Pleurafläche zurückgehalten worden sein und das Resultat würde wahrscheinlich Empyema supradiaphragmaticum gewesen sein. — Bei GAEHDES Fall findet sich keine Bemerkung betreffend den Zustand der Pleura diaphragmatica, aber JAHN betont ausdrücklich, dass die Pleura keine Entzündung irgend welcher Art dargeboten hatte. Gerade dieses Moment war es — wie wir bereits oben erwähnt hatten —, welches JAHN davon abgehalten hatte, anzunehmen, dass die Pneumonie die Ursache des Abscesses in seinem Falle gewesen war — und ich meine gerade das Gegentheil —, nämlich, dass das Fehlen der Entzündung, wenigstens im Bereiche der Pleura diaphragmatica ein unbedingt nothwendiges Verbindungsglied zwischen Pneumonie und subphrenischem Abscess sei.

(Schluss folgt.)

[1]) LUDWIG und SCHWEIGGER-SEYDEL. Ueber das Centrum tendineum des Zwerchfells. Arbeiten der physiologischen Anstalt zu Leipzig, 1866

Mittheilungen aus der Praxis.

Ein Fall von ausgebreiteter Gehirntuberkulose. Sektion.

Von **Dr. Ferdinand Liszt**, Gemeindearzt in Tetétlen.

Einen ebenso interessanten als lehrreichen Fall will ich hier kurz beschreiben, den ich im Monate Juni—Oktober vergangenen Jahres in meiner Praxis Gelegenheit hatte bei einem 6jährigen Knaben bis zu Ende zu beobachten. Wie wir später sehen werden, haben wir es mit einer riesig ausgebreiteten, von grosser Gewebszerstörung begleiteten cerebralen Erkrankung zu thun, welche natürlicherweise lethal endigend und nachdem die Secirung des Kopfes von dem ziemlich intelligenten Eltern bewilligt wurde, ist die im Leben aufgenommene Diagnose durch die Sektion wesentlich bekräftigt worden.

Der im Leben beobachtete Symptomenkomplex liess keinen Zweifel darüber, dass wir es mit einer intracraniellen Erkrankung zu thun haben, auf Grund der, durch die topische Diagnostik gegebenen Daten und nach den Herdsymptomen geurtheilt, konnte man auch auf die Stelle der Erkrankung einigermassen folgern, der Grund der Erkrankung, respektive die tuberkulotische Natur derselben war auch mit mehr weniger Wahrscheinlichkeit zu konstatiren, dass aber eine so riesige cerebrale Gewebszerstörung sei, wie dies bei der Sektion vorgefunden wurde, konnte man bei dem Lebenden gar nicht ahnen.

Die feinere Anatomie, respektive Histologie des Gehirns bildet auch heute noch einen ziemlich unklaren Abschnitt der Heilkunde, was die Gehirnfunktionen anbelangt, wissen wir zwar mehr, als dies der berühmte HIRTL in seinem geistreichen Buche schrieb, d. h. «dass sie keine Flügel haben» dennoch ruhen unsere Kenntnisse auf so labilem Boden, dass auf diesem Gebiete strikte Positivität zu behaupten und Dogmen aufzustellen kaum möglich ist.

Ja sogar scheinen neuere und neuere Beobachtungen von dem Werthe der bereits sicher aufgestellten Auffassungen viel zu nehmen, so dass bei der topischen Diagnostik der Gehirnerkrankungen oder sagen wir bei der Lokalisation der Gehirnfunktionen das Negligiren eines gewissen zurückhaltenden Standpunktes vielmals nur den Charakter einer kühnen Flügelprobe haben kann.

Und so ist auf diesem Gebiete sehr treffend BENEDIKT's Spruch: «Ein Diagnostiker besteht aus einem Gnostiker, der weiss, was er aus den vorliegenden Kenntnissen wissen kann und einem Agnostiker, der genau weiss, was er nicht weiss.» Dass ich zur Erleuchtung dessen ein Beispiel vorführe, wissen wir, dass wir bei halbseitiger Lähmung oder bei Krämpfen die Störung (Läsion) in der einen Gehirnhälfte suchen sollen, bei beiderseitiger Lähmung oder Krämpfen in beiden Gehirnhälften, respektive in der Medianlinie, auf diese Folgerung führten uns die gewonnenen Erfolge, Erfahrungen aus einer grossen Anzahl von Fällen und trotzdem, obzwar nur in seltenen Fällen, weist die Sektion beiderseitige Erkrankung vor, dort, wo wir mit voller Gewissheit halbseitige erwarten und umgekehrt halbseitige Erkrankung ist nach dem Sektionsbefunde dort, wo wir auf Grund der Symptome beiderseitige Erkrankung erwartet hätten. DURANTE*) erwähnt kürzlich einen schönen Fall, wo die Sektion eine Geschwulst fand, die sich auf die linke Seite der Varolsbrücke, des medula oblongata und des Pedunculus erstreckte und im Leben konnte man dennoch eine ausgesprochene Paraplegie ohne Augenlähmung beim Kranken finden.

Es ist noch ein zweiter Umstand, der im Wege der topischen Diagnostik als sehr erschwerendes Hinderniss dienen kann und das ist der, dass wir vielmals die direkten und indirekten Herdsymptome von einander sicher zu differenziren nicht im Stande sind. Eben deshalb bewegt sich sowohl die topische als auch und insbesondere die pathologische Diagnostik der Erkrankungen des Centralnervensystems meistens zwischen den Chancen der Wahrscheinlichkeit und daher können in beider Richtung die meisten diagnostischen Fehltritte geschehen, und es wäre angezeigt jeden solchen Fall zu beschreiben, bei dem die Autopsie einen Irrthum vorweist, oder wo sie die im Leben angenommene Diagnose zwar im Grunde genommen bekräftigt, in den Details aber doch beachtenswerthe Abweichungen klarstellt, denn nur aus solchen kasuistischen Beschreibungen können sich unsere Kenntnisse vermehren, und nur so können wir beurtheilen das, was wir nicht wissen, oft kann das negative Wissen uns auch vom Nutzen sein.

*) Bulletins de la Soc. anatomique Nr. 20, 1892.

Das Krankheitsbild ist Folgendes:

J. Z., 6 Jahre alt, Sohn eines herrschaftlichen Gärtners, gelang im Jahre 1892 den 5. Juni unter meine Beobachtung. Während dem Verlaufe der Krankheit, welche vom 5. Juni bis 7. Oktober desselben Jahres dauerte, habe ich genaue Daten über den Krankheitsprozess geführt, ich bin sogar nach dem Tode des Kranken in diese glückliche Lage gekommen, was in der Provinzpraxis sehr selten vorkommt, dass ich, nachdem mir die aufgeklärten Eltern die Eröffnung des Schädels erlaubten, zugleich mit dem Sektionsbefund der Gehirnveränderungen abrechnen kann.

Das Kind war nach Angabe seiner Eltern bis jetzt immer gesund, ein hereditäres Leiden kann man in der Familie nicht annehmen. Unter vier lebenden Kindern sind drei gesund, ein Kind wäre im Alter von $1^1/_2$ Jahren an einer Gehirnkrankheit gestorben.

Die Hautfarbe des Knaben, der ein schwaches Knochen- und Muskelsystem hat, ist bleich, auch die sichtbaren Schleimhäute. Der Brustkorb ist mässig gewölbt, bei der Perkussion kann man keine Veränderung nachweisen, bei der Auskultation ist das Athmen auf der linken Seite vorn und in der Infraclaviculargegend entschieden rauh, auf derselben Seite kann man ober und unter der Spina einige knasternde Geräusche hören. Nach Aussage seiner Eltern hat das Kind oft und trocken gehustet. Die physikalen Erscheinungen des Herzens bieten nur insofern eine Veränderung dar, dass die Herzaktion beschleunigt ist, der Puls ebenfalls, mittelmässige Pulswelle, aber genug kräftig, die Zahl per Minute 110, Temperatur 38.2 Grad C. Der Bauch ist flach, an der linken Seite der Bauchdecke beiläufig in der Mitte dieser Linie, welche die spina ant. super. mit dem Nabel verbindet, sieht man, respektive fühlt man, eine wallnussgrosse bläulich schimmernde, von einem konsistenter wiederstehendem Hofe umgebene fluktuirende kleine Geschwulst, auf deren Oberfläche die ähnlich bläuliche kaum papierdicke Haut während der Untersuchung geplatzt ist und aus der Oeffnung entleert sich eitriger käsiger Inhalt.

Die durch Oeffnung eingeführte Sonde dringt beiläufig 2 *cm* in die Tiefe, die Ränder sind hie und da auf $^1/_2$ *cm* unterminirt. Nebenbei ist zu bemerken, dass das nach diesem Abscess entstandene Geschwür bei gehöriger Behandlung während 10 Tagen heilte.

Die Eltern waren auch nicht wegen dem besorgt, aber desshalb, dass der Knabe schon seit einigen Tagen alles ausbricht und zwar sogleich nach dem Essen, ferner, dass er schon mehrere Tage keinen Stuhlgang hatte.

Auf Grund solcher physikalen Erscheinungen machte ich die Diagnose auf linksseitigen tuberkulotischen Lungenspitzenkatarrh; die tuberkulöse Natur schien die auf der Bauchdecke beschriebene Geschwulst zu unterstützen.

Wegen Mangel an nothwendigen Instrumenten konnte ich keine bakteriologische Untersuchung vollführen. Dass das starke Brechen das Vorzeichen einer cerebralen Erkrankung bildete, konnte ich blos vermuthen.

Das Brechen dauerte fort trotz der verschiedensten therapeutischen Massregeln unterbrochen hie und da von eintägiger Pause, ohne dass das Kind irgend welche Klage hätte, ja sogar stand es auch auf und nahm gerne die ihm dargereichten Speisen, welche es aber meistens nach kurzer Zeit ohne grösseren Zwang ausbrach.

Am 20. Tage der Erkrankung überraschten mich die Eltern mit dieser Neuigkeit, dass vom Kinde mit dem Erbrechen ein grosser Wurm weg ging, den ich als ascaris lumbri-coides erkannte.

Dieser unerwartete Umstand liess mich natürlich den gegen die Annahme einer intercraniellen Erkrankung gehegten Verdacht wankend machen und ich war geneigt als Ursache des Brechens den bei Helminthiasis nicht seltenen direkten oder reflektorischen Magenreiz anzunehmen. Ich habe Santonin mit Calomel verordnet, dessen Wirkung sich in der Entfernung einiger Ascaris erwies.

Darauf zeigte sich dreitägige Besserung, Hoffnung bietend, so den Eltern als mir zur Genesung des Kranken, nach 3 Tagen aber trat das heftige Brechen vom neuen auf, ja sogar klagte das Kind, wie es bisher nie that, über Kopfschmerzen.

Während dieser Zeit erreichte zwar die Temperatur einige Male 38 Grad C. aber im Allgemeinen kann man sagen, dass sie meistens normal oder subnormal war, worauf dann ein durch 10 Tagen hindurch dauernder von unregelmässigem Schüttelfrost begleitender Temperaturanstieg folgte, von der Zeit angefangen hatte der Kranke bis zu seinem Tode kein Fieber.

In den Monaten Juli—August waren zwei Symptome überwiegend, das manchmal Besserung zeigende Brechen und das stärkere Kopfweh, eine andere bemerkenswerthe Veränderung war in dem Zustande des Kranken nicht zu beobachten. Der linke Lungenbefund veränderte sich dennoch, da die Knastergeräusche verschwanden (vielleicht zufolge des durch das Brechen entstandenen Säfteverlustes) nur das prägnante rasche Athmen blieb ober den früher erwähnten Stellen. Mit Beginn des Monats September sprachen noch andere Symptome für die Entscheidung der Diagnose und zwar Genickstarre und Schmerzen in der Gegend des Genicks.

Der so entwickelte Symptomenkomplex hat jetzt eine intracranielle Erkrankung unzweifelhaft gemacht, und nachdem der Verlauf ein langwieriger war, hielt ich es für wahrscheinlicher, dass in der Gehirnsubstanz irgend welche Geschwulst sei, als das, dass die Gehirnhäute den Sitz der Erkrankung bilden. Was die Natur der Geschwulst betrifft, war ich über deren tuberkulösen Charakter nicht im Zweifel.

Nachdem die beschriebenen Symptome ausgebildet waren, zeigte sich das Brechen zwar seltener, aber die Kopfschmerzen des abgeschwächten Kindes wurden sehr quälend, den Kopf tief in die Pölster gedrückt lag er bewegungslos im Bette, mit den Augen blickt er stiere vor sich hin, wenn er aufgefordert wird, dass er auf die Seite schaue, kann man eine Beschränkheit der Augenbewegungen bemerken; den vor sich gestellten Gegenstand (Kerzenflamme) sieht er, respektive zeigt er nur damals, wenn derselbe auf seiner linken Seite bewegt wird, währenddem er den auf die rechte Seite geschobenen Gegenstand schon nicht sieht, dieser Zustand, wie wir wissen, wird rechtsseitige Hemiopia oder Hemianopsia (HIRSCHBERG) genannt und pflegt das Symptom der pathologischen Veränderungen des linksseitigem, Thalamus opticus oder des linksseitigen tractus opticus zu sein.

Nachdem bei dem Kranken unter 3 Wochen von Tag zu Tag die Erkrankung progressiv wurde, entwickelten sich auch andere Symptome, aus welchen man schon auf die Lokalisation des Uebels, das heisst bestimmt annehmen konnte, dass die cerebrale Erkrankung eine linksseitige sei, und zwar wurde gelähmt beinahe zu gleicher Zeit die rechte Gesichtshälfte, die rechte obere Extremität, zu welchen sich zuletzt die Lähmung der rechten unteren Extremität gesellte, die letztere war bis zum Tode blos paretisch und konnte sie der Kranke in geringem Masse immer bewegen.

In den gelähmten Extremitäten hat der kleine Kranke bis zu Ende über quälende Schmerzen geklagt, bis zur letzten Minute seines Lebens hat er bei vollem Bewusstsein jedes subjektive Gefühl richtig lokalisirt, in der Sprache war bei ihm kein Hinderniss bemerkbar, psychische Störung zeigte sich nur insofern bei ihm, dass er in den letzten Wochen leicht zu weinen begann, dann oft ohne jeden Grund zu lachen anfing und nachdem das Brechen gänzlich aufhörte, wurde er sehr heisshungrig. Zum Schlusse bildete sich in den Beugungsmuskeln der rechten oberen Extremität eine Kontraktur, die Finger waren gegen die Handfläche gebeugt, das Handgelenk war ebenfalls flektirt, bei passiver Spannung des Unterarmes konnte man einen bedeutenden Wiederstand bemerken und liess man den Unterarm los, so zog er sich wegen langsamer spastischer Zusammenziehung der Flexoren zusammen und nahm vis-à-vis dem Oberarme wieder eine spitze Winkel-Stellung an.

Am Tage vor seinem Tode wurde er von allgemeinen klonischen Krämpfen befallen, welche einige Stunden dauerten, bis schliesslich nach 36stündigem komatosen Zustand der Tod am 7. Oktober dem bedauernswerthen Leiden des Kindes ein Ende bereitete. Die Sektion des Schädels habe ich in Gegenwart des Herrn Dr. Koloman FÁPAY, Arzt in Kaba und mit dessen freundlicher Assistenz am 8. Oktober vollführt, dem ich die wahrscheinliche Diagnose (Tuberkel in der linken Gehirnhälfte) vor der Sektion mitgetheilt habe.

Nach Abtragung der Weichtheile sah man an der Grenze zwischen dem linkseitigen Tuberfrontale und der Glabella das Stirnbein in der Ausbreitung beiläufig eines Thalers siebartig cariös, durch die Löcher erreichte die Sonde die weiche Hirnsubstanz. Das Gehirngewölbe war den Suturen entsprechend bewegbar, die Dicke desselben 2—6 *mm* nach den verschiedenen Stellen.

Die Dura der rechten Gehirnhälfte zeigte keine Abänderung vom Normalen, die Dura mater der linken Gehirnhälfte war den Knochenöffnungen entsprechend, ähnlicher Weise porös, die pia m. ebenfalls, an diesen Oeffnungen der Dura und pia zeigte die Gehirnsubstanz kleine linsen- bis hirsegrosse Hervorbuchtungen. An diesen Orten und ober dem Parietal-Lappen zeigt die Dura sandige Unebenheiten und Verdickungen und ist so zum Schädelgewölbe als auch zum Gehirn so stark dahin gewachsen, dass man sie von denselben nicht abziehen, sondern nur abreissen kann, währenddem sie aus der Gehirnsubstanz oben an der Spitze des Parietal-Lappens an der hintern Seite des gyrus centralis posterior und Frontallappens dem gyrus centralis anterior entsprechend eine gut wallnussgrosse Masse ausreisst, an deren Stelle die Gehirnsubstanz zu einer käsigen eitrigen Masse zerklüftet zu sein erscheint, an der man anatomische Bestandtheile nicht mehr entdecken kann.

Die pia mater ist, dort wo sie rein zu sehen ist, trocken, blutarm, ebenso sehen die gyri aus überall auf der rechten Gehirnhälfte, auf der linkseitigen aber dort, wo sie wahrnehmbar sind, so auf dem lobus frontalis, auf dem lobus temporalis und dem lobus occipitalis, nur dass sie stark abgeplattet sind. Zu einer unerkennbaren eitrig käsigen, röthlichen schmutzig gelben und an den Rändern ödematös infiltrirten Masse ist die weisse Substanz der linken Gehirnhälfte zerfallen in der Ausbreitung einer guten Manneshandfläche, ebenso der linksseitige nucleus caudatus, capsula interna und nucleus lentiformis; verschont geblieben sind die Cortical-Substanz des Frontallappens und die weisse Substanz theilweise, ferner der Corticaltheil des Temporallappens, und der Occipitallappen ganz.

Auf dem verlängerten Rückenmark, pons, dem pedunculus und dem Kleingehirn konnte man makroskopisch keine pathologische Veränderung wahrnehmen, die Gehirnhaut an der Basis war längs den Gefässen trübe, hie und da, besonders längs der fossa Sylvii und des Chiasma von kleinen grauweissen Tuberkeln bedeckt. An der Schädelbasis war ein gelblich klebriges Exsudat von beiläufig zwei Esslöffel.

Der linke Seitenventrikel war beinahe zwei Mal so gross als ein normaler, die Flüssigkeit darin vermehrt (Hydrops ventriculi).

Wenn wir den Sektionsbefund kurz zusammenfassen und das PITRES-NOTHNAGEL'sche Schema vor Augen halten, können wir sagen, dass pathologisch degenerirt waren der pars frontalis media, pars frontalis posterior, pars centralis anterior, pars centralis posterior und die weisse Substanz des pars parietalis ganz, ferner der Corticaltheil des lobus frontalis theilweise und der corticale Theil des lobus parietalis total.

Wenn wir nun in die Zergliederung der Symptome uns einlassen, können wir die Ursache der motorischen Lähmung in nichts andern, als in den Veränderungen der zwei vorderen Drittel des hinteren Theiles der linksseitigen Capsula interna suchen, ebenso können wir zufolge Erkrankung des hinteren Drittels dieses Gehirntheiles die linksseitige Anästhesia dolorosa verstehen. Eine auffallende Gehörstörung konnte ich im Leben, trotzdem die weisse Substanz des Temporallappens auch erkrankt gefunden wurde, nicht nachweisen. Die Ursache der rechtsseitigen Hemiopia ist in der Drückung des linken Tractus opticus zu suchen, bei diesen direkten Herdsymptomen können wir die grossen Kopfschmerzen, das Brechen, Somnolenz, Krämpfe als allgemeine Erscheinungen der Gehirnkompression erklären. Die Ursache der Kontrakturen liegt in der sekundären Degeneration der Cortico-muscular Bahnen. Von grossem Werthe ist in diesem Falle dieser Umstand, dass bei so ausgebreiteter Gehirnzerstörung die psychischen Funktionen kaum gelitten haben, wo doch auch der Frontallappen, der nach der Ansicht Vieler als der Knotenpunkt höherer geistiger Funktionen

betrachtet wird, an den pathologischen Veränderungen Theil genommen hat.

Beziehungsweise der pathologischen Grundursache des Uebels, glaube ich, ist kein Zweifel über die tuberkulöse Natur derselben, trotzdem, dass die bakteriologische Untersuchung, die Sektion der Brust- und Bauchorgane unterblieben ist (in das wollten die Eltern nicht mehr einwilligen.) Nach meiner Ansicht ist dies als ein nicht eingekapselter und grösstentheils zerklüfteter tuberkulotischer Gehirnabscess zu betrachten, der wahrscheinlich auf metastatischem Wege entstanden ist. Das Fieber bin ich geneigt als Resorptionsfieber zu betrachten.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine

Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 11. April 1893).*

Ueber Symphyseotomie.

RICHARD BRAUN stellt eine 28jährige Frau vor, an der er am 7. März die Symphyseotomie ausgeführt hat. Das erste Kind war durch Forceps entwickelt worden mit tiefen Impressionen am am rechten Scheitelbeine und starb 5 Wochen nach der Geburt. Das zweite kam in die Steisslage; bei der Extraktion blieb der Schädel stecken nnd das Kind wurde todt extrahirt. Diesmal kam die Frau auf die Klinik, nachdem vor 48 Stunden das Fruchtwasser abgeflossen war, mit 1. dorsoposteriorer Schulterlage und Vorfall der linken Hand, Tetanus uteri und entschiedene Dehnung des untereren Uterinsegmentes. Die Herztöne gut. In Chloroformnarkose wurde die Wendung gemacht, darauf die Symphyseotomie und Extraktion. Die Beckenmasse waren: Sp.: 24, Cr.: 28, Pr.: 31, B.: $17^1/_4$, C. d.: 10, C. r.: $8^1/_4$. Die Symphyseotomie wurde in gewöhnlicher Weise ausgeführt, bis auf den Knorpel präparirt, die Rectalscheide 2 *cm* weit über der Symphyse durchgetrennt. Nach dem Fuss, der extrahirt war, wurde das Gewicht der Frucht sehr hoch geschätzt; es betrug auch 3800. Bei der Extraktion des Schädels musste Gewalt angewendet werden und dabei hörte man einen deutlichen Krach. Es scheint sich in diesem Falle wirklich um eine Verletzung des linken Ileosacralgelenkes gehandelt zu haben, denn im Puerperium denn im Puerperium klagte die Frau über Schmerzen in dieser Gegend. Die vordere Vaginalwand wurde durch Kompressen geschützt. Das Kind, leicht asphyktisch, wurde leicht zum Leben gebracht. Es wurden eine Silbernaht, sechs Seidenknorpelnähte und 8 Fasciennähte angelegt und die Haut geschlossen, nachdem ein Jodoformstreifen in den retrosymphysäeren Raum eingeführt war. Die Silbernähte wurden angelegt und mit dem BOZEMAN'schen Schnürer zugezogen. Beim Zuschnüren wurde der Draht auf einer Seite abgedreht, es musste daher nochmals auf dieser Seite ein Loch durch den Knochen gebohrt und der Draht zugezogen werden. Dadurch wurden die Drahtenden so kurz, dass sie nach dem Zudrehen nicht aus der Wunde reichten. Als am 10. Tage der Versuch gemacht wurde den Silberdrath zu entfernen, gelang es nicht, da derselbe ganz in kallöse Massen eingebettet war. Er wurde daher liegen gelassen und heilte vollständig ein. Im Puerperium bekam die Patientin eine starke Bronchitis und in Folge dessen einen unwillkürlichen Harnabgang. Es wurde ein Verweilkatheter eingelegt. Mit Aufhören der Bronchitis verlor sich auch der unwillkürliche Harnabgang. Wegen eingetretener Herzschwäche musste durch einige Tage Digitalis gegeben werden. Am 16. Tage stand die Frau auf, konnte Anfangs zwar recht schlecht stehen, hatte Schmerzen im linken Fuss und klagte über Druckempfindlichkeit längs dem Ischiadicus, warscheinlich in Folge einer Verletzung des linken Ileosacralgelenks. Das vergieng aber ohne weitere Folgen.

Er glaubt Stellung nehmen zu müssen gegen die Ansicht, dass man auch bei Endometritis sub partu und Fieber bei der Geburt die Symphyseotomie ausführen solle. Es kann leicht eine Eiterung der Wunde entstehen, eine Beckeneiterung, und bei Verletzungen des Ileosacralgelenkes kann sich leicht ein Abscess bilden, dem man wohl nicht chirurgisch wird beikommen können; in diesen Fällen wird die Craniotomie oder die Sectio caesarea nach PORRO ihre alten Rechte bewahren. Nach der Operation wurde ein Gipsverband angelegt, der jedenfalls ein unterstützendes Moment für die Heilung abgibt, besonders wenn man nicht mit Silberdraht näht. Der Silberdraht ist seiner Meinung nach auch nicht gerade nothwendig. Dafür spricht auch der erste von KOFFER an der Klinik ohne Silberdraht operirte Fall, der sehr gut verlaufen ist. Ferner ist eine Symphyseotomie neulich zur Sektion gekommen, wo die Frau unmittelbar an innerem Ulcus ventriculi perforans zu Grunde gegangen ist. Die Symphyse klaffte auf 6 *mm*, während noch die Fascien- und Knorpelnähte daran waren. Als die Nähte durchschnitten waren, klaffte die Symphyse auf das Doppelte, obwohl noch die Silbernaht intakt war. v. BRAUN trägt noch nach, dass er in dem von ihm operirten Fall bei der Fntlassung beim Touchiren der hinteren Symphysenwand nicht mehr hat unterscheiden können, wo die Symphyseotomie gemacht worden war, so gut war die Symphyse vereinigt.

WERTHEIM. Ich habe ebenfalls über einen Fall von Symphyseotomie zu berichten. Am 15. März wurde eine IVgebärend 26jährige Frau in die 1. Klinik überbracht, nachdem ausserhalb der Anstalt wiederholt vergeblich Zangenversuche gemacht worden und auch wiederholt von Hebammen untersucht worden war. Das Fruchtwasser ausserordentlich missfarbig und stinkend. Der in Schädel Vorderscheitelbeinlage. C. r. 8 *cm*. Auch die queren Masse waren sehr stark verkürzt. Sp. 23, Cr. 25, Tr. 28. In Anbetracht der Beckenverengerung, einer bedeutenden Kopfgeschwulst und der ungünstigen Einstellung des Schädels wurde die Symphyseotomie beschlossen, und mein Chef, Herr Professor SCHAUTA, hat mich mit derselben beauftragt. Nach vollendetem Hautschnitt wurde die Symphyse rasch blosgelegt, hinten frei gemacht, mit den Messer durchtrennt und hierauf unter entsprechend nachlassendem Gegendruck die Symphysenenden zum Klaffen gebracht. Das Maximum des Klaffens betrug $6^1/_3$ *cm*. Hierauf wurde der Schädel mit der BREUS'schen Achsenzugzange leicht entwickelt. Es wurde Acht gegeben, dass die Zange nicht zu früh erhoben wurde; er wurde mehr gegen den Damm gedrängt und die Weichtheile der vorderen Beckenwand entsprechend geschützt, Extraktion gelang ohne Verletzung der Weichtheile. Die Frucht war ein reifes Kind von 3000 *g* Gewicht una 50 *cm* Länge.

Hierauf wurde die Silbernaht gemacht, wie dies von SCHAUTA zuerst angegeben wurde, und die Fascie mittels fester Seidennähte geschlossen. Der retrosymphysäre Raum nach aussen drainirt und die Haut vernäht. Erst am 6. Tage trat eine Temperatursteigerung ein, die Lochien wurden ausserordentlich stinkend und eitrig. Es wurden wiederholte Vaginalausspülungen und auch eine intra-uterine Irrigation gemacht, die durch die bestehenden Verhältnisse in keiner Weise erschwert war. Die Art der Wunde war absolut keine Kontraindikation gegen die Einführung eines Spülrohres in den Uterus, Nichtsdestoweniger blieb die Temperatur andauernd hoch, und am 11. Tage ist die Frau an Sepsis zu Grunde gegangen. Die Sektion ergab in erster Linie eine jauchige Endometritis, ferner eine Trombophlebitis purulenta in der Ven. spermatica, die als fingerdicker Wulst zu fühlen war. Der in ihr gebildete Thrombus war bis zu ihrer Einmündung in die Vena cava und noch zum Theil in diese hinein zu verfolgen. Die Symphysenwunde selbst war auch nicht ganz intakt. Das kann nicht Wunder nehmen, da die Infektion offenbar vor einbringung in die Anstalt erfolgte und selbstverständlich bei der Operation eine Verschleppung des Uterus-Inhalts auf die Wunde stattfinden musste. Dem entsprechend war auch die Symphysenwunde an einzelnen Stellen eitrig belegt. Aus der Sektion ergab sich aber, dass der Todesfall absolut nicht der Operation zugeschrieben werden kann; die Frau war eben septisch inficirt und wäre zu Grunde gegangen, wenn wir auch eine andere Endbindungsart gewählt hätten. Die Thrombophlebitis war ausgegangen vom Endometrium; die Venen des Uterus fanden sich ebenfalls mit Thromben gefüllt, die stellenweise eitrig geschmolzen waren.

Dieser Fall ist desshalb interessant, weil er zur Evidenz ergibt, dass auch bei hochgradigem Klaffen der Symphyse eine Alteration der Ileosacralgelenke nicht stattzufinden braucht. Dieselben wurden

*) Auszug aus dem Officiellen Protokoll der Geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Wien.

als vollständig intakt befunden, nicht einmal eine auffällige Diastase war vorhanden. Wie Sie an diesem Präparate sehen, ist von einem Bluterguss in dieselben nicht die Rede. Eine gewisse Auflockerung ist allerdings vorhanden, das ist eben die physiologische Auflockerung während der Gravidität. Damit soll absolut nicht gesagt werden, dass solche Zerreissungen nicht zu Stande kommen können, es ist ja bereits auch hier ein solcher Fall zur Sektion gelangt. Ich glaube aber, dass man bei vorsichtiger Ausdehnung des Beckenringes und richtiger Auswahl der Fälle eine stärkere Verletzung der Gelenke vermeiden kann.

Was das Klaffen der Symphysenenden nach der Symphyseotomie betrifft, so besteht ein grosser Unterschied darin, ob wir es zu thun haben mit einer schwangeren Frau oder mit einer nicht Graviden. Dass die Auflockerung der Beckengelenke einen so ausserordentlichen Werth hat für das Klaffen der Symphyse, haben wir heute gesehen, als Herr Prof. SCHAUTA gelegentlich einer Fisteloperation die Symphyseotomie ausführte. Es handelte sich um eine an dem linken Schambeinaste fest angewachsene Fistel. Eine Operation derselben von der Scheide aus war nicht möglich, weil die Fistelränder absolut nicht beweglich waren. Man hoffte nun, dass nach vollzogener Symphyseotomie die Schambeinäste klaffen würden, und dann die Blase vom Schambeinaste losgelöst und die Fistelränder zugänglich und angefrischt werden könnten. Die Symphyse kam nun nach vollzogener Symphyseotomie überhaupt nicht zum Klaffen. Es musste eine besondere Gewalt angewendet werden, um die Symphysenränder auf 1 *cm* aus einander zu bringen. Ich glaube daher, dass der jüngst gemachte Vorschlag, die Symphyseotomie für die Blasenoperationen zu verwerthen, keine grosse Zukunft haben wird, weil die Blase durch dieselbe nicht zugänglicher wird.

HERZFELD. Ich möchte blos auf eine Bemerkung von RICH BRAUN rekurriren. Ich habe nirgends gesagt, dass eine Endometritis sub partu eine Indikation zur Symphyseotomie sei; ich habe nur hervorgehoben, dass uns die Symphyseotomie gegenüber der relativ indicirten Sectio caesarea den Vortheil bietet, dass sie auch gemacht werden kann, wenn wir von der sicheren Aseptik des Genitaltraktes nicht überzeugt sind. Wir haben bei einer Frau, die auswärts untersucht wurde, prinzipiell nie eine Sectio caesarea aus relativer Indikation gemacht. Wenn wir die Peritonealhöhle eröffnen, ist die Gefahr der Infektion eine so grosse, dass wir die Laparotomie wegen des kindlichen Lebens nicht ohne Weiteres machen. Ganz anders ist es bei der Symphyseotomie. Ich weiss nicht, ob die Frau, bei der WERTHEIM die Symphyseotomie ausgeführt hat, am Leben geblieben wäre nach der Craniotomie. Dass die Symphysenwunde an und für sich der Weiterverbreitung eines Infektionsstoffes zugänglich ist, ist ja ganz klar.

WERTHEIM. In dem eben besprochenen Fall war ebenfalls die Naht mit Silberdraht gemacht worden; bei der Sektion lagen die Symphysenenden gut an einander, es war nur ein Klaffen auf ca. 3—4 *mm* zu bemerken; als die Fasciennähte gelöst wurden, bemerkten wir nicht, dass die Symphyse weiter aus einander gewichen wäre. Es ist niemals behauptet worden, dass der Silberdraht absolut nothwendig ist, wohl aber, dass er sehr gut und am meisten geeignet ist, eine Restitutio ad integrum herbeizuführen.

GERSUNY glaubt, dass WERTHEIM in seinen Schlüssen zu weit gegangen sei. Wenn heute beobachtet wird, dass bei einer Blasenscheidenfistel, die mit dem Schambein verwachsen ist, die Symphyseotomie keinen Erfolg hatte in Bezug auf das Klaffen der Schambeine, gestattet das noch keinen Schluss auf die Zugänglichkeit von Blasentumoren. GERSUNY hält es für wohl möglich, dass es Blasentumoren gibt, die auf diesem Wege am einfachsten anzugreifen wären; es sind dieselben, für welche man früher die Resektion des Schambeinastes empfohlen hat. In diesen Fällen wird die Symphyseotomie wahrscheinlich nützlich wirken. Die Fälle, wo durch starke Narbenbildung Verwachsungen entstanden sind, sind natürlich zur Beurtheilung nicht heranzuziehen.

SCHAUTA. In dem Falle, den ich heute durch die Symphyseotomie zu operiren versuchte, sassen Narben am linken absteigenden Schambeinast in grösserer Ausdehnung, die Blasen- und Scheidenwand waren in grösserer Ausdehnung mit dem Knochen verwachsen. Ich habe zuerst die vordere Fläche der Symphyse frei präparirt, dann die ganze hintere Fläche der Symphyse freigelegt und bin um den unteren Symphysenrand herumgegangen, so dass die Symphyse von allen Seiten frei war. Ich habe auch die Blasen- und Vaginalwand von dem absteigenden Schambeinast abgetrennt, um die adhärenten Fistelränder beweglich zu machen, so dass schliesslich von einer Narbe, welche etwa ein Hinderniss geboten hätte für das Auseinanderweichen der Symphyse, gar keine Rede mehr sein konnte. Trotzdem weithin die Symphyse und das Schambein freigelegt war, war die Symphyse auch mit grösserer Kraft nicht weiter auseinander zu bringen als auf etwa 8 *mm*. Ich konnte meinen plattgedrückten Zeigefinger knapp zwischen die Symphyse einlegen. Wir haben einen gut desinficirten Mundspiegel eingeführt und aufgeschraubt; es war eine solche Kraft nöthig, um die Symphyse auch nur auf 8 *mm* auseinander zu bringen, dass ich es nicht mehr für gestattet hielt, weiter zu gehen. Durch einen Spalt von 8 *mm* wird das Operationsterrain gewiss nicht besser zugänglich, als es überhaupt zugänglich ist. Desshalb hat WERTHEIM meiner Ansicht nach ganz Recht, wenn er meinen Ausspruch, den ich bei der Operation selbst machte, wiederholt, dass nämlich die Symphyseotomie für die Blasenoperationen keinen Vortheil bietet. Anders liegt die Sache bei einer Puerpera. Ich möchte das heute desshalb betonen, weil es doch nothwendig ist, dass der erste Versuch, der in dieser Richtung fehlschlägt, sofort publik wird und dadurch weiteres Unheil verhütet.

GUSTAV BRAUN. Es wurde vom Silberdraht bei der Operation gesprochen. Sie wissen, dass SCHAUTA denselben empfohlen hat. Ich habe ihn desshalb auch in dem von mir operirten Falle verwendet; mit Ausnahme des 1. Falles, den KOFFER operirte, sind alle mit Silberdraht genäht worden. Eins ist mir aufgefallen, dass bei drei nacheinander operirten Frauen immer am rechten Labium ein Ölem sich einstellte. Wir sind uns nicht klar darüber geworden. Das Ölem dauerte ungefähr 6—8 Tage. Ich weiss nicht, ob vielleicht nicht bei der Art der Bohrung des Loches für den Silberdraht die Knochensplitter, die dabei mehr oder weniger in die Wunde eingestreut werden, eine Rolle spielen. Ich glaube nun nicht, dass die Anlegung der Silbernaht absolut nothwendig ist; wir müssen eben noch mehrere Fälle sehen, um uns ein klares Urtheil darüber zu verschaffen. Ich wiederhole nochmals, was ich bezüglich der Verunreinigung der Bauchwunde bei den Laparotomien gesagt habe; früher hatten wir auch Silberdraht- und Plattennähte verwendet. Wir sind davon abgegangen, weil wir uns überzeugt haben, dass es nicht nothwendig ist. In der Klinik lässt sich das gut machen, aber in der Privatpraxis, wo die Assistenz eine beschränkte ist, geht das schwer mit dem Bohren der Löcher, dem Hineinführen des Silberdrahtes, so dass die Operation nicht zu einer sehr angenehmen und sicheren wird; wenigstens die Fälle, die ich gesehen habe, sind nicht so glänzend verlaufen, wie der eine, der ohne Silberdraht operirt wurde.

Verein der Aerzte in Steiermark.

Aus der VI. Monats-Versammlung am 10. April 1893.

Prof. Dr. Franz Müller demonstrirt einen sehr instruktiven Fall von akuter Arseniklähmung.

Der 43 Jahre alte Patient geht ohne Unterstützung mit sehr deutlich atakuschem Gang mit den Augen ängstlich seine Schritte überwachend. Bei Lidschluss starkes Schwanken (BRACHT-ROMBERG-sches Symptom). Ataxie der oberen Extremitäten. Patellarsehnenreflexe beiderseits erloschen, die grobe motorische Kraft der mm. Quadricipites jedoch erhalten.

Da Patient bis 14. Februar, also ungefähr bis vor 2 Monaten vollkommen gesund war, ist Tabes dorsalis als exquisit chronische Krankheit ausgeschlossen. Es handelt sich hier um eine akute Ataxie.

Diese ist, wenn sie alle 4 Extremitäten befällt (Tetrataxie) oder wenn sie in beiden Beinnen auftritt (Parataxie) ein Symptom der multiplen Neuritis, zu deren Krankheitsbild jedoch auch motorische Lähmungen (Tetraplegie oder Paraplegie) gehören. Diese Lähmungen finden sich bei genauer Untersuchung u. zw. an den Händen Lähmungen der mm. opponentes interossei int. und externi

Extensor. digitor communes und carpi radiales; an den unteren Extremitäten Lähmung des musc. extens hallucis longus beiderseits, Parese der mm. inteross. ext. und int, des Extensor digitor. comm. und Flexor digitor. comm.

Die Hirnnerven sind frei.

Es sind also die motorischen Lähmungen auf die distalen Enden der Extremitäten beschränkt (Akroparalysis).

Schmerzhaftigkeit auf Druck findet sich an der schlaffen, abgemagerten Muskulatur der Unterschenkel, an den Nervi peronei (beim capitul. fibulae) und in geringem Grade an den Nerven im Sulcus bicipitalis internus.

Von Sensibilitätstörungen sind vorhanden: Anästhesie in der Volarfläche der Hand, Unterempfindlichkeit an den Zehen, Parästhesien (Kriebeln, Pamstigkeit) an den Fingern und Zehen bis zu qualvollen Schmerzparoxysmen sich steigernd.

Vasomotorische und trophische Störungen in Form von Abschuppung der Epidermis an Hand- und Fusstellern mit lebhafter Hyperidrosis.

Reflexe: Fussohlenreflex beiderseits schwach vorhanden; Achillessehnenreflex fehlend.

Blase und Mastdarm normal; Puls etwas beschleunigt: 88.

Der Kranke leidet also an einer Neuritis multiplex.

Welcher Art diese ist zeigt die Differentialdiagnose: Postdiphtheritische Lähmung besteht in Gaumenlähmung, Accomodationsparese mit vollkommener Schmerzlosigkeit; die Alkohol-Neuritis zeigt Pes equinus durch Lähmung des Tibialis anticus (Foot drop) und Extensoren des Handgelenkes (wrist drop) und die bekannten alkoholischen Stigmata; die genau charakterisirte Bleilähmung, kann ausgeschlossen werden.

Man könnte nur an die primäre infektiöse Neuritis multipl. (gleichsam sporadische Fälle von Beriberi) denken. Doch ist bei letzterer die motorische Lähmung eine mehr diffuse Massenlähmung bei Arseniklähmung aber stets eine mehr oder minder selective.

Die sichere Entscheidung gibt die Anamnese: die Krankheit hat Choleraartig mit Erbrechen, Durchfall und Unterleibsschmerzen begonnen. Patient hat einen Selbstmordversuch mit Arsenik zugestanden.

(Bei chronischer Arsenikvergiftung fehlt dieser choleriforme Beginn und entwickeln sich die selectiven Lähmungen unter den Erscheinungen einer Kachexie mit trophischen Störungen der Haut bei Erythemen.)

Müller hat mehrere Fälle von Arseniklähmung nach Selbstmordversuchen beobachtet und sämmtliche aus den klinischen Erscheinungen diagnostizirt.

«Die akute (subakute) Arseniklähmung charakterisirt sich sonach als eine mit Brechdurchfall beginnende, hernach mit Kriebeln und Pamstigsein sowie lebhaften spontanen Schmerzen (Akrodynien) in den vier, insbesonders den beiden unteren Extremitäten einsetzende, rasch zu Tetraxie (resp. Parataxie) und schlaffen, atrophischen und aussergewöhnlich schmerzhaften Akroparalysen in Form von Tetraplegie oder Paraplegie führende, mit früh eintretendem Verluste der P. d. R. sowie mit kutanen, trophischen, vasomotorisch-sekretorischen Anomalien vergesellschaftete toxische multiple Neuritis». Die elektrische Nerven- und besonders Muskelerregbarkeit ist gegen beide Stromesarten beträchtlich herabgesetzt.

Die Diagnose ist nach den beschriebenen Erscheinungen leicht zu stellen. Im choleriformen Anfangsstadium wird man das Erbrochene, die Faeces, den Harn chemisch auf Arsenik untersuchen; später (nach 1—2 Wochen) ist auch die Harnuntersuchung unsicher, weil das Arsen rasch durch die Nieren ausgeschieden wird.

Meuchelmorde, Selbstmorde, Fruchtabtreiben durch Arsenik sind in Steiermark und den Nachbarprovinzen häufig.

Die Vergiftung führt entweder unter choleraähnlichen Erscheinungen rasch zum Tode oder es erfolgt nach einer Gastroenteritis toxica langsame Heilung oder es treten (4—14 Tage vom Beginne der Intoxikation gerechnet) nach Ablauf der gastroenteritischen Erscheinungen Ataxien und Lähmungen auf, die einige Zeit stationär bleiben um sich allmählig zurückzubilden.

Die Prognose der Arseniklähmungen ist im Allgemeinen günstig, wenn auch manchmal 1—2 Jahre (gewöhnlich 4—12 Monate) bis zur Rückbildung vergehen.

Therapie: Kräftige Diät, Aufenthalt in frischer Luft, intern Nux vomica. Gegen Schmerzen kalte und warme Umschläge, Morphium. Erst im stationären Stadium milde stabile Galvanisation der gelähmten Muskeln ($^1/_2$—1—2 Milliampères mit 60—72 Quadratcentimeter grossen Plattenelektroden). Starke Ströme und Volta'sche Alternativen anfangs zu meiden, ebenso faradische Ströme und Elektro-Massage, später, wenn die Schmerzhaftigkeit geschwunden, jedoch von Vortheil. Gegen Kontrakturen passive Bewegungen zur Unterstützung der Kur lauwarme Bäder. *B. S.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Psychiatrische Vorlesungen.

Von **V. Magnan.**

IV./V. Heft. — Deutsch von **P. J. Möbius.**

Verlag von Georg Thieme. Leipzig 1893.

Mit grossem Interesse verfolgt man in ärztlichen Kreisen das Erscheinen der Magnan'schen Vorlesungen, und ihre verhältnissmässig rasche Aufeinanderfolge in der trefflich durchgearbeiteten Uebersetzung von Möbius ist mit Befriedigung zu verzeichnen. Das vorliegende Doppelheft bringt eine Anzahl von Abhandlungen, welche sich haupsächlich mit den Geistesstörungen der Entarteten beschäftigen, und jedes einzelne Kapitel — über Onomatomanie, über konträre Sexualempfindung, über Kaufwuth und Spielwuth — wirkt als anregendes Ganze, erstens durch die Klarheit des theoretischen Theiles und zweitens durch die Lebendigkeit der angeführten Krankengeschichten, welche füglich als Muster ihrer Gattung gelten können. Auch die Kapitel über das intermittirende Irresein, wie das über das Zusammenbestehen verschiedener Irrsinnsformen bei demselben Kranken sind höchst lesenswerth, und es bietet insbesondere das letztere Beispiele der feinsten psychiatrischen Diagnostik. Es ist sehr interessant, wie da Magnan aus einem Krankenfall zwei oder drei Krankheitstypen entwickelt, an denen der Geisteskranke zugleich leidet. Einen Fall von 3facher Psychose wollen wir beispielshalber hier anführen.

«Der 50jährige Maler Karl B. trat am 1. April 1880 wegen Melancholie und alkoholischer Zufälle in St. Anne ein, kurz nachdem er einen Anfall epileptischen Irreseins durchgemacht hatte.

Seine höchst nervöse Mutter litt an Migräne, war gewöhnlich traurig verstimmt und trug sich mit Selbstmordgedanken, hatte auch einmal den Versuch gemacht, sich zu vergiften. Als sie, während sie ihr fünftes Kind stillte, bei einer Zolldurchsteckerei erwischt worden war, verfiel sie in ein akutes Delirium und starb nach einigen Tagen. Der trunksüchtige Vater war nach dem Tode seiner Frau melancholisch geworden. Ein Bruder litt an Epilepsie, ein anderer, der trank, wenigstens an Schwindelanfällen. Er hatte sich einmal in diesem Zustande von Bewusstlosigkeit auf der Treppe ausgezogen.

Der Kranke selbst litt seit dem vierten Lebensjahre an vereinzelten Krampfanfällen mit Bewusstlosigkeit und Niederstürzen. Oft hatte er Schwindelanfälle, denen zuweilen ein Zustand von Verwirrung folgte und nach denen er sich des Vorgekommenen nicht erinnern konnte. Einmal hatte er die Wäsche im Zimmer in Brand gesteckt, ein ander Mal seine Tochter am Halse gewürgt und nachher war er sehr erstaunt gewesen.

Im Jahre 1862 hatte er einen dreimonatigen Anfall von Melancholie gehabt. Er hatte geweint, geklagt, sich für verloren gehalten, sich tödten wollen. Nach einem Erysipel war rasche Besserung eingetreten.

Im Beginne des Jahres 1879 war er unstät und ängstlich geworden, hatte über Kopfdruck und Schnüren in der Magengegend geklagt. Von Zeit zu Zeit hatte er sich eingebildet, er werde ein Verbrechen begehen, auf dem Schaffotte enden. Er fühlte sich angetrieben, seine Frau und seine Kinder zu tödten und er klagte, es sei eine Art von Besessenheit, er könne von dem Gedanken nicht loskommen. Manchmal, wenn er eins der Seinigen bemerkte, ergriff er wider Willen ein Messer, hielt dann an und warf es mit Ent

setzen von sich. Zuweilen trieb es ihn auch, einen seiner Kameraden zu schlagen und mehrmals hatte er mitten im Zuschlagen inne gehalten, sich soweit bezwingend, dass er die Faust nur leicht auf die Schulter des am nächsten Stehenden niederfallen liess. Die Zwangsvorstellungen gewannen zeitweise eine solche Stärke, dass er ganz verzweifelt war und in höchster Angst den Augenblick erwartete, in dem sein Widerstand erlahmen würde. Er zitterte dann am ganzen Körper und beherrschte sich nur mit Aufbietung aller seiner Kraft.

Seit einigen Jahren hatte er sich gewöhnt, früh Rum zu trinken und bald hatten sich die Folgen dieser schlechten Gewohnheit gezeigt. Er war aufgeregter geworden, der Schlaf war schlecht, ängstliche Träume und Hallucinationen waren in der Nacht aufgetreten. Endlich war es zu einem zweifellosen Alkoholdelirium gekommen. Er sah Männer an der Wand, die auf ihn losgingen und ihn bestehlen, tödten wollten. Schlangen umringten und würgten ihn. «Da, da, ringeln sie sich herauf.» Er sah Schutzleute, Leichenträger, bleiche Gesichter, Ratten sprangen aus seinem Teller auf den Tisch, Ameisen bissen ihn. Er fühlte Löwentatzen an seinem Kopfe. Man wollte ihn vergiften, bedrohte und beschimpfte ihn. Stechen und Brennen in der Haut, Krämpfe in Armen und Beinen kamen hinzu. Nach mehreren Tagen hörte die hallucinatorische Verwirrtheit auf, die melancholischer Verstimmung und die Zwangsvorstellungen traten wieder in alter Stärke hervor.

Die Epilepsie des B. ist wohl eine Wirkung des Alkoholismus des Vaters, die Melancholie hat er von der Mutter geerbt. Zu beiden Zuständen tritt dann in den Jahren der selbsterworbene Alkoholismus hinzu.»

Den Schluss des Heftes bildet ein kurzer Abschnitt über Hallucinationen, die rechts und links verschieden sind.

Wir wollen das treffliche Werk nicht nur den Spezialisten, sondern auch den Praktikern auf's angelegentlichste empfehlen. *A. S.*

Mikrophotographischer Atlas der Bakterienkunde.

Von **Prof. C. Fränkel** und **Dr. R. Pfeiffer.**

II. Auflage. — 3. und 4. Lieferung.

Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

In den beiden vorliegenden Lieferungen finden sich ausschliesslich den Milzbrandbacillus betreffende Abbildungen. Das Verhalten dieses Bacillus in sämmtlichen Kulturmedien wie im Thierkörper wird durch ausgezeichnete Photographien wiedergegeben. Will man einzelne Bilder als besonders gelungen bezeichnen, so wären es Nr. 24 (Sporenbildung), Nr. 30, (Gelatinekultur), Nr. 31 und 32 (Milzbrandbacillen im Gewebssaft). Doch sind sämmtliche Abbildungen beweisend für die hohe Stufe, auf welcher die Mikrophotographie steht und für die ausgebildete Technik der Herausgeber. *S.*

Kurzer Leitfaden der Refraktions- und Accomodations-Anomalien.

Eine leicht fassliche Anleitung zur Brillenbestimmung; für praktische Aerzte und Studirende.

Bearbeitet von **Dr. Schiess,**
Professor an der Universität in Basel.

Mit 30 Abbildungen.

Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

«Leicht fasslich» nennt der Autor sein Büchlein, und er hat damit dessen empfehlenswertheste Eigenschaft herausgegriffen. Mit seltener, den gewiegten akademischen Lehrer verrathender Klarheit, sind die optischen Prinzipien des Auges — bei weitgehendster Vermeidung komplicirter mathematischer Erörterungen — erörtert. An der Hand wirklich typischer und der täglichen Praxis entnommener Beispiele werden die Anomalien der Refraktion besprochen, und die Prinzipien der Brillenwahl auseinandergesetzt. Besondere Sorgfalt ist dem so schwierigen Kapitel Myopie gewidmet, und da alle Folgen und Komplikationen dieses Zustandes ausführlichst behandelt werden, dürfte sich kaum ein diesbezüglicher Fall finden, über den man sich in dem Werkchen nicht Raths erholen könnte.

Der Praktiker wird gerne und nicht ohne Nutzen in dem Büchlein blättern, der Anfänger — und das möchten wir besonders hervorgehoben haben — wird bei dessen Studium eine gediegene Vorbereitung für die so mühevolle Aufgabe der praktischen Brillenbestimmung erhalten. Die Ausstattung ist sehr nett; die zahlreichen Abbildungen lassen nichts zu wünschen übrig. *P.*

Zeitungsschau.

Aus dem Laboratorium der medizinischen Klinik zu Strassburg.

F. Klemperer: Ueber natürliche Immunität und ihre Verwerthung für die Immunisirungstherapie. (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Band 31, Heft 4 und 5. 1893.)

In einer früheren Arbeit wies Verfasser nach, dass das Blutserum von gegen Mäusesepticämiebacillen und FRIEDLÄNDER'sche Bakterien refraktären Kaninchen andere Thiere gegen die erwähnten Mikroorganismen nicht immun macht; wenn man aber den Kaninchen Mäusesepticämie und Pneumoniebacillen in steigender Quantität injicirt, so gewinnt das Blutserum immunisirende Eigenschaften.

Verfasser legte sich nun die Frage vor, ob die erwähnten Eigenthümlichkeiten allgemeine Geltung haben und ob die Möglichkeit, die natürliche Immunität zu steigern, auch in anderen Fällen von natürlicher Immunität besteht.

Die diesbezüglichen Versuche des Verfassers erstreckten sich auf die Untersuchungen der Immunität des Hundes gegen Pneumokokken, der Ziege gegen Typhusbacillen und des Huhnes gegen Tetanusbacillen.

Subkutane Injektionen von 1 *ccm* virulenter Bouillonkultur von Pneumokokken tödten Hunde in verhältnissmässig kurzer Zeit; ebenso erweisen sich die Produkte der Pneumokokken für den Hund sehr toxisch, dagegen zeigt er sich widerstandsfähiger gegen intraperitoneale und intravenöse Einführung von Pneumokokken.

Verfasser begann desshalb zur Steigerung der Immunität mit intraperitonealen Injektionen. Ein Hund bekam intraperitoneal successive von 1—15 *ccm* einer Pneumokokkenkultur, darauf 3 *ccm* subkutan. Das Thier befindet sich wohl. Es wurden ferner demselben Hunde succesive bis 50 *ccm* injicirt, aus der rechten und linken Art. cruralis Blut steril entnommen und mit dem Serum folgende Versuche gemacht. Mäusen wird intraperitoneal $^1/_4$—1 *ccm* Serum injicirt, worauf subkutan 0·05 *ccm* einer Pneumokokkenkultur. Es zeigte sich nun, dass das Blutserum des Hundes eine starke immunisirende Fähigkeit gewonnen hat, indem der grösste Theil der Versuchsmäuse am Leben blieb.

Dass die Typhusbacillen bei intravenöser, intraperitonealer oder subkutaner Injektion den Tod der Thiere herbeizuführen vermögen, darüber sind jetzt alle Autoren einig, strittig ist nur noch die Frage, in welcher Weise die Typhusbacillen wirken; liegt da eine Infektion oder eine reine Intoxikation vor?

Auf Grund seiner an Mäusen gemachten Erfahrungen neigt Verfasser zu der Ansicht, dass die sich im Organismus vermehrenden Bacillen Gift erzeugen, welches zusammen mit dem fertigen mit eingeführten den tödtlichen Effekt hervorruft: es besteht hier also eine Wechselbeziehung von Intoxikation und Infektion bei der beide Momente, Giftgefahr und Bacillenvermehrung, als gleichbedeutend neben einander stehen.

Immunisirungsversuche gegen die Typhusbacillen wurden bereits von vielen Autoren gemacht. Der Verfasser bediente sich der von BEUMER und PEIPER angegebenen Methode, die darin besteht, dass Thieren steigende Mengen der Typhuskultur selbst injicirt werden. Ein Kaninchen erhält intraperitoneal injicirt eine Anfangsdosis von 1·0 *ccm*, welche successive bis 15 *ccm* erhöht wird. Das Blutserum von diesem Kaninchen macht Mäuse immun gegen Typhusbacillen.

Ein grösserer Versuch wurde vom Verfasser an einer Ziege gemacht.

Zunächst stellte Verfasser an einer jungen Ziege fest, dass dieselbe ziemlich refraktär gegen Typhusbacillen ist, und dass sie jedoch bei letzteren krank und bei grösseren Quantitäten sogar getödtet werden können.

Einer Ziege, die einige Tage vorher zwei Junge geworfen hat, wird theils subkutan, theils ins Abdomen 1·0 *ccm* bis 200 *ccm* einer Typhusbouillonkultur injicirt. Die Ziege bleibt am Leben. Der Effekt der Injektionen wurde an der Milch geprüft. Aus den zahlreichen Versuchen die Verfasser an Mäusen anstellte ergibt sich, dass die Ziege durch die Injektionen der Typhusbacillenkulturen im steigenden Masse immunisirt worden ist.

Versuche mit dem Blutserum zeigen, dass der Immunisirungswerth derselben um das Zehnfache den der Milch übertrifft.

Weiter wollte Verfasser sich überzeugen, ob die Milch per os oder per rectum beigebracht, ihre immunisirende Wirksamkeit entfaltet. An Thieren liessen sich die diesbezüglichen Versuche nicht durchführen — wohl aber am Menschen, und zwar derart, dass er Wöchnerinnen Ziegenmilch verabreichte und die Milch derselben auf ihre immunisirende Fähigkeit prüfte. Auf Grund dieser Versuche neigt Verfasser zur Ansicht, dass die immunisirende Milch vom Mastdarm aus gut und schnell wirkt, dagegen ist die Wirkung vom Magen aus eine sehr geringe.

VOILLARD's Angaben, dass das Serum des Huhnes, welches für gewöhnlich immunisirende Eigenschaften gegen Tetanus nicht besitzt, jedoch durch eine intraperitoneale Injektion einer grösseren Menge Tetanuskultur diese Fähigkeit gewinnt, stehen ausser Zweifel, weshalb Verfasser nach dieser Richtung hin keine Untersuchungen anstellte, es war ihm aber darum zu thun, festzustellen, ob die Hühnereier immunisirende Eigenschaften besitzen. Es stellte sich nun heraus, dass das Eiweiss keine immunisirende Eigenschaft besitzt, wohl aber das Eigelb.

Obwohl das Huhn gegen die Tetanusbacillen eine hohe Immunität besitzt, so gelang es dem Verfasser 2 Tauben und 2 Hühner durch Einführung von virulenter Bouillonkultur zu tödten.

Die Frage, in welcher Weise die Tatanusbacillen auf den Organismus wirken, beantwortet Verfasser, VOILLARD gegenüber, dahin, dass hier eine Intoxikation zugleich mit einer Infektion vorliegt.

Die angeführten Versuche gestatten Verfasser den Schluss zu ziehen, dass jede natürliche Immunität ganz in derselben Weise wie die erworbene, durch Injektion steigender Mengen der betreffenden Reinkultur gesteigert und mit dem Blutserum übertragbar wird. *Rdt.*

Prof. P. K. Pel (Amsterdam): **Ein merkwürdiger Fall einer traumatischen hysterischen Neurose.** (Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 24, 1893).

Ein 27jähriger Zimmermann stürzte (Februar 1891) von einen zwei Stock hohen Gerüst kopfüber zu Boden. Verlust des Bewustseins durch 4 Stunden, kein Erbrechen, keine Blutung aus Nase oder Ohren, keine äusserliche Verletzung. — Erwacht klagt er über Schmerzen im Hinterkopf linkerseits, Schwindel, Schläfrigkeit, Schwäche der rechten Körperhälfte. Der Zustand verschlimmerte sich so fortschreitend, dass Patient 10 Monate nach dem Unfall nicht mehr stehen und gehen konnte.

6. Jänner 1892 auf der Klinik aufgenommen. Die Anamnese ergibt keine hereditäre Belastung, keine Excesse in venere et baccho. Vor dem Unfall bis auf unbedeutende Erkrankungen immer gesund gewesen.

Status: Keine Störung des intellectuellen oder Erinnerungsvermögens, jedoch deprimirte Gemüthsstimmung, auffallende Schläfrigkeit. Kein Fieber. Schädel gross mit vorspringender Stirn und Scheitelhöckern. Die linke Hinterschädelhälfte schmerzhaft beim Beklopfen. Centrale Parese des rechten Facialis, des rechten Armes und Beines. Sensibilität intakt.

Alle Störungen konstant, nicht wechselnd, theilweise langsam progressiv. Sehnenreflexe an beiden unteren Extremitäten erhöht. Gänzliches Unvermögen zu gehen und zu stehen, während in Rückenlage im Bette alle Bewegungen der Beine ausgeführt werden können.

Die wegen der heiseren Stimme vorgenommene laryngoscopische Untersuchung ergibt einen kleinen Polypen daselbst. Das herabgesetzte Sehvermögen nur auf hochgradiger Myopie basirend; keine Stauungspapille, keine Veränderung der Farbenempfindung und des Gesichtsfeldes.

Die Diagnose schwankte zwischen einer schweren funktionellen Störung des Centralnervensystems (traumatische Neurose) und einem organischen Cerebellärleiden (Geschwulst, Cyste, Abscess).

Als jedoch nach Exstirpation des Larynxpolypen völlige Aphonie eintrat, später rechtsseitige Hemianästhesie und Hemianalgesie. Mutismus hystericus, dann hysteroepileptische Anfälle hinzukamen, war die Diagnose der «Hysterie traumatique» (CHARCOT) oder traumatischen Neurose sichergestellt. Alle Mühe der Behandlung (Suggestion, Hypnotismus, Bäder, Elektrizität, Uebungen) war vergebens. Eine doppelseitige katarrhalische Pneumonie führte schliesslich zum Tode. — Die Autopsie ergab die erwähnte abnorme Schädelbildung, jedoch keine Abnormität im Gehirn.

Der Fall ist ein Beweis dafür, dass auch ohne erbliche Anlage infolge eines Trauma schwere irreparable funktionelle Störungen des Centralnervensystems auftreten können, wobei das psychische Moment den Hauptantheil an dem Hervorrufen von Nervensymptomen hat, die bald an das Bild der Hysterie, bald an das der Neurasthenie, bald an das verschiedener Psychosen erinnern.

Schliesslich macht Verfasser darauf aufmerksam dass auch lege artis ausgeführte Operationen oder eingreifende lokale Behandlung an reizbaren Organen besonders bei zu Nervenleiden disponirten Personen nervöse Störungen hervorrufen können, was in solchen Fällen nicht übersehen werden möge. *B. S.*

J. Kyri (Wien): **Beziehungen des Nervensystems zu den Funktionen und Erkrankungen der Geschlechtsorgane und insbesondere die Beziehungen des Sympathicus zu dem Gesammtnervensystem.** (Centralblatt für Gynäkologie. Nr. 25, 1883.)

Es herrscht in der allgemeinen Symptomatologie der nervösen Störungen, nach Erkrankungen vegetativer Organe ein wahres Chaos.

Aus seinen Beobachtungen hat Verf. ich die Ueberzeugung gewonnen, dass auch in der Genese dieser Störungen gesetzmässige, kausale Beziehungen walten. Am klarsten sind diese Beziehungen bei der «Ovarie» ausgesprochen.

Prüfte Verf. bei Ovarialhyperästhesie, genau die Regio hypogastrica und iliaca auf ihre Empfindlichkeit, so fand Verf. immer bestimmte Stellen am empfindlichsten.

Verf. untersuchte diese Stellen mit dem faradischen Strom und fand, dass sie den motorischen Punkten der 3 Bauchwandmuskeln entsprechen. An diesen Stellen durchbrechen die Rami perforantes die fasciale Bekleidung der Muskeln, um die Haut mit sensiblen Nerven zu versorgen. Es sind also «Druckschmerzpunkte».

Noch andere Stellen sind bei Ovarialhyperästhesie empfindlich, entsprechend den Durchbruchstellen des Nervus cutaneus femoris externus, Nervus spermaticus und hinter den Nervi clunium superiores.

Anatomisch entspringen diese Hautäste aus den Wurzeln des X. Intercostalnerven und des I. und II. Lendennerven.

Die Spinalganglien ihrer sensiblen Wurzeln stehen durch die Rami communicantes mit dem XII. Ganglion des Bruststranges, resp. mit dem I. und II. Ganglion des Lendenstranges in Verbindung.

Die aus diesen entspringenden peripheren Aeste stehen weiter mit dem Ganglion renale secundum, resp. mit dem Ganglion spermaticum supremum in Verbindung.

Aus diesen Ganglien aber entspringen die Ovarialnerven: die relativ reinsten sympathischen Nerven der vegetativen Organe.

Deren Erkrankung projicirt sich in der bezeichneten Bahn auf jene spinalen Nerven.

Damit deute Verf. den kausalen Zusammenhang an, durch welchen Störungen in den cerebro-spinalen Nerven durch Störungen in den sympathischen Nerven hervorgerufen werden

Darin spricht Verf. die gesetzmässigen Beziehungen zwischen dem gesammten Sympathicus und dem gesammten cerebro-spinalen Nervensystem aus.

Die «Ovarie» ist nur eine Theilerscheinung dieser Beziehungen.

Alle «hysterogenen Zonnen» haben denselben kausalen Zusammenhang. So auch alle nervösen Störungen nicht «hysterischer» Natur, nach Erkrankungen vegetativer Organe. Dieselben Beziehungen fand Verf. auch bei den Störungen in anderen Gebieten des sympathischen Nervensystems ausgesprochen.

Denselben Zusammenhang haben auch die Kreuz- und Rückenschmerzen.

Es liegen histologische und experimentelle Beweise vor, dass dieser Einfluss des Sympathicus auf die sensiblen und vielleicht auch die trophischen Störungen der cerebro-spinalen Nerven auf dem Wege der Spinalganglien zu Stande kommt.

Durch weitere physiologische Erfahrungen wäre auch ein Theil der zahlreichen Motilitätsstörungen aus diesem Einfluss zu erklären.

Die zahlreichen trophischen Störungen aber sprechen dafür, dass wir es nicht mehr mit rein «reflektorischen» Störungen zu thun haben; dass es nach langdauernden oder bei gewissen entzündlichen und besonders septischen Processen, schon frühzeitig zu organischen Veränderungen im Nervensystem kommt. An diese aber schliessen sich vielfache degenerative Processe in dem Geweben an.

Weitere Beobachtungen über gewisse Lähmungsformen des Levator ani, als auch über die degenerativen Processe in der glatten Muskulatur, besonders der Vagina, haben Verf. zu der Ueberzeugung geführt: dass erstens die Ruptur des Beckenbodens für sich keinerlei «Prolaps» bedinge; und zweitens, dass die Erschlaffung des Beckenbodens nur ein Folgezustand gewisser pathologischer Veränderungenin den «Bauchfellbefestigungen» selbst ist.

In der ausführlichen Publikation will Verf. auf die Beweisführung dieser Sätze näher eingehen.

Dr. C. Hübscher: Symmetrische Einschränkung der Blickfelder bei Torticollis. (Beiträge zur klin. Chirurgie. X. 2.)

Verfasser hat bei zwei Fällen von Schiefhals perimetrische Untersuchungen angestellt und bei dem rechtsseitigen Schiefhals linksseitige, bei dem linksseitigen Schiefhals rechtsseitige Gesichtsfeldeinschränkung gefunden. Es beruht dies auf Insufficienz der Augenmuskeln und damit stimmt auch der vom Verfasser in dem einen der Fälle beobachtete Nystagmus überein. Ist diese Insufficienz hochgradig und sehr lange andauernd, so besteht die Gefahr, dass nach vollzogener Schiefhals-Operation Patient den Kopf mit Rücksicht auf den Zustand seiner Augen wieder schief zu tragen beginnt.

J. S.

Prof. Neumann und Dr. A. Konried: Eine Studie über die Veränderungen des Blutes in Folge des syphilitischen Processes. (Wiener Klinische Wochenschrift Nr. 19. 1893.)

Die Autoren kommen nach ihren klinischen Untersuchungen zu folgenden Schlusssätzen:

1. Der Hämoglobingehalt zeigt sich schon im Stadium des syphilitischen Primäraffektes verringert zwischen 15 und 30%. Diese Abnahme bleibt während der Proruption und im Beginne der Behandlung konstant, mit der Zahl der Inunktionen oder dem Gebrauche anderer antiluëtischer Präparate kehrt der Hämoglobingehalt in der Regel zur Noorm zurück.

2. Aeltere unbehandelt gebliebene Fälle sekundärer Syphilis zeigen konstant eine Abnahme des Hämoglobingehaltes: Derselbe schwankt zwischen 45 und 75%. Die Wirkung der antisyphilitischen Behandlung tritt auch hier deutlich zu Tage, da eine Zunahme durch dieselbe zu konstatiren ist; doch ist dieselbe nicht im Stande, den Hämoglobingehalt ad normam zurückzuführen.

3. Geradezu charakteristisch für die Spätformen der tertiären Syphilis ist der niedere Hämoglobingehalt, indem von sämmtlichen untersuchten Fällen auch nicht einer war, der einen normalen Gehalt aufwies. Auch hier zeigte antiluëtische Behandlung eine Zunahme des Hämoglobingehaltes, wenn auch in nicht beträchtlicher Menge.

3. Bezüglich der rothen Blutkörperchen zeigt sich zur Zeit des Primäraffektes keine Abnahme im Gegensatze zum Verhalten des Hämoglobins. Mit der Entwicklung der konstitutionellen Syphilis jedoch verringern sich dieselben bis um ein Drittel der normalen Zahl. Unter der Einwirkung der antisyphilitischen Behandlung kehren dieselben wieder zur Norm zurück.

Allzugrosse Dosen von Hg verringern dieselben neuerdings.

5. Nicht behandelte sekundäre Formen zeigen konstant eine Abnahme der rothen Blutkörperchen bis um ein Drittel der normalen Zahl. Die Therapie führt deren Zahl im Gegensatz zu dem Einflusse auf das Hämoglobin in derselben Periode wieder zur Norm zurück.

6. Bei tertiären Formen zeigt sich ein durchschnittliches Verhältniss von 4 Millionen rother Blutkörperchen. Die Zahl derselben ist somit herabgemindert. Da jedoch die bei der Proruption erfolgte Abnahme durch antiluëtische Behandlung zum Schwinden gebracht werden kann, so dass die Zahl der Blutkörperchen selbst zur Norm ansteigen kann, muss aus der erwähnten Herabminderung derselben im tertiären Stadium bei indifferenter Behandlung der Schluss gezogen werden, dass das syphilitische Virus eine konstante Herabminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen erzeugt, welche Abnahme jedoch selbst in disem tertiären Stadium durch ein antisyphilitisches Verfahren zur Norm zurückgeführt werden kann, während das Hämoglobin eine verhältnissmässig nur geringe Steigerung erfährt.

7. Die Zahl der weissen Blutkörperchen steigt parallel der Abnahme der rothen während der Erkrankung, um umgekehrt mit Zunahme der rothen wieder zur Norm zurückzukehren.

8. Diese Untersuchungen wären zum Theile auch parallel mit der Bestimmung des specifischen Gewichtes des Blutes fortzusetzen, da manche der Befunde hiedurch theils erweitert, theils ergänzt würden.

Prof. Dr. Ernst Fuchs: Ueber Aufhellung von Hornhautnarben. (Beiträge zur Augenheilkunde, Heft XI, 1893.)

Die Narben, besonders nach nicht sehr tiefen Geschwüren hellen sich im Laufe der Zeit oft sehr erheblich auf. Die Narben werden durchsichtiger und kleiner, indem der äusserste Rand der Narbe ganz durchsichtig wird. Doch können auch im Inneren der Narbe einzelne Stellen eine vollständige Aufhellung erfahren, wobei man den trüben Fleck von durchsichtigen Linien durchzogen findet. Diese sind in einer Gruppe parallel, halten aber niemals dieselbe Richtung ein, sondern stehen auf einander senkrecht oder kreuzen sich. Eine zweite Gruppe zeichnet sich durch radiäre Anordnung der hellen Linien aus. Die dritte Gruppe umfasst solche Fälle, in welchen die Narbe von hellen Linien durchzogen ist, welche keine regelmässige Anordnung erkennen lassen. Die geschilderte Art von Aufhellung findet sich meist nach Hornhautgeschwüren, es handelte sich also um echte Narben, d. h. Bindegewebe, welches einen Substanzverlust der Hornhaut ausfüllte. Eine gewisse Zartheit der Narben ist eine Grundbedingung für das Zustandekommen dieser Erscheinung. Die meisten der beobachteten Fälle betrafen ältere Leute, bei welchen die Narben aus der Kindheit stammten. Aehnliche Streifen finden sich bei frischer Keratitis, nach Extraktion der Katarakt und ganz besonders bei nicht-eiterigen Hornhautentzündungen. Die mikroskopische Untersuchung der Fälle zeigt Faltungen der hinteren Oberfläche der Beinhaut und Erweiterung ihrer Hohlräume, welche entweder mit Flüssigkeit oder mit lymphoiden Zellen erfüllt sind. Diese gradlinigen Streifen können in keiner Weise auf das System der verzweigten und anastomosirenden Saftlücken zurückgeführt werden, da dasselbe nirgends auch nur eine

Andeutung geradliniger Anordnung zeigt. Es könnte sich also bei diesen Streifen nur um Beziehungen zu den Hornhautröhrchen handeln, welche geradlinig sind und in den verschiedenen Lamellen unter verschiedenen Winkeln verlaufen. Je nachdem nun die Anfüllung und Erweiterung der Hornhautröhrchen vorzüglich in einer einzigen Schichte der Hornhaut oder in einer Reihe auf einander folgenden Schichten stattfindet, stellen sich die Streifen parallel, oder unter Winkeln sich kreuzend oder radiär ausstrahlend dar. Das Gewebe der Narben sieht verschieden aus, je nachdem es sich um eine frische oder eine ältere Macula handelt. Bei frischen Narben sind die Hornhautlamellen verschmälert, die Saftlücken zahlreicher, die Spalträume spindelförmig; letztere stehen oft schräg zur Hornhautoberfläche und sind von Zellen erfüllt, welche nicht dasselbe Lichtbrechungsvermögen besitzen, wie die zwischen ihnen liegenden Lamellen. In älteren Narben werden die Lamellen homogener und zeigen weniger deutliche Streifung, die Spalträume sind vermindert. Durch den festeren Zusammenhang der Lamellen im Bereiche der Trübung ist die Cirkulation der Lymphe daselbst erschwert. Doch kann man sich vorstellen, dass die langgestreckten Spalträume sich mehr und mehr in die Narben fortsetzen und dass die an die Spalträume angrenzenden Fasern selbst mehr homogen, den normalen Hornhautfasern wieder mehr ähnlich werden. Es ist auf diese Weise leicht verständlich, wieso es in solchen Narben zu Streifen kommt. Man könnte sagen, dass die Trübung nach und nach durch die eindringende Lymphe gleichsam ausgewaschen wird.

M.

Jaksch: Zur Kenntniss der Ausscheidung mucinartiger und fibrinartiger geformter Massen aus dem uropoëtischen System. (Zeitschrift f. klin. Medizin. XXII.)

JAKSCH beschreibt unter dem Namen Ureteritis membranacea einen Krankheitsfall, in welchem eine 45jährige Frau, die seit mehreren Jahren an Schmerzen in der Nierengegend, Entleerung trüben Harnes leidet. Bei derselben wurde der Abgang spiraliger Gebilde beobachtet, die sehr ähnlich den Lungenspiralen sich verhalten. Sie traten auf, so lange der Harn alkalisch reagirt (analog dem Verhalten des Stuhles bei Enteritis membranacea). JAKSCH führt das Auftreten derselben auf chronische Reizzustände der Ureteren zurück, im vorliegenden Falle im Zusammenhang mit bestehender Lithiasis.

R. K.

Dr. W. Hulanicki, Ordinator an der St. Petersburger Augenheilanstalt: **Ueber die Ophthalmia leprosa.** Vortrag, gehalten im Verein der St. Petersburger Aerzte. (St. Petersburger medizinische Wochenschrift. Nr. 23, 1893.)

Verfasser hatte Gelegenheit in den Leproserien in Dorpat und Riga eine grössere Anzahl von leprösen Augenkrankheiten zu beobachten und theilt seine Erfahrungen mit Berücksichtigung der einschlägigen Literatur in Folgendem mit.

Bei $^2/_3$—$^3/_4$ der Leprösen finden sich die Augen in grösserem oder geringerem Masse an dem Allgemeinleiden betheiligt. Es erkranken stets beide Augen, wenn auch in verschiedenem Grade, und zwar meist in solchen Fällen, wo die Lepra als knotenförmige Infiltration auftritt.

Am häufigsten ergriffen sind die Augenlider: meist nur oberflächliche Infiltration der Haut, in seltenen Fällen eingreifendere Formveränderungen mit falscher Stellung der Wimpern (Trichiasis, Distichiasis), oder nervöse Störungen: Paralyse des Muscul. orbicular. palpebr. mit folgendem Ectropium des unteren Lides und Atrophie des genannten Muskels.

Die Konjunktur palpebr. et bulbi betheiligt sich nur sehr selten an dem leprösen Prozess. Die von zahlreichen Beobachtern als lepröse Knoten der Conjunctiva bulbi beschriebenen Neubildungen müssen zum grossen Theil als episclerale Infiltrate gedeutet werden.

Die Erkrankungen der Hornhaut werden als 2 Formen beschrieben: als glatte Trübung und als knotenförmiges Infiltrat. Sowohl ersteres als letzteres tritt gewöhnlich bei den Hornhäuten und fast immer symmetrisch auf. Der Verlauf ist stets chronisch, Entzündungerscheinungen fehlen.

Die glatte Trübung, 2—3 Mal so häufig als die knotenförmige Infiltration, besteht aus kleinen grauen Fleckchen und Streifchen, die meist von der Peripherie zum Centrum fortschreiten, von den oberflächlichen Schichten des Parenchyms sich in die Tiefe verbreiten und sich dann in eine Art von Leukoma totale mit vollständigem Verlust des Sehvermögens verwandeln können.

Die knotenförmige Infiltration ist selten primär, sondern meist Folge der Verbreitung der primären episcleralen Infiltration auf die Hornhaut. Es bildet sich nämlich nach vorhergegangener Hyperämie eine flache, unbeweglich mit der Episclera verbundene Schwellung (die stark vascularisirte Conjunctiva ist darüber beweglich), die mit der Zeit an Dicke und Konsistenz zunimmt und eine halbmondwalzenförmige Gestalt bekommt. Die Farbe ist hellviolett mit einem Stich ins gelbliche oder bräunliche. — Dieses Infiltrat kann sich entweder resorbiren oder auf die Hornhaut übergreifen. Von da aus kann dann auch Iris und Corpus ciliare ergriffen werden.

Die Knoten werden manchmal so gross, dass sie aus der Lidspalte in Form einer höckerigen Neubildung hervorragen und den Lidschluss verhindern. Das Ende ist entweder langsame Resorption oder Ulceration mit Durchbruch der Hornhaut, beide Fälle in Atrophie des Augapfels ausgehend.

Die Erkrankungen der Iris sind entweder gewöhnliche Iritiden oder es entwickeln sich kleine gelblichweisse Knötchen, die beim Rückgang entweder zur Narbenbildung führen oder bei weiterem Wachsthum die Vorderkammer einnehmen und auf die Hornhaut übergreifen können. Dabei ist das Corpus ciliare stets in Mitleidenschaft gezogen.

Auch Chorioidea und Retina können per continuitatem erkranken.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt die charakteristischen Leprabacillen namentlich in den Zellen der Neubildung seltener in der Zwischensubstanz.

Die Therapie soll nicht vernachlässigt werden. Bei Knoten der Hornhaut wird man Kauterisation, Excision versuchen; am meisten Vertrauen jedoch verdient die Keratotomie, d. h. ein Linearschnitt durch die ganze Hornhaut in dem gesunden Theil auf der Grenze der Infiltration. Die dadurch entstehende Narbe bildet ein bedeutendes Hinderniss für die Weiterentwicklung des Infiltrates und unterstützt auf diese Weise die Erhaltung einer erträglichen Sehschärfe. — Bei Knoten der Iris wird ihre operative Entfernung vorgeschlagen. Beim Lagophthalmus paralyticus kann im Beginn die Tarsorraphie, d. h. die Vernähung des nasalen Drittheils der Augenlidspalte zur Verhütung von sekundären Hornhauterkrankungen gemacht werden.

B. S.

Salipyrin, Tolypyrin und Tolysal von J. D. Riedel, Berlin. — (Nach einem zugesandten Separatabdruck.)

Der vorliegende Artikel ist eine Erwiderung auf die Angriffe welche LOHMANN, aber auch LIEBREICH gegen diese neuen Arzneimittel beziehungsweise gegen den Fabrikanten derselben gerichtet haben. Sie bezieht sich zunächst in wissenschaftlicher Hinsicht auf die Darstellung des Salipyrin vor welchem RIEDEL nachweist, dass sie wesentlich verschieden vor dem KNORR'schen Verfahren sei, ferner darauf, dass nach den veröffentlichten Erfahrungen vieler Aerzte dem Salipyrin grosser therapeutischer Werth zukomme, welcher vielleicht auf der im Organismus vor sich gehenden Spaltung des Körpers in Salicylsäure und Antipyrin und der dadurch nur allmähligen Aufnahme des letzteren beruht. Auch hinsichtlich des Preises sind die gegnerischen Angaben unrichtig; der Preis hängt nämlich von einer Vereinbarung mit den Höchster Werken ab und die Salipyrinpastillen sind thatsächlich ein entsprechend wohlfeiles Medikament. Was das Tolypyrin betrifft, so zeigen die Versuche von P. GUTTMANN, dass es qualitativ dem Antipyrin gleichsteht, aber schon in geringerer Menge wirkt; diese ist umso wichtiger, als es im Auslande nicht unter Patentschutz stehend, bedeutend billiger (in Oesterreich um 20%) als Antipyrin ist. Endlich ist auch das Tolysal nach den Angaben A. NEISSER's in seiner temperaturherabsetzenden Wirkung dem Antipyrin, in seiner schmerzstillenden, oft schlafmachenden Wirkung dem Phenacetin gleichwerthig und stellt sich ebenfalls weit billiger als Antipyrin.

Dr. Woolsey: Jodoforminjektionen bei lokaler Tuberkulose. (New-York Medical-Journal 1893.)

Die Jodoforminjektion muss unter allen Cautelen der Antisepsis ausgeführt werden. Daher muss die Emulsion stets frisch bereitet (frei von Jod) und sterilisirt sein. Bei Abscessen geht der Injektion die Entleerung des Eiters und Auswaschung der Abscesshöhle vorher. Die injicirte Menge darf bis zu 100 *kcm* betragen; die Injektion kann alle 2—4 Wochen wiederholt werden. Wird in fungöses Gewebe injicirt, so injicire man unter fortwährender Massage behufs Vertheilung der injicirten Emulsion im Gewebe. Bestehen Fisteln, so injicire man in die Fistelwände, nicht durch das Lumen der Fistel. Bei Gelenkstuberkulose ist Fixation im Verlaufe dieser Behandlung nur nothwendig, wenn Schmerzhaftigkeit auftritt. Für grosse kalte Abscesse empfiehlt sich BILLROTH's Methode mit Spaltung, Auskratzung und Naht nach vorhergegangener Injektion von Jodoformemulsion. Bei Pleuraempyem ist die Jodoforminjektion auch mit gutem Erfolge angewendet worden. Von üblen Zufällen bei dieser Behandlungsmethode erklärt Verf. Intoxikation als selten. Meist tritt geringes Fieber auf. Meist zieht sich die Behandlung in die Länge, die Heilung geht langsam vor sich. Die besten Resultate (80% Heilung) ergibt die Jodoformbehandlung kalter Abscesse, minder gute (60—16% Heilung) die gleiche Behandlung tuberkulöser Gelenke. Besserung tritt stets auf. *J. S.*

Bourneville (Paris): **Chirurgische Behandlung oder Erziehung der Mikrokephalen.** (Le Bulletin Méd., 21. Juni 1893.)

Dr. BOURNEVILLE hat vergleichende Studien über die durch die chirurgische Behandluug oder durch die hygienisch-erziehliche Methode bei Mikrokephalen erzielten Resultate angestellt und darüber vor der «Académie de Médecine» (Sitzung vom 20. Juni) berichtet. Die Schlusssätze seines Referates lauten:

Die chirurgische Behandlung der Idiotie beruht auf einer Hypothese, die von der pathologischen Anatomie nicht bestätigt worden ist. Die vorzeitige Synostose der Schädelnähte findet bei den verschiedenen Formen von Idiotie nicht statt. Nur ganz ausnahmsweise findet man eine partielle Synostose.

Die Läsionen, von welchen der Idiotismus abhängt, sind in der Regel ausgedehnt tiefgreifend, mannigfaltig. Desshalb kann die chirurgische Behandlung nur geringen Einfluss darauf nehmen.

Die Bestimmung der Synostose der Nähte und der Dicke des Schädels entzieht sich bisher unseren Untersuchungsmitteln.

Nach der Mehrzahl der Chirurgen selbst sind die durch die Kranioektomie erzielten Resultate gering, problematisch oder gleich Null. Schwere Zufälle (Lähmungen, Konvulsionen etc.) und sogar der Tod können die Folgen dieser Operation sein.

Die ärztlich-pädagogische Behandlung hingegen, die auf der von SÉGUIN ersonnenen und durch Einführung der neuen Verfahren vervollkommneten Methode beruht, führt fast immer, wenn sie vernünftig und durch längere Zeit angewendet wird, eine entschiedene Besserung herbei, und setzt oft Idioten und geistig zurückgebliebene Kinder in die Lage, in der Gesellschaft leben und verkehren zu können. *A. D.*

Mayet (Paris): **Carcinom-Inoculation auf Thiere.** (Le Progrès Méd. 17. Juni 1893.)

Dr. MAYET hat auf drei Ratten Massen eines Brustneoplasma (dessen Natur durch die histologische Untersuchung nicht bestimmt worden war) geimpft. Eines der Thiere starb, ohne dass bei ihm neoplastische Alterationen aufgetreten wären, ein zweites erlag nach 10 Monaten, und bot in der rechten Niere zwei Herde epitheliomatöser Degeneration dar. VIALLETON, der die histologische Untersuchung dieser Herde vorgenommen hat, betrachtet die Läsion als ein aus epithelialen Zellen gebildetes Neoplasma, wovon einige sich den Epithelzellen des typischen Carcinom stark näherten. BARD erblickt in diesen Elementen noch embryonale Epithelzellen. Bei drei weiteren Reihen von Inoculationen, die mit alten Tumoren ausgeführt wurden, sind die Resultate völlig negativ gewesen. *A. D.*

Dr. Bérillon: Agarophobie; erfolgreiche Behandlung derselben mittelst der hypnotischen Suggestion. («Société de Médecine et de Clinique pratiques», 8. Juni, 1893.)

Dr. BÉRILLON hatte Gelegenheit, einen 64 Jahre alten Mann zu beobachten, bei dem die Agarophobie vor mehr als 40 Jahren zum ersten Male aufgetreten war. Seit dieser Zeit konnte der Kranke niemals allein auf die Strasse gehen, nicht einmal einen Platz überschreiten, ohne Phänomene ausserordentlich intensiver neurasthenischer Angst darzubieten. Der geistige Zustand des Kranken grenzt schon an den der hereditären Verrücktheit, ohne dass man jedoch in den Symptomen, die er darbietet, etwas Anderes als neurasthenische Angst erblicken könnte. Trotz seines Alters und trotz der diversen Schwierigkeiten, die der geistige Zustand des Kranken der Hypnose entgegengesetzt hatte, konnte der Patient dennoch in einen tiefen Schlaf versetzt werden, und beim Erwachen bot er die Erscheinungen der Anästhesie und der Amnesie dar.

Mittelst geeigneter Suggestionen wurde ein günstiges Resultat erzielt. Nach der dritten «Sitzung» wagte sich bereits der Kranke allein auf die Strasse hinaus und er konnte auch einen Platz überschreiten, indem er dabei noch Erscheinungen von Angst darbot, die jedoch schon ungleich milder als zuvor waren. Er konnte sogar auf der Eisenbahn reisen, ohne von Schwindel erfasst zu werden. Die Heilung hat persistirt, und der geistige Zustand hat sich derart im günstigen Sinne modificirt, dass man annehmen kann, es handle sich in diesem Falle nicht blos um eine einfache Remission.

Die in Rede stehende Beobachtung bietet das speciell interessante Moment dar, dass es sich hier um einen Neurastheniker gehandelt hat, da einige Autoren behauptet haben, dass die Neurastheniker im Allgemeinen gegen die Suggestion refraktär seien.

Diese Behauptung ist nur anscheinend richtig, insofern als die Neurastheniker, zu Beginn, der Suggestion eine gewisse Zähigkeit entgegenbringen; nach einer gewissen Zahl von Versuchen werden sie aber durch dieselbe stark beeinflusst. *L. L.*

Franklin Vivenza: Untersuchungen über die hämatolytische Funktion der normalen und pathologischen Niere. (Lo Sperimentale. 1893, Heft 1 und 2.)

Die Schlusssätze dieser ausführlichen Arbeit VIVENZA's lauten:

Die Dichte des Blutes der Nierenvene, die im Allgemeinen grösser ist als jene des Blutes der Nierenarterie, ist gebunden: a) an die Menge Wasser, b) an die Quantität der ausgeschiedenen festen Stoffe. Diese zwei Faktoren hängen wieder ihrerseits von dem Zustande des Blutdruckes und von jenem funktionellem der secernirenden Elemente ab.

Das venöse Nierenblut ist alkalischer als das arterielle.

Beim seinem Durchgange durch die Niere erleidet das Blut einen absoluten Verlust an Hämoglobin, der wahrscheinlich proportional ist zur Menge Wasser, das ausgeschieden wird. Das Verhältniss zwischen Hämoglobin und Alkalescens ist ein umgekehrtes, wahrscheinlich in Folge der Gegenwart von saurem Oxyhämoglobin im Arterienblute.

Beim Durchgange des Blutes durch das Nierenorgan verliert es rothe Blutkörperchen. Der Hämoglobinverlust ist jedoch grösser als jener, der von der Zerstörung der rothen Blutkörperchen herrührt.

Der Verlust an Hämoglobin und rothen Blutkörperchen in der Niere wird höchstwahrscheinleich durch die der Nierenzelle eigenthümliche Thätigkeit bedingt, wovon die Harnpigmente eine Folge wären.

Der Widerstand des venösen Blutes gegenüber verdünnten Lösungen von Chlornatrium und Essigsäure ist grösser als jener des arteriellen Blutes, und zwar wahrscheinlich wegen der grösseren Diffusibilität des Oxyhämoglobin, wegen der grösseren Austauschthätigkeit des arteriellen rothen Blutkörperchens, wegen der geringeren Permeabilität, die im venösen rothen Blutkörperchen durch die Kohlensäure veranlasst wird. *A. D.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Wien. Prof. Dr. Benedikt wurde zum Ehrenmitgliede der Anthropologischen Gesellschaft in Paris ernannt. — Die erledigte Stelle eines Direktors des Kaiser Franz Josef-Spitals ist dem Bezirksarzte I. Cl. Dr. Karl Klimesch, bisher in St. Pölten, verliehen worden.

— Deutschland. Privatdozent Dr. Bayer wurde zum ausserordentlichen Professor der Gynäkologie an der Universität Strassburg ernannt.

— Paris. Professor Hayem hat die Klinik des kürzlich verstorbenen Professor Peter übernommen. Von seiner Stellung als Pofessor der Therapie ist er zurückgetreten. Jouquer wurde zum Vorstand der Nervenklinik an der Salpetrière, Wickam zum Chef der Klinik für Dermatologie und Syphilis, Gaston zum Adjunkten der Klinik ernannt.

— Italien. Dr. Pietro Avoledo hat sich als Privatdozent für Ohrenheilkunde an der medizinischen Fakultät in Rom und Dr. Salomone Marmo als Privatdozent für medizinische Pathologie und propädeutische Klinik an der Universität Palermo habilitirt.

* Vom Obersten Sanitätsrathe. In der am 22. Juli d. J. stattgefundenen Sitzung des Obersten Sanitätsrathes wurde auf Grund des vom Sanitätsreferenten im Ministerium des Innern, Ministerialrath Dr. E. Ritter v. Kusy gemachten Mittheilungen über den derzeitigen Stand der Cholera, welche an den nordwestlichen Küsten des Mittelländischen Meeres an Ausbreitung gewonnen hat, konstatirt, dass die Gefahr der Cholera-Einschleppung ernster geworden ist und dass insbesondere in den südlichen Grenzländern des Reiches mit besonderer Aufmerksamkeit hinsichtlich der Ueberwachung des Fremdenverkehres und des Auftretens choleraverdächtiger Erkrankungen vorgegangen werden müsse und dass zum Zwecke des eventuell nothwendigen Epidemiedienstes die erforderlichen Hilfsmittel bereit zu stellen und zureichende ärztliche Hilfskräfte in Evidenz gehalten werden müssen. Hierauf kamen nachstehende Angelegenheiten zur Berathung: 1. Vorschlag zur Besetzung für die erledigte Stelle eines ordinirenden Arztes an der Augenabtheilung an der k. k. Rudolfstiftung. (Referent Namens des Spezialkomités: O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Albert.) 2. Gutachten, betreffend die Nothwendigkeit der von einer politischen Behörde angeordneten Räumung eines Teiches aus sanitären Gründen. (Referent: O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ludwig.) 3. Gutachten, betreffend die rationelle Vornahme der Desinfektion von Kanälen und Aborten in Städten (Referent: O. S. R. Prof. Dr. Gruber). Der Oberste Sanitätsrath wiederholte hiebei die bei einem früheren Anlasse abgegebene Aeusserung, dass der Versuch einer Desinfektion von Abortgruben und Kanälen Mist- und Düngerstätten, insoferne es sich nicht um bestimmte der stattgefundenen Infektion verdächtige Objekte oder um dem Massenverkehre zugängliche Anlagen handelt, einer nur zur Selbsttäuschung Anlass gebende Verschwendung der kostspieligen Desinfektionsmittel gleichkomme, dass hingegen auf die stete Reinerhaltung der Sitzbretter und anderer mit dem menschlichen Körper in Berührung kommenden Gegenstände in Aborten, sowie auf zuverlässige Desinfektion derselben im Falle einer die Möglichkeit zur Infektion bietenden Benützung sowie auf die sorgfältige und rechtzeitige Wegschaffung von Unrathsanhäufungen aus der Nähe der menschlichen Wohnstätten noch in epidemiefreier Zeit ein besonderes Gewicht gelegt werden müsse. Der Oberste Sanitätsrath betonte die Nothwendigkeit, dass sich das Publikum über die richtige Art und Weise der Vornahme der Desinfektion genau unterrichte, zu welchem Zwecke der Oberste Sanitätsrath schon vor längerer Zeit eine kurzgefasste Anleitung zur Vornahme der Desinfektion im Buchhandel erscheinen liess. 4. Aeusserung über die Zulässigkeit des Umbaues eines Bräuhauses in einem dichtbevölkerten Theile einer Landeshauptstadt. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. M. Gruber.) 5. Gutachten über die Brauchbarkeit eines metallenen Desinfektionskastens welcher auch an Feuerstätten gewöhnlicher Haushaltungen angebracht werden kann. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. M. Gruber)

* Die niederösterreichische Statthalterei gibt bekannt, dass in den nachgenannten Wiener Krankenanstalten neue Krankenabtheilungen errichtet wurden und zwar: im Krankenhause Wieden im IV. Bezirke eine Augenabtheilung an Stelle der dort bisher provisorisch bestandenen kleinen Abtheilung für Augenkrankheiten (Abtheilungsvorstand Primararzt Dr. Hans Adler); in der Krankenanstalt Rudolf-Stiftung im III. Bezirke eine medizinische Abtheilung (Abtheilungsvorstand ordinirender Arzt Dr. Rudolf Ritter v. Limbeck); in dem Kaiser Franz Josephs-Spitale im X. Bezirke eine chirurgische Abtheilung (Abtheilungsvorstand Dr. Rudolf Frank) und eine medizinische Abtheilung (Abtheilungsvorstand ordinirender Arz Dr. Friedrich Kovacs) und in dem Kaiserin Elisabeth-Spitale im XIV. Bezirke eine neue medizinische Abtheilung (Abtheilungsvorstand Primararzt Dr. Albert Ullrich). Hingegen wurden aufgelassen: Im Krankenhause Wieden im IV. Bezirke die zweite chirurgische Abtheilung und im Kronprinzessin Stefanie-Spital im XVI. Bezirke die medizinische Abtheilung. Letztgenanntes Spital ist in Hinkunft nur zur Aufnahme und Pflege von chirurgischen Kranken bestimmt.

* St. Petersburg. Die russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft hat betreffs der Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses bei syphilitischen und venerischen Krankheiten die folgenden Thesen ausgearbeitet: I. Alles, was der Kranke über seine Krankheit und auf sie bezügliche Umstände dem Arzte mittheilt, alles, was der Arzt bei der objektiven Untersuchung findet, ebenso alle Nachrichten, die der Arzt kraft seines Amtes (bei Ausübung seiner Pflichten) erfährt, alles dieses bildet ein Geheimniss der Kranken. II. In Bezug auf das Geheimniss des Kranken kann der Arzt eine zweifache Stellung einnehmen, je nachdem ob: a) der Kranke sich an den Arzt um medizinische Hilfe wendet und der letztere sich in der Lage des behandelnden Arztes befindet, oder b) der Arzt den Kranken in amtlicher Stellung oder auf Verlangen der Obrigkeit untersucht und sich dem Kranken gegenüber als Experte in dienstlicher Funktion befindet. III. Der Arzt, wenn er einen Kranken behandelt, der sich an ihn um ärztlichen Rath gewandt hat, ist mit Ausnahme der im folgenden Paragraphen genannten Fälle verpflichtet, unbedingt das Geheimniss des Kranken, sowohl bei dessen Lebzeiten, als nach dessen Tode zu bewahren. IV. Das Geheimniss des Kranken kann vom behandelnden Arzte bekannt gemacht werden: a) mit Erlaubniss oder auf Forderung des Kranken selbst, b) bei Minderjährigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit des Kranken den Personen gegenüber, unter deren Vormundschaft der Kranke steht (Eltern, Erzieher, Vormünder etc.), c) bei mündlicher oder schriftlicher Konsultation mit einem anderen Arzte — in den Ausnahmefällen, wenn der Kranke seine Erlaubniss nicht geben kann. V. Falsche Angaben und falsche Zeugnisse des behandelnden Arztes, die die Wahrung des Geheimnisses zum Zwecke haben, brauchen nicht zugelassen zu werden. Der behandelnde Arzt kann ein Zeugniss ohne Nennung der Krankheit ausstellen. VI. Das Geheimniss des Kranken kann nicht unbedingt vom Arzte gewahrt werden, wenn dieser den Kranken in dienstlicher Funktion (Militär-, Polizeiärzte etc.) oder als Experte (auf Forderung des Gerichtes, der Polizei, der Militärbehörde) untersucht. In allen genannten theilt der Arzt die Resultate der Untersuchung einzig und allein den Personen mit, die ihm die Untersuchung aufgetragen haben. VII. Die Untersuchung irgend jemandes, wer es auch sei, auf Wunsch von Privatpersonen oder Privatgesellschaften und die Mittheilung des Untersuchungsbefundes wird nicht anders gestattet, als mit Einwilligung der zu untersuchenden Person. VIII. Die Wahrung des Geheimnisses des Kranken muss nicht nur den Aerzten, sondern auch den Pharmaceuten und dem ganz niedrigeren medizinischen Personle (Feldscher, Feldscherinnen, Hebammen, barmherzige Schwestern) zu Pflicht gemacht werden.

(Allgemeine medizinische Central-Zeitung Nr. 59, 1893.)

* Edinburgh. Den «Victoria-Jubilee-Cullen»-Preis, im Betrage von 500 Pfund Sterling, der jedes dritte Jahr durch Dr. Gunning für die bedeutendste Arbeit auf dem Gebiete der praktischen Medizin verliehen wird, erhielt heuer Dr. Will. Russell vom Royal Infirmary für sein Werk über die Aetiologie des Krebses.

* Chicago. Die dritte Jahresversammlung der Amerikanischen Gesellschaft für Elektrotherapie wird vom 12.—14. September 1893 in Chicago stattfinden. Vorsitzender ist Dr. H. Goelet, Sekretär Dr. M. A. Cleaves.

* Cholera-Nachrichten. Im Ganzen soll in Süd-Frankreich die Cholera in etwa 80 Ortschaften Eingang gefunden und bis zum 3. Juli 704 Todesfälle verursacht haben. — Italien soll seuchenfrei sein. — Russland. Im Gub. Orel sollen vom 14.—24. Juni 11 Erkrankungen, 5 Todesfälle, in der Stadt Orel vom 18.—24. Juni 6 (4), im Gub. Ssimbirsk vom 7.—17. Juni 1 (0), im Gub. Tula vom 10.—24. Juni 8 (3), in Podolien in der ersten Juliwoche 300, in Nishni-Nowgorod am 11. Juli 7, in Petersburg an demselben Tage 8 Erkrankungen, in Moskau in der Zeit vom 18.—28. Juni (alten oder neuen Stils?) 32 (11) Fälle vorgekommen sein. — Die Zahl der insgesammt bis zum 23. Juni im Vilajet Bassora bekannt gewordenen Cholerasterbefälle beträgt 818. — In Persien soll die Cholera ebenfalls sich nur noch vereinzelt zeigen. — In Mekka starben vom 8.—25. Juni 2201 Personen, am 26. Juni (einschliesslich Minah) 999; vom 26. Juni bis 4. Juli betrug die Zahl der Todesfälle in Minah 499, in Mekka 3408, in Djeddah 303.

* Todesfälle. In Berlin Sanitätsrath Dr. Ad. Kalischer. — In Paris der Psychiater Dr. Delasiauve. — In Prag Dr. Friedrich Fischel.

65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.

Programm.

Anatomie. Angemeldete Vorträge: 1. Professor Dr. K. v. Bardeleben (Jena): Ueber Skelet und Muskulatur der Säugethier-Gliedmassen. — 2. Professor Dr. Fr. Merkel (Göttingen): Thema vorbehalten. — 3. Zahnarzt Michael Morgenstern (Baden-Baden): Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der membrana adamantina und zur Schmelzbildung der Zähne. — 4. Dr. med. et phil. H. Griesbach (Mühlhausen): Ueber Betheiligung der Amoebocyten an der Regeneration. — 5. Dr. J. Stimpfl (Bamberg). Zugleich für die vereinigten Abtheilungen der Anatomie, Physiologie, Hygiene und mathematisch-naturwissenschaftlichen Unterricht: Ueber Physiologie und Pädagogik,

Physiologie. Angemeldete Vorträge: 1. Professor Dr. J. Rosenthal (Erlangen): a) Calorimetrische Untersuchungen mit Demonstration. b) Demonstration von Apparaten. — 2. Professor Dr. P. Grützner (Tübingen): a) Ueber einige Versuche mit der Wunderscheibe. b) Ueber die chemische Reizung sensibler Nerven. — 3. Professor Dr. M. von Frey (Leipzig): Einige Folgen der Gallenstauung nebst Demonstration. — 4. Professor Dr. W. Roux (Innsbruck): Ueber die Nährung isolirter Furchungzellen gegen einander. — Zum Vortrag des Herrn Dr. J. Stimpfl (Bamberg) in Abtheilung XXX: «Physiologie und Pädagogik» ist Abtheilung X eingeladen (kombinirte Sitzung).

Allgemeine Pathologie, pathologische Anatomie. Angemeldete Vorträge: 1. Professor Dr. von Zenker (Erlangen): Thema vorbehalten. — 2. Professor Ponfik (Breslau): Beitrag zur Lehre vom Morbus Adissonii. — 3. Dr. Schrakamp (Schönberg i. Mecklbg.): Ueber die Strategie des thierischen Organismus gegenüber den Bacillen. — 4. Privatdozent Dr. Hauser (Erlangen): Demonstration von Präparaten und Abbildungen von croupöser Pneumonie. — 5. Dr. Aschoff (Strassburg): Ueber Embolie von Riesenzellen.

Pharmakologie. Angemeldete Vorträge: 1. Geheimer Rath Professor Dr. Oskar Liebreich (Berlin): Thema vorbehalten. — 2. Professor Dr. Penzoldt (Erlangen): Der Einfluss verschiedener Arzneimittel auf die Magenverdauung. — 3. Pr. Arzt Dr. F. Schilling (Nürnberg): Ueber antagonistische Ausgleichung der Nebenwirkung einiger Arzneimittel.

Pharmacie und Pharmakognosie. Angemeldete Vorträge: 1. Hofrath Professor Dr. Hilger (München): a) Ueber die Verbreitung der Cholesterinester im Pflanzenreiche. b) Zur Werthbestimmung der narkotischen Extrakte. — Professor F. A. Flückiger (Bern): Ueber Valerius Cordes. — 3. Med. Assessor Dr. Mankiewiewiz (Posen): Ueber die Bestimmung von Blutflecken. — 4. Dr. Thoms (Berlin): Chemisch-pharmaceutische Mittheilungen. — 5. Professor Dr. Tschirsch (Bern): Thema vorbehalten. — 6. Med. Assessor Dr. Vulpius (Heidelberg): Thema vorbehalten. — 7. Privatdocent Dr. Baumert (Halle a. S.): Ueber das Färben von Nahrungs- und Genussmitteln vom gerichtlich-chemischen Standpunkte aus. — 8. Privatdocent Dr. Degener (Braunschweig): Ueber die Nothwendigkeit der Einführung der Sterilisation in die pharmaceutischen Operationen. — 9. Dr. Ludwig Reuter (Mannheim, Verein chemischer Fabriken): Mittheilungen aus der pharmaceutisch-chemischen Grossindustrie. — 10. Apotheker Kittel (Wlaschim): Verschiedene Mittheilungen auf pharmaceutischem Gebiete. — 11. Apotheker Weigle (Nürnberg): Ueber die Bestandtheile des Pfeffers. — 12. Apotheker Göldner (Berlin-Moabit): Die Pharmacie im Krankenhause.

(Fortsetzung folgt.)

Aerztliche Stellen.

Stadtarztesstelle in Mies (Böhmen) mit einem Jahresbezuge von 300 fl. Anwartschaft auf Erlangung der freigewordenen Arztesstelle bei der Mieser Bergbruderlade. Bewerber deutscher Nationalität, welche eine mehrjährige Spitalpraxis und Verwendung auf chirurgischen Kliniken nachweisen können, erhalten den Vorzug und sind die Gesuche bis 31. Juli l. J. beim Bürgermeisteramte der Stadt Mies einzubringen mit der Angabe, bis zu welcher Zeit diese Stelle angetreten werden könnte.

Distriktsarztesstelle in Gross-Olkowitz bei Znaim (Mähren) mit dem Sitze in Gross-Olkowitz (6 Gemeinden, 53 Qu.-Kilom., 3429 Einw.). Die Besetzung dieser Stelle erfolgt provisorisch für ein Jahr. 215 fl. Gehalt, 195 fl. Fahrpauschale, event. auch freie Wohnung und Holz. Gesuche mit den im § 11 des mährischen Landessanitätsgesetzes vom 10. Februar 1884, L.-G.-Bl. Nr. 28, bezeichneten Belege sind bis zum 20. August l. J. an den Obmann Johann Lössl in Gross-Olkowitz, Bezirk Znaim, Mähren zu richten.

Fabriksarztesstelle in Lichtenwerden nächst Freudenthal (Schlesien) mit einem Jahreseinkommen von 1000 fl. nebst freier Wohnung. Dem Fabriksarzte obliegt die Haltung einer Hausapotheke und die Behandlung von beiläufig 450 Spinnereiarbeitern in Krankheits- und Entbindungsfällen, dann die Beistellung der erforderlichen Medikamente und Verbandmittel. Derselbe hat Aussicht, als Distriktsarzt für die Gemeinden Lichtenwerden, Altvogelseifen, Altwasser, Dittersdorf, Dürrseifen und Wiedergrün mit ca. 8000 Einwohnern ernannt zu werden und vom Lande und den genannten Gemeinden eine Subvention von etwa 700 fl jährlich zu erhalten. Ferner ist auch dessen Ernennung zum Fabriksarzte der weiters im Orte bestehenden Flachsspinnerei und Zwirnfabrik voraussichtlich. Die Bewerber haben ihre Gesuche mit Angabe über zurückgelegte Praxis, Alter und Konfession bis Ende August l. J. bei dem Vorstande der Betriebskrankenkasse der vereinten Flachsspinnereien in Lichtenwerden, österr. Schlesien, einzubringen.

Landessanitätsreferentenstelle (Steiermark). Bei der steiermärkischen Statthalterei ist d. Stelle eines Statthaltereirathes u. Landessanitätsreferenten mit den systemmässigen Bezügen der VI. Rangsklasse in Erledigung gekommen. Bewerber um diese Stelle haben ihre instruirten Gesuche, in welchen auch die allfällige Kenntniss der slovenischen Sprache darzuthun ist, wenn sie bereits im Staatsdienste stehen, im vorgeschriebenen Dienstwege, anderenfalls aber im Wege der politischen Behörde ihres Aufenthaltsortes bis 1. August l. J. beim steiermärkischen Statthalterei-Präsidium einzubringen.

Sanitätsassistentenstelle bei der k. k. kärntnerischen Landesregierung in Klagenfurt mit dem Adjutum jährlicher 500 fl. Bewerber um diese Stelle haben ihre gehörig dokumentirten, mit den Nachweisen über Alter, zurückgelegte Studien, einer nach Erlangung des Doktordiploms vollstreckten, wenigstens einjährigen ärztlichen Verwendung in einem öffentlichen Krankenhause, bezw. dreijähriger Landpraxis, sowie über die mit günstigem Erfolge abgelegte ärztliche Prüfung zur Erlanguag einer bleibenden Anstellung im öffentlichen Sanitätsdienste belegten Gesuche bis 10. August entweder unmittelbar oder, wenn sie bereits im Dienste stehen, durch ihre vorgesetzte Behörde beim kärntnerischen k. k. Landes-Präsidium einzubringen.

Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration.

Herren Dr. J. M., Eberstein; Dr. H. P., Nagy Megyer; Reg.-Arzt Dr. G. K., Fiume; Dr. L. G., Nyiregyháza; Reg.-Arzt Dr. H. K., Budapest; Dr. N., Ramsen; Dr. M. T., Bielitz; Dr. J., Maria Zell; Dr. M. U., Steinamanger; Dr. A. B., Trautenau; Dr. W. S., Wiese; Dr. K., Königswart; Reg.-Arzt Dr. W. N., Plevlje; Dr. A. K., und C. v. N. Marm., Sziget; Dr. J. H., Ung. Brod; Dr. R. S., Báránd; Dr. P., Jechnitz; Dr. F. H., Königinhof; Prof. Dr. F. M., Graz; Dr. B., Zbaraz; Dr. O., Lemberg; Dr. H. K., Prag; Dr. Z., Kriegern; Dr. A. S., Batorkész; Dr. J. G., Pelsöcz; Dr. J. F., Kronstadt; Reg.-Arzt Dr. E. S., Tarnow; Dr. P., Karlsbad; Dr. W., Znaim; Dr. L. und H. G., Wien; Dr. J. T., Mocsonok; Dr. E. W., Lissa a. E.; Dr. E. K., Reitendorf; Dr. S. T., Nürnberg; Dr. E. U., Znaim; Dr. S. R., Mödling; Dr. H. G., Temerin; Dr. B. D., Baden; Dr. P. B., N. Tétény; Dr. J. B., Stubnya Fürdö; Dr. K., Pilsen; Reg.-Arzt Dr. R., Agram; Dr. B., Studein; Dr. E. F., Bacau; Dr. D., Przeworsk; wird auf Verlangen der Empfang von Abonnementsbeträgen und Zuschriften bestätigt.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 6 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Die Tuberkulose und deren heutige Behandlung in Sanatorien und Asylen." Von Dr. M. Mayer in Ischl. III.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 6 August 1893 Nr. 32.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Zur Behandlung der Trigeminus-Neuralgien.

Von

Dr. Hans Hirschkron, Wien.

Eines der furchtbarsten Leiden, von dem der Mensch betroffen werden kann, ist meiner Ansicht nach eine schwere Trigeminusneuralgie. Ich sage gleich von vorneherein eine s c h w e r e Trigeminusneuralgie, weil es auch bei diesem Leiden sehr viele graduelle Unterschiede und Abstufungen in der Intensität des Auftretens und in der Dauer der Erkrankung gibt. Von leichtem Stechen im Gesichte, welches ein- oder ein paarmal des Tages auftritt, bis zu den heftigsten schiessenden und tobenden Schmerzen im ganzen Bereich des Trigeminus, von denen ein Anfall mit kaum minutenlangen Pausen auf den andern folgt, kann die Trigeminusneuralgie ansteigen; und diese letzteren heftigen und langdauernden Formen gehören zu den schweren und unerträglichsten Leiden, welche auf Patienten und Arzt in gleich schwerer Weise lasten

Die Ursachen, die eine Trigeminusneuralgie veranlassen können, sind von der mannigfaltigsten Art. Der lange und zum Theile oberflächlich liegende Verlauf dieses Nerven kann zunächst leicht von lokalen Schädlichkeiten betroffen werden; als Verletzungen, Eindringen von Fremdkörpern, Quetschungen, Narben, in welche Nervenfasern eingeheilt sind, Erkrankungen der Zähne, Caries, Exostosen der Zahnwurzeln, allmälige Ausfüllung der Zahnlücken mit Knochensubstanz bei alten Leuten, durch welche die Alveolarnerven gereizt werden (GROSS). Ohrerkrankungen, Entzündungen der Stirn- und Kieferhöhle mit Verhaltung des Sekretes, Ueberanstrengung der Augen; Entzündungen, Auflagerung oder Verdickung der Knochenkanäle, durch welche der Nerv seinen Verlauf nimmt, auch durch Ueberfüllung der den Trigeminus begleitenden Gefässe kann auf denselben ein Druck ausgeübt werden, ebenso durch Entzündungen, Tumoren oder Aneurysmen an der Schädelbasis.

Die Trigeminusneuralgie findet sich auch häufig im Gefolge von Infektionskrankheiten, so tritt die Supraorbitalneuralgie sehr häufig bei der Malaria auf und Anfälle dieser Neuralgie können sogar oft statt Malariaanfällen auftreten; ferner hat man sie beobachtet bei Typhus abdom. und frischen Fällen von Luës. Die Trigeminusneuralgien bei alten Formen der Luës, dürften wohl auf Bildung von Gummata und Entzündungen an den Schädelknochen zurückzuführen sein. IMMERMANN fand Trigeminusneuralgien auch bei der larvirten Form des akuten Gelenksrheumatismus

Im Symptomenbilde mancher chronischen Vergiftungen finden sich sehr häufig Schmerzen im Trigeminusgebiete, so bei chronischen Vergiftungen mit Blei oder Quecksilber.

Aber nicht nur Ursachen, die den Quintus selbst treffen, sondern auch fernab im Körper liegende Schädlichkeiten vermögen auf reflektorischem Wege Trigeminusneuralgien hervorzurufen, als solche wären zu nennen Krankheiten des Uterus, der Ovarien und des Darmes. GUSSENBAUER berichtet von einer Trigemiusneuralgie, die in Folge einer Obstipation auftrat und nach Behebung der Letzteren sofort schwand.

Die schwersten und langwierigsten Formen der Trigeminusneuralgie liefern jedoch jene Ursachen, die man als konstitutionelle zusammenfasst. In erster Linie stehen hier Blutarmuth und nervöse Disposition. Bei blutarmen Personen, besonders weiblichen Geschlechtes, findet sich die Trigeminusneuralgie in allen Abstufungen. Die Art des Auftretens ist ebenfalls verschieden, die Einen weisen auf einen ganz bestimmten Punkt hin, von wo der Schmerz seinen Ausgang nimmt, die Anderen wissen keinen solchen anzugeben und beschreiben den Schmerz als diffus. Die Anfälle kommen und gehen, die Stellen, von denen der Schmerz ausgeht sind gewöhnlich auf Druck empfindlich, ich will jedoch gleich jetzt bemerken, dass nicht bei jeder Neuralgie Druckpunkte vorhanden sein müssen. Eine solche Neuralgie kann Monate lang dauern und stets erträglich bleiben. Die Kranken schützen sich vor allzu schroffem Temperaturwechsel, gehen wärmer gekleidet und führen ein ganz erträgliches Dasein. Es gibt aber auch blutarme, Patienten bei denen die Anfälle eine solche Heftigkeit und Häufung erreichen,

dass die Geduld und Ausdauer des Patienten, des Arztes und des Wartepersonales auf eine harte Probe gestellt wird. Folgender Fall bildet eine treffliche Illustration einer schweren Trigeminusneuralgie in Folge von Blutarmuth.

Fräulein H. aus Wien, Margarethen, stand durch Jahre mit hochgradiger Blutarmuth in meiner Behandlung. Sie litt an allen nervösen Störungen, die sich in der Regel bei Anämie finden. Das Fräulein war schlank gewachsen, eher gross zu nennen, von zartem Knochenbau und ungemein feinem Teint. Zu wiederholten Malen stellte sich das Fräulein in meiner Begleitung Herrn Hofrath Kahler vor. Die Blutarmuth, die mit fortwährenden Ohnmachtsanfällen einherging, war durch kein Mittel zu beheben. Wasserkuren waren wegen der Ohnmachtsanfälle und der hochgradigen Blutarmuth nicht durchführbar. Nachdem wir uns von der Nutzlosigkeit unserer Bemühungen überzeugt, riethen wir dem Fräulein einen mehrmonatlichen Landaufenthalt an. Patientin fühlte sich leidlich wohl und war froh der Medikamente entrathen zu können.

Eines Tages wurde ich eilends gerufen, mit dem Bedeuten, das Fräulein habe wahnsinnigen Kopfschmerz und sei vollständig erblindet. Sehstörungen hatten sich schon früher ab und zu eingestellt, jedoch nur für kurze Zeit, die wieder spurlos verschwanden. Bei dem jetzigen Anfall war das Sehvermögen vollkommen geschwunden. Licht und Dunkelheit konnte die Kranke nicht mehr unterscheiden. An die Diagnose Hysterie konnte nicht gedacht werden, da die dieser Krankheit eigenthümlichen Symptome vollständig fehlten. Als Ausgangspunkt des Schmerzes bezeichnet Patientin stets den rechten Supraorbitalpunkt, von hier aus strahlte der Schmerz gegen den Scheitel aus. Das ganze Gebiet des Schmerzes war nach dem Anfalle so hyperästhetisch, dass das Kämmen der Haare heftige Schmerzen verursachte. Im Laufe der Zeit vermehrten sich die Anfälle bis auf 20—30 Anfälle im Tage und dauerten so durch mehrere Monate fort. Die Heftigkeit war derart, dass Patientin oft ohnmächtig zusammensank. Von einem therapeutischen Eingreifen war in der ersteren Zeit keine Rede; erst später versuchte ich Antineuralgika, aber ohne Erfolg. Nun ging ich zur elektrischen Behandlung über und merkwürdiger Weise ertrug Patientin nur den faradischen Pinsel, über dessen Anwendung ich noch später ausführlicher sprechen will.

Um jede andere Diagnose auszuschliessen und unsere Annahme, es handle sich um eine echte Trigeminusneuralgie, zu rechtfertigen, diente der Umstand, dass wir durch leichten Druck auf die Austrittsstelle des rechten Supraorbitalis stets heftigen Schmerz aber keinen Paroxysmus auslösen konnten.

Die Anfälle traten zu verschiedenen Zeiten auf, während des Essens, Lesens, oder wenn Jemand geräuschvoll die Thüre schloss, wenn in stiller Nacht ein Hund bellte, oder wenn irgend ein stärkerer Sinnesreiz die Patientin traf.

Wie dieser Prozess endete, weiss ich nicht zu sagen, da ich die Patientin aus den Augen verlor.

Meist harmloser in ihrem Auftreten sind die durch Erkältung bedingten Neuralgien, die sogenannten rheumatischen Formen. Im Jänner und Februar, zumeist zu einer Zeit, wo auch die rheumatischen Facialislähmungen auftauchen, sieht man bei Leuten, die jeder Witterung ausgesetzt sind, stets Schmerzhaftigkeit in einem oder dem anderen Aste des Trigeminus auftreten, welche sich bei stärkerem Drucke auf die Austrittsstelle des Nerven hochgradig steigern. Diese Leute gehen ruhig ihrem Berufe nach oder bleiben demselben nur einige Tage fern, und gewöhnlich ist nach 14 Tagen bis 3 Wochen aller Schmerz gewichen.

Die als Intermittens larvata bekannte Form der Trigeminusneuralgie tritt meist statt eines eigentlichen Intermittensfalls auf. Diese Anfälle erreichen sehr oft eine grosse Intensität und lange Dauer, sistiren aber auf entsprechende Behandlung meist vollständig.

Alle Autoren fast stimmen darin überein, dass eine gewisse neuropathische Disposition dem Auftreten von Neuralgien überhaupt Vorschub leisten. Bei einem Falle von Trigeminusneuralgie konnte ich dies mit Sicherheit konstatiren.

Frau F. aus Wien, von Hause neuropathisch veranlagt bekam den ersten Anfall von Neuralgie des Trigeminus auf die Kunde von dem plötzlichen Tode ihres Mannes, also nach einem psychischen Shock. Diese Frau steht heute noch in meiner Behandlung, so dass ich seit 5 Jahren diese Neuralgie zu beobachten Gelegenheit habe.

Die grösste Zahl der an Trigeminusneuralgie Leidenden weiss jedoch keine veranlassende Ursache anzugeben. Ihre Krankheitsschilderung ist meist folgende:

Beim Beginn meines Leidens glaubte ich, der Schmerz rühre von den Zähnen her, und mein Zahnarzt musste mir trotz allem Widerspruche einen Zahn nach dem andern ziehen. Diesen Kranken fehlt oft eine sehr grosse Anzahl von Zähnen und trotzdem besteht der Schmerz unverändert fort. Stellt man an solche Kranke die üblichen Fragen nach der Aetiologie ihres Leidens etwa nach abgelaufener Malaria, nervöser Disposition, nach Erkrankungen des Ohres, der Augen, der Zähne, fragt man über den Ablauf der Darmfunktionen, so erhalten wir fast nie positive Antworten.

Diese Anfälle treten oft nur durch einige Tage, Wochen oder 2—3 Monate lang auf, schwinden dann meist vollständig, kehren aber nach kurzer Zeit, aber nicht nur im Frühjahre und Herbst, sondern meist urplötzlich ohne jede Ursache mit grosser Vehemenz wieder. Diese Fälle lassen Arzt und Patienten nicht zur Ruhe kommen. Solche Kranke rufen das tiefste Bedauern wach, denn durch die Häufigkeit und Heftigkeit der Anfälle ist dem Kranken jeder Verkehr mit seiner Umgebung verleidet und jede Nahrungsaufnahme erschwert, indem jedes wenn auch noch so behutsame Oeffnen des Mundes jene verhängnissvollen Zuckungen, die Prodrome des beginnenden Anfalles hervorruft. Der Bissen wird, bevor er noch die Zunge passirt, entweder herausgeschleudert oder durch den Krampf an Ort und Stelle herumgewälzt und kann erst nach Ablauf des Anfalles verschluckt werden. Solche Fälle gewähren fürwahr einen trostlosen Anblick.

(Schluss folgt.)

Aus der Klinik für Nervenkrankheiten im Hospice de la Salpêtrière

Der Symptomenkomplex der progressiven Bulbärparalyse bei der Tabes.

Klinischer Vortrag von **Prof. Charcot** in Paris.*)

(Fortsetzung und Schluss.)

Obige Betrachtungen haben uns das Feld vorbereitet für die Untersuchung des Kranken, den ich Ihnen hier vorstelle, und der den Hauptgegenstand dieser Vorlesung bilden soll. Sie sehen ihn mit dem charakteristischen Gesichtsausdruck, der an jenen des vorigen Patienten stark erinnert. Auch dieser Kranke hält das Taschentuch in der Hand, um den Speichel aufzufangen, der ihm beständig aus dem Munde fliesst. Lässt man den Kranken reden, so fällt sofort die besondere Schwierigkeit in der Wortaussprache und die nasale Stimme auf; er kann weder blasen noch pfeifen; die Zunge kann zwar die groben Bewegungen ausführen, Zungenlaute können aber nur schlecht hervorgebracht werden. Die Deglutition vollzieht sich äusserst schwer, überdies sind der Temporalis und Masseter beinahe gelähmt; kurz, wir finden hier sämmtliche Symptome der klassischen unteren Bulbärparalyse, wie man sie z. B. bei der amyotrophischen Lateralsklerose antrifft, bis auf die spastischen Phänomene, denn wie Sie sehen, fehlt hier der Masseterreflex, welcher im anderen Falle so stark ausgesprochen war.

Aber vielleicht denken Sie, meine Herren, dass es sich um einen jener Fälle von nuklearer Bulbärparalyse ohne Betheiligung der lateralen Bündel handelt, wovon ich Ihnen kurz vorher gesprochen? Eine aufmerksamere Untersuchung des Falles aber wird Ihnen die Existenz einer Reihe von Erscheinungen auf-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 28, 1893.

decken, welche die Behauptung rechtfertigen, dass die untere Bulbärparalyse bei unserem Kranken, wie die obere Bulbärparalyse in anderen Fällen, ein tabischer Symptomenkomplex ist. Bekanntlich ist das Nichtvorhandensein von Sensibilitätsstörungen, und im Besonderen das Fehlen von Störungen seitens des V. Paares eines der grossen Merkmale der progressiven Labio-Glosso-Laryngeallähmung, welches mit ein Beweis ist, dass es sich hier um eine systematische Läsion der motorischen Kerne und nicht um eine diffuse Läsion des Bulbus handelt.

Bei unserem Kranken sind schwere Sensibilitätsstörungen vorhanden.

In der That finden wir bei ihm einen eminent tabischen Symptomenkomplex vor, der in dem Vorhandensein besonderer Sensibilitätsstörungen im Bereiche des V. Paares besteht, und den ich, des besonderen klinischen Interesses wegen, mit einem besonderen Namen zu bezeichnen vorschlug: «Masque tabetique».*)

Das Bemerkenswertheste und Ergreifendste und auch das Peinlichste für die Kranken in diesen Fällen sind die subjektiven Symptome, die sie in dem vom V. Paare innervirten Gebiete empfinden, und die aus einer Läsion des caput cornu posterioris und der aufsteigenden Wurzel des Trigeminus hervorgehen, eine Läsion, die anatomisch zu wiederholten Malen in analogen Fällen durch Demange, Hayem und durch mich konstatirt worden ist. Der Kranke hat die Empfindung, als ob eine Maske auf seinem Gesicht läge, oder als ob seine Gesichtshaut in eine Art Netz verwandelt wäre, das die darunterliegenden Partieen spannt. Dies ist oft von einem Kältegefühl, manchmal von einem brennenden Gefühle begleitet. Es ist das eines der lästigsten Symptome, worüber die Kranken sich in einemfort bitter beklagen. Ferner ist es ihnen, als ob Spinngewebefäden, Haare und dgl. auf ihrem Gesichte sich befänden, und sie werden instinktiv veranlasst, die Hände an jene Stellen zu bringen, um sich ihrer zu entledigen. Gesellen sich zu diesen Erscheinungen noch Ameisenlaufen und manchmal wahrhaftige lancinirende Schmerzen hinzu, und bedenken Sie überdies, dass die Tastempfindlichkeit der Zunge und der Mundschleimhaut im hohen Grade abgestumpft ist, dass der Geschmack zuweilen unterdrückt oder pervertirt ist, und Sie werden wohl die qualvolle Situation begreifen, in der sich diese Patienten befinden.

Bei unserem Kranken ist der Geschmack erhalten, aber die regelrechte Untersuchung der Sensibilität ergibt am Gesichte und an der Mundschleimhaut eine Abstumpfung der Tast- und Schmerzempfindlichkeit, während die thermische Sensibilität nahezu intakt ist.

Es ist das ein bemerkenswerther Symptomenkomplex, dessen Konstatirung allein genügt, um uns auf den Weg der Diagnose zu geleiten. Uebrigens, obwohl es sich in unserem Falle um eine bulbäre Tabes handelt, ist doch leicht, die tabische Natur der Zufälle festzustellen, trotz der vielen Anomalien, die den Fall maskiren, worunter in erster Linie das Fehlen der lancinirenden Schmerzen sowohl in den oberen, als auch in den unteren Extremitäten und selbst in dem doch von der «tabischen Maske» befallenen Gesichte.

Uebrigens hat die Krankheit mit den Sensibilitätsstörungen am Gesichte begonnen, wie wir dies sehen werden bei der folgenden flüchtigen Mittheilung der in der Geschichte des Falles verzeichneten Thatsachen.

Patient, gegenwärtig 44 J. alt, ist zu Arles geboren. So weit man erfahren konne, scheint er von jedweder hereditären Belastung frei zu sein. Er hat bei der Kriegsmarine über 12 Jahre gedient. Auf seinen zahlreichen Reisen hat er oft an verschiedenen Infektionskrankheiten gelitten. Vor circa 11 Jahren erkrankte er an Syphilis, die sich, wie es scheint, nur durch einen harten Schanker kundgab; eine Eruption soll nicht aufgetreten sein, dafür sind ihm die Haare ausgefallen. Vor 6 Jahren stellte sich ein besorgnisserregender Allgemeinzustand mit Abmagerung ein, der an Diabetes oder Phthise denken liess. Vor 18 Monaten trat links Unempfindlichkeit der Zunge und der Lippen auf, dann generalisirte sich die Hyperästhesie und im Laufe von 4 Monaten war die Maske komplet. Beiläufig um diese Zeit zeigten sich die ersten motorischen bulbären Symptome. Zugleich mit diesen traten noch andere tabische Erscheinungen auf: Die externe Ophthalmoplegie mit Verlust des Pupillarreflexes; die Larynxkrisen mit Anfällen von Stridor und Vertigo, die zwei Mal den Sturz zur Erde mit Bewusstlosigkeit veranlasst hatten. (Dieses Symptom ist nunmehr verschwunden). Das wären genug der Symptome, um eine sichere Diagnose auf Tabes zu stellen. Wenn nun die eigentlichen Spinalsymptome im Hintergrunde stehen, so sind sie doch in einem gewissen Grade vorhanden: so besteht ein gewisses Gürtelgefühl, eine anästhetische Zone an den oberen Partien der linken Brusthälfte; ein Gefühl von Stumpfsein im Gebiete des Cubitalis. Weitere anästhetische Punkte sind nachweisbar an der Ruthe, am Perineum, am linken Fussrücken, an der Dorsalgegend des Stammes; die Patellarreflexe fehlen. Angesichts dieser Gesammtheit von Symptomen, ich wiederhole es, kann über die Richtigkeit unserer Diagnose nicht der geringste Zweifel obwalten.

Wie ich Ihnen schon sagte, steht unser Fall, den ich als Unicum ansah, nicht vereinzelt da. Marinesco hatte die Liebenswürdigkeit mir mitzutheilen, dass Dr. Howard eine fast gleiche Beobachtung im «Amer. Journ. of Med. Sciences» (März 1889) veröffentlicht hat, bei der nur der betreffende Kranke nicht syphilitisch gewesen zu sein scheint. Der Titel jenes Aufsatzes ist bezeichnend: «Ein Fall von äusserer und innerer Ophthalmoplegie associirt mit Tabes dorsalis, mit unterer Bulbärparalyse, Alteration des Gesicht- und Gehörsinnes, etc.» Hier hat die Symptomatologie mit der Ophthalmoplegie begonnen, dann sind die Symptome der unteren Bulbärparalyse aufgetreten; die «tabische Gesichtsmaske» blieb nicht aus. Die Spinalsymptome sind kaum angedeutet gewesen; keine lancinirenden Schmerzen; dafür bestand tabische Atrophie der N optici, und es wird noch hinzugefügt, dass der Kranke taub geworden ist, was ein sehr seltenes Vorkommniss ist. So finden wir bei einem und demselben Individuum nahezu alle möglichen Symptome der oberen Tabes, die untere Bulbärparalyse miteinbegriffen, vereinigt.

Der Tod ist rapid in Folge mehrerer synkopalen Anfälle, die durch Herzstillstand veranlasst waren, erfolgt. Das ist, wie Sie wissen, der gewöhnliche Vorgang bei der Bulbärparalyse mit Ausschluss von Tabes; und in unserem Falle von Tabes mit Bulbärparalyse werden die Dinge zweifelsohne in der gleichen Weise sich zutragen. In derselben verhängnissvollen Weise wird die Leidensgeschichte unseres Kranken enden, wenn nicht zuvor irgend welche Komplikation eintritt, wie z. B. eine Pneumonie, in Folge eines in die Lunge hineingelangenden Fremdkörpers, die bei einem Individuum, das bereits durch eine unvollständige Ernährung stark herabgekommen ist, rasch tödtlich wirken muss.

Alles was wir im vorliegenden Falle thun können, besteht darin, zu versuchen, durch Elektrisation des Pharynx, die endliche Katastrophe um einige Zeit zu retardiren; wir werden überdies die Nahrungssonde anwenden, Revulsiva am Nacken appliciren, etc.

In Anbetracht der syphilitischen Erscheinungen, die man vor etwa 11 Jahren konstatirt hat, wurde selbstverständlich die spezifische Behandlung (Quecksilbereinreibungen und Jodkali) eingeleitet und nach den üblichen Vorschriften durchgeführt.

Leider hat auch diese Behandlung den fatalen Lauf der Ereignisse nicht im Mindesten beeinflusst.

---

*) Vergl. Milliotti-«Della Tabe dorsale» Vallardi Milano; La maschera tabetica», pag. 174 D'après les leçons de Pr. Charcot. 1883—1884.

Mittheilungen aus der Praxis.

Zur Prognose des eheweiblichen Lebens.

Von **Dr. Mensinga** in Flensburg.

Nachdem ich 1891 in Halle auf der Naturforscher-Versammlung — Gynäk. Abth. — die obige Frage angeregt, ohne dass ich seitdem bemerkt habe, dass die Sache im Allgemeinen dadurch gefördert worden ist, bin ich selber natürlich nicht unthätig gewesen. Eine beträchtliche Zahl solcher Schemata habe ich angefüllt und gesammelt, die einen merkwürdigen Einblick gewähren in das Leben der Ehefrauen der verschiedensten Gesellschaftsklassen, Bildungsstufen, Konstitutionen und materieller Lagen; man erhält da auf den ersten Blick die Einsicht, wann das betreffende Mutterleben in Gefahr kam; selten ist eine Gefahr plötzlich hereingebrochen, in den allermeisten Fällen kann man kürzere oder längere Zeit vorher die Vorboten der unausbleiblich kommenden Gefahr nachweisen, für ähnliche andere Fälle also vorhersagen. Im Nachfolgenden will ich dem Leser zwei eclatante Fälle, wie sie ja doch so oft zu beobachten sind, wenn man nur die Augen offen hält, vorführen:

I. D. W. Patientin war die Tochter aus einem reichen Kaufmannshause, der Vater war stark arthritisch, die Mutter früh gestorben; ihre Geschwister waren alle trotz grossen Wuchses und anscheinend guten Aussehens von keiner festen Gesundheit. Eine Schwester z. B., bei welcher ich Hausarzt bin, ist gross gewachsen, keinewegs mager, litt und leidet an eigenthümlichen Blutwallungen, war dem Gelenksrheumatismus unterworfen, von dem sie eine Herzstörung zurückbehielt, hat ein geröthetes volles Gesicht bei starkem Nonnensausen, Ohnmachten, war während der Gestation oft besorgnisserregend krank (deren Kinder alle chlorotisch), hatte während der letzten Gravidität wiederholt starke Uterinblutungen u. s. w., keiner der Brüder war Soldat gewesen, kurzum in der Familie war eine erbliche Dyshämie (keine Syphilis, keine Tuberkulose) evident. Obengenannte heirathete mit 17 Jahren, obgleich noch nicht ausgewachsen, einen ebenfalls vermögenden Mann. Als Patientin 20 Jahre alt war, gebar sie das dritte Kind. An Pflege und Fürsorge fehlte es der Dame in keiner Weise, auch den Kindern nicht, da jedesmal eine Amme das der Mutter mangelnde Stillungsvermögen ersetzte. Dem Schwager der Patientin (Mann jener genannten Schwester) wie auch dieser Schwester gegenüber äusserte ich zu der Zeit positiv meine Ansicht, dass die Obengenannte bei diesem Fortgange der Dinge innerhalb 8 Jahre würde vom grünen Rasen bedeckt sein!

Der Schwager (mein Klient) deutete dem Gatten der gedachten Patientin rückhaltlos meinen Ausspruch an, ohne gehört zu werden; auch später noch, wenn die Rede auf die junge, kinderreiche Mutter und deren hin und wieder erkrankte Kinder kam, wiederholte ich meine Aussage, aber Alles vergebens — «Mein Schwager hört nicht auf vernünftige Vorstellung, er geht seinen eigenen Weg» war die Antwort.

Im Mai 1892 hatte die Patientin, 28 Jahre alt, ihr 10. Kind geboren, die «ausgezeichnetste» Fürsorge wurde ihr angeblich zu Theil, sie erkrankte im Wochenbett, zwei Aerzte wurden herzugezogen, die Erkrankung war eine eigenthümliche, man diagnosticirte eine Pneumonie, aber merkwürdigerweise mit bedeutenden Untertemperaturen: 36—35 Grad C.; genug die Patientin starb nach 14 tägigem Krankenlager trotz Aufwendung aller möglichen Stimulantien und Excitantien, ohne dass eine genaue klinische Diagnose möglich gewesen, noch innerhalb 8 Jahre nach der Geburt des dritten Kindes, wo ich jenen prognostischen Ausspruch gethan; die Prognose war richtig gewesen! Meine Diagnose war freilich auch keine klinische, denn sie nannte sich Hypertokie. Der Mann hat eben seine Frau getödtet durch Zumuthnng zu vieler Geburten — «gelustmordet». Gleichwohl stolzirte er hernach, wie ein Hahn auf seinem Miste, einher («nur ja nicht sich etwas merken lassen, das ist proletenhaft») wie einer, der ein rühmliches Werk vollbracht! Dass er seine Zahl kleiner unerzogener Kinder zu Waisen gemacht, ihnen das unentbehrliche Mutterauge geraubt, macht ihm wenig Sorge, er hat ja ihnen eine Erzieherin gemiethet, — das Geld dazu hat er ja! — Wäre ich Arzt bei der Patientin gewesen, so hätte ich schon um der Kinder Willen die Mutter nicht so früh wegsterben lassen, wenn auch auf Kosten der Kinderzahl. Den Tyrannen, den Ehemann wird die Nemesis schon einmal erreichen!

II. O. J. Patientin, Frau eines Polizeisergeanten, 31 Jahre, requirirte vor einigen Jahren meine Hilfe. Sie war zum 5. Male im 7. Monat gravid und litt unsäglich unter krampfhafter Affection des Uterus (Uterinkolik). Die Anamnese ergab, dass die Patientin bei dem nicht reichlich bemessenen Gehalt des Gatten es sich stets sehr sauer halte werden lassen, über ihre Kraft hinaus gearbeitet, und nun durch irgend eine Gelegenheitsursache (Erkältung bei der «grossen» Wäsche) sich die Krankheit, welche sie vollständig bettlägerig machte, zugezogen; der Erfolg der Behandlung war nur ein langsamer. So nebenbei erfuhr ich, welche Sorge sich das arme Weib machte über den abermaligen Zuwachs der Familie, eingedenk der zunehmenden Arbeiten, ohne dass ihr Gatte im Stande war eine Erleichterung ihr zu schaffen. (Sorge und Gesundheit sind zwei sich gegenseitig ausschliessende Begriffe — sich feindlich gegenüberstehende Dinge.) Das kleine Hauswesen der Patientin sah zwar bescheiden, aber ordentlich aus, und konnte man ihrer Aussage, dass sie Alles selbst mit übermenschlicher Kraft in Ordnung hielte, vollen Glauben schenken.

Die Patientin, welche nur in der Noth mich herbeigeholt, unterstand der pflichtmässigen Behandlung des Polizeiarztes; ich unterliess nicht demselben meine mit Gründen belegte Ansicht auseinander zu setzen, dass in diesem Falle dem weiteren Wachsthum der Familie endlich ein Halt geboten werden müsse; doch wurde ich von demselben mit hier nicht zu wiederholenden Redensarten brüsk abgewiesen: «dem Weibe fehle weiter nichts, es sei blos Faulheit von ihr, es könne noch ohne Schaden eine ganze Zahl Kinder mehr gebären.» Ich brach dem zu Folge die Weiterbehandlung der Patientin ab und unterliess sie polizeipflichtmässig ihrem Schicksal.

Vor Kurzem — 4 Jahre waren seitdem verflossen, der damalige Polizeiarzt nach auswärts gezogen — liess mich die mir in Vergessenheit gerathene Patientin wieder holen. Ich konstatirte eine heftige Lithiasis biliosa (bekanntlich nahezu eine Domäne Vielgebärender) mit den obligaten tödtlichsten Schmerzen. Die Grenze der enorm schmerzhaften Gallenblase lag unterhalb der Nabellinie. Nachdem ich durch Morphiuminjektion einige Linderung verschafft, erkundigte ich mich über ihr Schicksal seit meinem letzten Besuche. Ihr Mann habe, um mehr verdienen zu müssen, seinen sicheren Posten aufgeben, um den eines Hilfsgerichtsvollziehers, eines zwar im Glücksfalle lohnenderen aber viel unsichereren Berufs, zu erwählen. Sie selber habe seitdem drei Mal geboren, zwei dieser Kinder seien nach einigen Monaten gestorben, sie habe keine Milch für dieselben mehr gehabt und sie mit der Flasche gepäppelt, das dritte Kind sei nun eben vor sechs Wochen geboren, auch hierfür habe sich bei ihr kein Tropfen Milch gezeigt, — welches ich an der abgemagerten aschgrauen Frau auch konstatiren konnte, die Prognose für dieses Kind ist dieselbe: es wird bald seinen vorangegangenen Geschwistern folgen.

Die Patientin hat also laut polizeiärztlichen Ausspruches pflichtmässig weiter geboren, und was ist damit erreicht?: Zwei Kinderleichen, eine dritte in Aussicht, eine auf den Tod erkrankte Mutter, und eine ganz versumpfte Haushaltung mit fünf mehr oder minder verwahrlosten Kindern; der Mann rang vor Verzweiflung die Hände. Sein Beruf führte ihn weit weg vom Hause, ausreichende Pflege für seine Frau konnte er nicht schaffen, die Kinder waren sich selbst, resp. halb mitleidigen Nachbarn überlassen, Unordnung in Kleidung, in Pflege, in Wohnung, in Nahrung — überall — nur das Zimmer des Mannes liess ein wenig bessere Pflege durchblicken.

Ein unendlich bitterer Zug spielte um seine Lippen, als ich auf sein Befragen die Grundursache des Leidens seiner Gattin erklärte, auch dass sie als «faul» bezeichnet worden sei, als ich dem damaligen Arzte meine Meinung und die unter den gegebenen Umständen einzige mögliche Hilfe zur Vorbeugung von Krankheiten und Tod vorgetragen, damit aber glänzend abgefahren sei.

Ich glaube durch diese beiden Fälle unumstösslich bewiesen zu haben, dass man unter Berücksichtigung aller Nebenumstände sehr wohl im Stande ist, eine ganz bestimmte Prognose für jedes eheweibliche Leben zu stellen, und dass es daher mit zu den Kulturaufgaben des Hygienikers gehören muss, auch in diesem Sinne eine bisher unbekannte und doch so nothwendige Thätigkeit zu entwickeln.

Dass alle Aerzte einen genau bestimmten Grad von Humanitätsgefühl besitzen sollen, kann man nicht verlangen, vielen geht das Verständniss dafür ab, das Wort Humanität ist vielen eine dogmatische Phrase, die sich bei jeder passenden (oder unpassenden) Gelegenheit für sich günstig verwenden lässt; was man aber, besonders heut zu Tage, allgemein verlangen kann, ist, dass man rechnen lerne, aus allen gegebenen Daten zusammen ein bestimmtes Facit zu ziehen, um dieses auch einer national-ökonomischen Betrachtung zu unterwerfen, zu welcher wir persönlich in Sonderheit in den letzten Jahren im privaten und öffentlichen Leben immer mehr nolens volens herangezogen werden.

Wozu brauchen wir die Statistik, die gesammelte und gebuchte Erfahrung, wenn wir uns nicht sollten verpflichtet fühlen ein etwaiges berechnetes oder im voraus berechenbares Defizit zu decken oder abzuwenden; haben wir doch solches Bestreben in unserem ganzen Staate tagtäglich vor Augen, und wir Männer der Wissenschaft sollten in unserer speziellen Domäne zurückbleiben?

Nur grenzenlose Kurzsichtigkeit, eingerosteter Dogmatismus, Unfähigkeit mit gegebenen Thatsachen zu rechnen, könnten ein bisheriges Verfahren des «laisser aller» gutheissen lassen, zur Entschuldigung für unterlassenen Versuch zur Lösung brennender Kulturaufgaben können sie nicht dienen.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Berliner psychiatrischer Verein.

Sitzung vom 17. Juni 1893.)*

Dr. Schäfer (Lichtenberg). *Beziehungen zwischen Menstruationsprozess und Psychose.*

Dr. SCHÄFER-Lichtenberg hat auf der Abtheilung weiblicher Geisteskranker zu Jena die Beziehungen zwischen Menstruationsperiode und den verschiedenen Psychosen einer näheren Untersuchung unterzogen. Dass gewisse Wechselbeziehungen zwischen psychischen und somatischen Zuständen bestehen, ist bekannt. Von dem psychischen Verhalten hängen ab Blutzirkulation, Temperatur, Salzsäuresekretion des Magens etc. Aenderungen dieser Funktionen und Abweichungen von der Norm sind in gewisser Hinsicht und bis zu einem gewissen Grade auf die Psychose zurückzuführen. Wir finden bei der geisteskranken Frau Störungen im Menstruationsprozess und in vielen Fällen werden die Störungen der Psyche ganz eigenthümliche Verhältnisse bedingen. Der physiologische Vorgang der Menstruation selbst kann das psychische Verhalten der geisteskranken Frau abändern.

Schon die physiologischen Schwankungen greifen tief in den Organismus hinein. Pubertät, Gravidität, Puerperium, Laktation und Klimakterium haben eine entscheidende Bedeutung auch für die Geistessphäre; die funktionellen Vorgänge bilden eine Grundlage für Psychosen. Es besteht offenbar eine Wechselbeziehung; bald wird die Menstruation die Psyche der schon geisteskranken Frau beeinflussen, bald wird von der Psychose selbst der sonst normale Menstruationsgang abgeändert werden. Der Einfluss der Menstruation auf die Psyche in ätiologischer Beziehung kommt bei den Menstrualpsychosen in Betracht. Hiefür hat KRAFFT-EBING den Ausdruck «menstruelles Irresein» eingeführt. Nach ihm vermag der menstruelle Vorgang bei einem gesunden Gehirn eine psychische Alteration nicht auszulösen, sondern das geschädigte und resistenzlose Gehirn hereditär belasteter Individuen vermögen diesem Ansturme nicht zu widerstehen.

*) Nach dem Bericht der Deutschen Medizinal-Zeitung.

Wie vermag eine einzelne Menstruation eine psychische Störung auszulösen? Wahrscheinlich sind es vasomotorische Störungen, die die Verbindung zwischen beiden Erscheinungen im Nervensystem herstellen. Es kommt zu einer Fluxion zum Gehirn, so dass die vasomotorischen Centren affizirt werden. Unter 19 zur Beobachtung gekommenen Fällen handelt es sich 16mal um Manie, 3mal um Melancholie. Im weiteren Verlauf bildete sich ein degenerativer Charakter aus; die Krankheiten wurden chronisch und endeten in Demenz. Nicht blos dieser Ausgang, sondern des klinische Bild trägt den degenerativen Charakter an sich. Sie stellten keine reinen Symptomenbilder dar, sondern ein Gemisch psychopathischer Zustände. Wir sehen, dass bei dieser Psychose die Menstruation in ätiologischer Beziehung in Frage kommt. Dieses Verhältniss ist bereits in der Literatur behandelt worden, so von SCHRÖDER u. A. Doch führen sie die einzelnen Menstruationsanomalieen bei einer grossen Zahl von Fällen an, ohne sich auf die einzelnen Psychosen in eingehender Weise auszulassen. Sie haben beobachtet, dass bei den meisten Kranken die Menstruation normal verlief, dass aber bei andern eine akute Psychose Amenorrhöe mit sich brachte. Wiedereintretende Menstruation deutet an, dass die Psychose in Besserung übergeht, oder chronischer Verlauf und sekundäre Schwächezustände stellen sich ein. Die funktionellen Störungen werden auf lokale Veränderung in dem Sexualapparat der geisteskranken Frau zurückgeführt, oder auf somatische Störungen. Dass aber die Menstruationsanomalie nicht primär durch lokale Störungen herbeigeführt wurde und nicht sekundär von der Psychose der Menstruationsprozess abgeändert worden ist, sondern dass gewisse Wechselbeziehungen vorhanden waren, wird nicht berücksichtigt. Damals war die Klassifikation der Geisteskrankheiten nicht so vollständig, wie heute. Da in einer Irrenabtheilung das Krankenmaterial ein anderes ist, wie es die Gynäkologen vor sich haben, so war es nicht werthlos, an einer grösseren Anzahl von Kranken das Verhältniss zu untersuchen. Es sind 450 klinische Beobachtungen auf der psychiatrischen Klinik in Jena gemacht worden, wo gerade die Aufnahme von jugendlichen akuten Psychosen sehr häufig ist. Die Psychosen kommen hier bei dem einfachen Aufnahmeverfahren früh zur Beobachtung.

Besteht nun zwischen den einzelnen bestimmten Psychosen und den Menstruationsvorgängen eine bestimmte gesetzmässige Beziehung? Wenn bestimmte Psychosen zusammengestellt wurden, so fand sich von vornherein eine ungeheure Regellosigkeit, wenigstens war eine Gesetzmässigkeit sicher nicht zu finden. Es zeigten 25 Melancholische vom Eintritt der Psychose bis zur Besserung volle Cessirung der Menses. In 16 Fällen bestand während der Psychose nicht die geringste Unregelmässigkeit; andere hatten geringe Abweichungen, eine zu rasche Folge der menstruellen Phasen oder längere Pausen. Eine gewisse Regelmässigkeit war nicht zu finden. Ebenso war es bei der Manie: bei 12 Fällen war die Menstruation regelmässig, in 5 Fällen bestand Amenorrhöe, in 2—3 Fällen zeigten sich kleine Unregelmässigkeiten, ohne Einfluss von der Psychose.

Wenn aber alle Fälle ein und derselben Psychose, die bestimmte menstruelle Anomalieen darboten, zusammengestellt wurden, so liessen sich überraschende Gesichtspunkt finden, die verwerthet werden konnten. Bei der Manie hatten 12 regelmässige Menses stattgefunden. Klinisch waren es leichte Formen der maniakalischen Exaltation oder höchstens mittelschwere Formen, reine Affektstörungen. Hierbei zeigte sich also regelmässig, dass die Menstruation nicht abgeändert wurde. In anderen Fällen von gesteigerter maniakalischer Erregung bestand Cessirung der Menses; die maniakalische Erregung erinnerte an das Bild des akuten Deliriums. Also gerade die schweren Formen der maniakalischen Erregung gingen mit einer Reihe somatischer Störungen einher; zwei davon endigten im sekundären Blödsinn.

Bei der Melancholie bestand von 25 Fällen 15 Mal während des ganzen Verlaufs der Psychose Amenorrhöe und zwar trat sie direkt mit der Psychose ein. In 12 Fällen schwand die Amenorrhöe mit Cessirung der Psychose. Diese Fälle mit Amenorrhöe bezeichnen durchweg mittelschwere Formen von Melancholie; 12 Fälle mit regelmässiger Menstruation stellten die leichtesten Formen dar mit melancholischer Verstimmung. Bei den leichten Formen der

Melancholie bestanden also keine Störungen der Menstruation. Wir finden demnach, dass sich bei dieser Gruppirung der Fälle eine gewisse Gesetzmässigkeit herausstellt. Bei der Melancholie waren die mittelschweren Formen von Amenorrhöe begleitet. Die beiden sich entgegenstehenden Psychosen zeigen demnach ein gewisses gesetzmässiges Verhalten; beide stellen primäre Affektpsychosen dar. Schon beim psychologischen Verhalten zeigt es sich, dass Affekte unser körperliches Befinden beeinflussen; die heitere Stimmung schafft uns Wohlbefinden, bei trauriger Stimmung tritt das Wohlbefinden des Körpers zurück. Bei leichten Formen der maniakalischen Exaltation und mittelschweren Formen der Manie sehen wir eine Beeinträchtigung der somatischen Funktionen nicht eintreten. Der Stoffwechsel geht leichter vor sich, die vitalen Funktionen sind prompter, das Aussehen ist frischer, das ganze Verhalten jugendlicher. Im Gegentheil findet sich bei der Melancholie ein Herabgesetztsein der Energie. Die Haltung und Muskulatur ist schlaff, die Ernährung wird beeinträchtigt, das Körpergewicht sinkt, die Blutcirkulation ist träger. Wir finden den langsamen Puls der Melancholie mit kontrahirten Arterien. Jedenfalls wird auch diese Beeinträchtigung des Menstruationsprozesses bei der Melancholie durchaus keine unnatürliche Erscheinung sein. Aus der Natur der Krankheit geht hervor, dass beide Psychosen entgegengesetzter Natur sind. Dass nicht alle Fälle von Manie sich bezüglich des Menstruationsprozesses normal zeigen, sondern Anomalien aufweisen, ist nicht ganz unerklärt, wenn man sieht, dass in diesen Fällen die höchsten Grade der maniakalischen Erregung mit somatischen Störungen einhergehen. Die 12 Fälle von Melancholie mit regelmässiger Menstruation erklären sich daraus, dass der Grad der Erkrankung nicht ein derartiger war, dass der Körper in seinen Funktionen beeinträchtigt wurde. Wir sehen also, dass bei beiden Psychosen ein gewisses gesetzmässiges Verhalten besteht.

Es müssen noch die Zustände untersucht werden, die als Stupidität bezeichnet sind. Auch hier finden wir wie bei der Melancholie eine Verstimmung des Denkens, entsprechend hierzu ausgesprochene motorische Hemmungen. Wenn bei der Melancholie eine primäre Depression besteht, so finden wir hier einen Mangel aller Affekte. Auch diese Zustände gehen meistens mit vielen Störungen in somatischer Beziehung einher. Häufig finden wir in Zuständen von Erschöpfungsstupor, dass die Körperernährung heruntergeht; ausserdem eine Reihe von trophischen Störungen, Neigung zum Dekubitus, trockene Haut, Phlyktänenbildung; dazu entsprechend auch Menstruationsstörungen. Unter 15 Fällen von Erschöpfungspsychose verliefen 12 mit Wegbleiben der Menstruation und nur in 10 Fällen trat die Menstruation mit der Besserung ein, 4 giengen in terminalen Blödsinn über, eine Patientin verliess früher das Krankenhaus.

Der Menstruationsprozess ist also vorwaltend bei der Manie ein regelmässiger, bei der Melancholie und Stupor ein gestörter. Die Affekte, die jedenfalls das ausschlaggebende bei dem psychopathischen Bilde sind, sind auch hier in gewisser Beziehung bestimmend für den normalen physiologischen Vorgang der Menstruation und ihrer Anomalieen. Im grossen und ganzen kann man sagen, dass primäre intellektuelle Störungen ohne Affektstörungen eine Beeinträchtigung des Menstruationsprozesses nicht machen, ebensowenig wie andere somatische Zustände; das sind die Fälle von chronischer Paranoia. Alle diese verlaufen durchschnittlich mit regelmässiger Menstruation. Nur wenn interkurrent ein psychopathischer Zustand sich einstellt, treten auch Menstruationsstörungen auf. Also, wenn Affektbewegungen, sekundär bedingt, eine Rolle spielen, tritt auch eine Beeinträchtigung des Menstruationsvorganges auf.

Dr. Kramer hat über die Frage der Wechselbeziehungen zwischen Wahnsinn und Menstruation in Marburg Beobachtungen angestellt und ungefähr dieselben Resultate gehabt, wie sie eben vorgetragen wurden. Bei der Melancholie cessirten die Menses während der Hauptzeit der geistigen Erkrankung, bei der Manie war die Störung selten. Wenn es sich bewahrheiten sollte, dass Fälle von Melancholie, bei denen die Menses cessiren, eine günstige Prognose geben, so wäre das höchst wichtig.

Kongress zum Studium der Tuberkulose.

Abgehalten zu Paris vom 27. Juli bis 2. August 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Die dritte Versammlung des Kongresses zum Studium der Tuberkulose wurde Donnerstag, den 27. Juli, im «Grand amphithéâtre» der Pariser medizinischen Fakultät eröffnet. Der diesjährige Kongress wurde durch eine mit grossem Beifalle aufgenommene Rede Prof. Verneuil's eingeleitet, der eine ausgezeichnete Darstellung der Entwicklung des Kongresses seit seiner Gründung und der einzelnen Phasen, die derselbe durchgemacht hat, gab.

Aus den zahlreichen interessanten wissenschaftlichen Verhandlungen dieses Kongresses entnehmen wir zunächst die folgenden:

Behandlung der Tuberkulose durch Blutserum.

Prof. Babes, der über diesen Gegenstand Untersuchungen angestellt hat, berichtet unter Anderem, im Einklange mit seinen früheren Untersuchungen, dass er an der Möglichkeit einer Vaccination der menschlichen Tuberkulose durch die Vogeltuberkulose festhält. Mittelst spezieller und variirter Verfahren konnte er dahin gelangen, eine Immunität, besonders beim Hunde zu erzielen. Was aber noch interessanter ist, das ist der Umstand, dass es ihm auch gelungen war, den Nachweis zu erbringen, dass die Injektionen mit immunisirtem Blutserum anderen Thieren dieselbe Widerstandskraft gegen die Bacillen mitzutheilen im Stande waren. In diesem Sinne glaubt Redner an die Möglichkeit einer tuberkulösen Vaccination.

* * *

Ueber die Prophylaxe der Tuberkulose bei den Wiederkäuern.

Dr. Nocard stellt zunächst fest, dass die Häufigkeit der Mortalität an Tuberkulose bei den Wiederkäuern, obgleich sie eine geringere ist als beim Menschen, je nach den Ländern 10 bis 25 Perzent erreicht. — Die Höhe dieser Zahlen hängt zum grossen Theile von der hygienischen Beschaffenheit der Ställe und von dem mehr oder weniger langen Aufenthalte der Thiere in diesen Ställen ab. Redner bezeichnet die Gegend von Beauce in Frankreich als die am meisten inficirte Gegend, und zwar in dem Masse (25 Perzent Mortalität), dass, wenn man nicht die entsprechenden Massregeln ergreift, die Verluste, welche die Agrikultur durch diesen Faktor erleidet, bald so gross sein werden, wie die durch den Milzbrand bedingten.

Die Gefahr dieser Krankheit sei eine evidente, und Redner, empfiehlt dem Kongresse in dieser Beziehung, in Form von Konklusionen, folgende Massregeln:

1. Den Gebrauch des Tuberculins als diagnostisches Hilfsmittel der bovinen Tuberkulose; dasselbe sei ein praktisches Mittel, von dessen Wirksamkeit er sich überzeugen konnte.

2. Das Verhindern einer Vermehrung derjenigen Thiere, an denen diese Massregel nicht vorgenommen wurde.

* * *

Ueber die praktischen Resultate der früheren Versammlungen des Tuberkulose-Kongresses.

Dr. L. H. Petit, der General-Sekretär des Kongresses berichtet über die praktischen Resultate, welche von den früheren Kongressen erzielt wurden.

Der erste Beschluss des letzten Kongresses, betreffend die Thierarzneikunde, war folgendermassen abgefasst: «Es ist geboten, dass alle Regierungen in ihre sanitären Reglements die wirksamsten Massregeln aufnehmen, um die Weiterverbreitung der bovinen Tuberkulose hintanzuhalten.»

Dieser Beschluss, der dem Ministerium für Bodenkultur und den verschiedenen ausländischen Regierungen übermittelt wurde, hat seine Früchte getragen, denn, wenigstens im Auslande, in Deutschlnd und in Amerika, wurden neue diesbezügliche Massregeln eingeführt.

Der zweite Beschluss, betreffend die Inspektionsdienste von Fleisch und Schlachthäusern, sowie auch der dritte Beschluss, betreffend die Entschädigung der Eigenthümer von tuberkulösen Thieren, die konfiszirt werden, — obgleich es sich hierbei um sehr

delikate Dinge handelt, — ist in einigen Ländern angenommen worden; in Deutschland und in Frankreich wurden die Prinzipien, die vom Kongresse aufgestellt wurden, in den in Vorbereitung vorhandenen Codex ruralis aufgenommen.

Was den sechsten Vorschlag des letztjährigen Kongresses betrifft, nämlich betreffend die Desinfektion der Lokalitäten, welche von Tuberkulösen bewohnt werden, so waren die diesbezüglichen erhaltenen Resultate ausserordentlich zufriedenstellend.

Zum Schlusse berichtet der General-Sekretär über den finanziellen Stand des Kongresses, der ein ziemlich zufriedenstellender ist.

Wir kommen in unseren weiteren Briefen auf manche interessante und wichtige Mittheilungen noch zurück. *R—x.*

Accademia Medico-Chirurgica in Neapel.

Sitzung vom 27. Juni 1893.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

De Renzi und ***Pane*** (Neapel): *Ueber die mikrobicide Wirkung der Elektricität.*

Die Autoren haben sich bei ihren Versuchen des galvanischen Stromes bedient. Es wurden verschiedene Bakterien (Staphylococcus, Erysipel, Milzbrand) in Fleischbrühe 8 Stunden lang gezüchtet. Der Kultur wurde dann eine Chlornatriumlösung hinzugesetzt. Auf diese Mischung, die man in eine vorher sterilisirte U-förmige Röhre gebracht, liess man den elektrischen Strom in verschiedener Intensität einwirken.

Auf Grund ihrer Versuche gelangen die Autoren zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die positive und negative galvanische Elektricität ist mit einem bakterientödtendem Vermögen ausgestattet, welches insbesondere am positiven Pole sich äussert.

Lange noch, nachdem die Einwirkung des galvanischen Stromes aufgehört hat, dauert die bactericide Wirkung fort. Am negativen Pole ist diese Eigenschaft der Elektricität nicht nur weniger ausgesprochen, sondern sie entwickelt sich auch viel langsamer als am positiven Pole. Wenn jedoch der Strom intensiv ist und die Bakterien spärlich, so erfolgt auch in der Umgebung des negativen Pols eine sofortige Sterilisirung der Flüssigkeit.

Bei hoher Temperatur ist die Vernichtung der Bakterien eine viel intensivere.

Diese mikrobicide Wirkung ist auf die chemische und elektrolytische Wirkung zurückzuführen.

(Diskussion über diesen Vortrag wurde auf die nächste Sitzung verlegt).

* * *

De Renzi (Neapel): *Ueber die Wirksamkeit der Elektricität bei Infektionskrankheiten.*

Obwohl man bereits wusste, dass die Applikation der Elektricität bakterientödtend wirkte, hatte man doch stets einige Bedenken in der Anwendung dieses Mittels, denn schwache und therapeutisch unwirksame Ströme veranlassten Röthe und Turgescenz an den betreffenden Körpertheilen, während stärkere Ströme (5 bis 15 Milliampères) heftige Schmerzen, Schorfbildung etc. nach sich ziehen.

Unter den verschiedenen Anwendungsmethoden hat sich noch das Apostoli'sche Verfahren als das beste erwiesen, das aber auch seine Nachtheile hat.

Die Methode De Renzi's gestattet die Anwendung stärkerer Ströme, die gut vertragen werden und keine unangenehmen Folgen nach sich ziehen. Die Methode besteht in der Applikation von zwei Baumwollkisschen, wovon das eine in Sodalösung getränkte an den positiven, das andere mit einer Weinsteinsäurelösung benetzte an den negativen Pol verbunden wird. Zur Anwendung des galvanischen Stromes nach dieser Methode bedarf es eines guten Galvanometers.

Der Vortragende hat nach dieser Methode mehrere Fälle von Pleuritis, Perikarditis und Lungentuberkulose behandelt. In 12 Fällen von Perikarditis und Pleuritis erzielte er 7 vollständige Heilungen und eine bemerkenswerthe Besserung; in 4 Fällen zeigte sich keinerlei Wirkung.

Die Heilung muss unbestritten auf die Wirkung der Elektricität zurückgeführt werden, denn es handelte sich um chronisch erkrankte Individuen, die bereits anderen Medikationen, ohne nennenswerthen Erfolg, unterworfen worden waren. Unter den 7 geheilten Fällen befanden sich zwei Pleuritiden tuberkulösen Ursprungs. Bei den 4 Fällen, in denen kein Erfolg erzielt wurde, handelte es sich um ein purulentes Exsudat, dessen Resorption äusserst langsam vor sich ging.

Zu bemerken ist, dass die therapeutische Wirkung der Elektricität sich sofort äussert, schon nach 2 oder 3 Applikationen ist eine bedeutende Verminderung des Exsudates nachzuweisen, so zwar, dass man behaupten kann, dass, wofern bei solchen Kranken nicht eine rasche Besserung eintritt, die Aussichten auf eine Heilung sich bedeutend verringern.

Aus seinen bisherigen Versuchen und klinischen Beobachtungen zieht De Renzi folgende Schlüsse:

Unter Beobachtung gewisser Cautelen und mittelst Baumwollelektroden werden intensive Ströme von der Dauer einer vollen Stunde und von einer grösseren Dichte als die bisher angewandten gut vertragen. Die sehr starken Ströme veranlassen nur eine leichte Röthung und geringe, leicht ertragbare Schmerzen.

Auch von Phthisikern wird die Elektricität gut vertragen, und wenn zuweilen Bluthusten aufgetreten ist, so war dieser nicht intensiver, als jener, der sich noch vor Beginn der elektrischen Behandlung manifestirt hat.

Kranke, die auf eine weitere Behandlung durch Elektricität verzichteten, haben sich verschlechtert.

Eine bemerkenswerthe Wirkung der Elektricität ist die Steigerung der Harnsekretion, was für eine grössere Ausscheidung von Krankheitsgiften, Leukomainen, Toxinen etc. von nicht unterschätzender Bedeutung ist.

Der galvanische Strom bedingt eine gesteigerte Oxydation und dadurch eine grössere Bakterienvernichtung.

Bei der grössten Zahl der Patienten stellt sich eine Zunahme des Körpergewichtes ein, ein Faktum, das z. B. bei phthisischen Individuen von der grössten Bedeutung ist.

Das Fieber wird fast immer günstig beeinflusst. Steigerung des Inspirations- und Expirationsdruckes wird regelmässig beobachtet.

Aus der mikroskopischen Untersuchung des Auswurfes geht hervor, dass die Tuberkelbacillen abnehmen; nur zu Anfang der Behandlung sind sie oft in sehr grosser Zahl vorhanden, was durch ihre grosse Ausscheidung erklärt werden könnte. Bei einem Kranken waren nach der Behandlung sämmtliche Tuberkelbacillen aus dem Sputum verschwunden.

Der Vortragende gibt zum Schlusse seiner Hoffnung Ausdruck, dass man bei einer besseren und vollkommeneren Wirkung der Elektricität einen entscheidenden und wohlthätigen Einfluss auf jeden Fall von Tuberkulose wird nehmen können. *Te.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Handbuch der chirurgischen Operationslehre.

Für praktische Chirurgen und Studirende.

Von **Frederik Treves,**

F. R. C. S, Chirurgen und Dozenten der Anatomie am London Hospital.

Aus dem Englischen von **Dr. med. R. Teuscher.**

Einzig autorisirte deutsche Ausgabe. — Mit 422 Abbildungen. — II. Band.

Verlag von Hermann Costenoble. Jena 1893.

Vor einigen Monaten haben wir den ersten Band von Treves' Operationslehre besprochen. Jetzt liegt das Werk vollendet vor. Es präsentirt sich nunmehr als ein recht vollständiges, umfassendes Handbuch der Operationslehre. Es dürfte wohl kaum eine wichtigere Operation in Treves' Werk unerwähnt geblieben sein. Gemeinsam ist allen Kapiteln die eingehende und zweckentsprechende Erörterung

der anatomischen Verhältnisse. Die einzelnen Operationsverfahren sind sehr anschaulich geschildert. Die Nachbehandlung findet ebenfalls entsprechende Würdigung und ist überall auf die wesentlichen Punkte das Hauptgewicht verlegt. Was nun die von TREVES erörterten Operationsmethoden betrifft, so sind es in erster Linie die englischen. Darunter sind allerdings sehr viele auch bei uns übliche Methoden, doch führen sie bei uns andere Namen, respektive es gelten als Erfinder ein und derselben Methode offenbar diesseits und jenseits des Kanales ganz verschiedene Leute. Andererseits sind aber bei manchen Operationen in England übliche Methoden beschrieben, die bei uns niemals ausgeführt werden, während die bei uns dominirenden Methoden nur nebenbei erwähnt werden. Der Uebersetzer hätte sich sehr grosse Verdienste um TREVES' Werk verdienen können, wenn er die bei uns resp. in Deutschland üblichen Methoden vorangestellt und die Nomenclatur der chirurgischen Methoden nach dem bei uns üblichen Schema fixirt hätte. Damit hätte er der Verbreitung des Werkes wesentlich Vorschub geleistet. Jedenfalls ist das Werk für den Fachchirurgen sehr brauchbar, weil TREVES' Buch Niemand, der darin nachschlägt, im Stiche lassen wird. Für die Studenten, d. h. für die bei uns und in Deutschland studirenden Mediziner ist schon wegen der differenten Nomenklatur das Buch nicht in erster Linie empfehlenswerth. Die Ausstattung ist sehr gut. Durch etwas geringeren Umfang und weniger ausschliesslich englische Ausdrucksweise hätte sich TREVES' Werk einen grösseren Leserkreis erwerben können. Aber jedenfalls möge es dem Fachchirurgen bestens empfohlen sein. *J. S.*

Entgegnung auf die in Nr. 27 dieses Blattes erschienene Kritik über den Nervenkreislauf.

Vom Verfasser des Buches **Dr. med. Kreidmann**, Altona.

Die Kritik über den «Nervenkreislauf» enthält manche Punkte, die nicht unwiderlegt bleiben dürfen. Es heisst da: .... die Wirbeldrüse nach Form, Lage u. s. w.; eine Wirbeldrüse im Gehirn kennen wir nicht, sondern eine Zirbeldrüse. Obwohl dieser Irrthum gewiss ein Druckfehler ist,*) so darf er nicht stehen bleiben, denn wer mit «amüsanten Theorien» kommt, der kann auch im Gehirn eine «Wirbeldrüse» entdecken. — Sodann meint der kritisirende Herr Kollege H., dass ich die Entdeckungen GOLGI's und RAMON Y CAJAL's nicht kenne. Wodurch kommt er denn zu dieser Behauptung? Offenbar durch den Umstand, dass ich die betreffenden Namen nicht citire. Nun, ich habe noch mehrere Namen (KÖLLIKER, DEIDERS, HENLE, WALDEYER u. s. w.) nicht citirt, warum hat mir die genannte Kritik nicht vorgeworfen, dass ich die Entdeckungen dieser Forscher nicht kenne? Dass ich gerade GOLGI's Arbeiten am besten kenne, geht aus der Zeichnung hervor, die auf Seite 83 meines Werkes zu sehen ist; diese Zeichnung ist der GOLGI'schen Arbeit entnommen. Der Vorwurf, den die Kritik mir macht, trifft gerade den Kritiker selbst. Entweder hat er die neuesten Arbeiten über die Nervenmikroskopie nicht gelesen, oder gelesen und nicht verstanden, sonst hätte er in der «Deutschen Medizinischen Wochenschrift» vom Jahre 1891 (Nr. 44, 45, 46, 49 und 50) **fast den ganzen Nervenkreislauf von Waldeyer gezeichnet gesehen.** Nicht ich, sondern J. v. GERLACH, PFLÜGER, KÖLLIKER, GOLGI, RAMON, LENHOSSEK und Andere haben den Nervenkreislauf, und zwar stückweise entdeckt. Für mich darf ich nur das Verdienst in Anspruch nehmen, die Entdeckungen jener grossen Männer im Sinne des Nervenkreislaufes gedeutet zu haben, mehr nicht! Jede Entdeckung eines Forschers führte ausnahmslos zu dem Schlusse, dass das, was früher als Nervenendigung galt, im Zusammenhang mit Ganglienzellen des Rückenmarkes oder Gehirnes steht, und dass diese Zellen selbst durch Ausläufer unter einander in Verbindung stehen. **Waldeyer** hat, wie erwähnt, fast den ganzen Nervenkreislauf gesehen und nur nicht richtig gedeutet. — Mit dem Mikroskope sind wir, selbst wenn die Technik noch um das Tausendfache verbessert werden sollte, bereits am Ende des Zieles, darüber hinaus kann das Mikroskop uns nicht belehren. Hätten wir mit derselben Technik den Blutkreislauf gesucht, so könnten wir auch hier nie zu einem besseren Resultate gelangen, als beim Nervenkreislaufe. Denn es hat noch bis jetzt keinen Forscher gegeben, und es wird nie einen solchen geben, der unter dem Mikroskope sehen könnte, wo das Capillar eines arteriellen Gefässes endet und wo das Capillar eines venösen Gefässes beginnt. Das Mikroskop führt uns nur bis zu einer bestimmten Grenze und lässt uns da im Stich. Wüssten wir nicht aus anderen Thatsachen her, dass es einen Blutkreislauf gibt, mit dem Mikroskope hätten wir ihn nie und nimmermehr entdeckt. Und dass es Thatsachen gibt, die mit mathematischer Nothwendigkeit auf das Vorhandensein eines Nervenkreislaufes hindeuten, habe ich in der bald zu erscheinenden zweiten Abtheilung des «Nervenkreislaufes» nachgewiesen.

Der kritisirende Herr Kollege H. macht sich über meine «amüsanten Theorien» lustig, ohne den Versuch zu machen, eine dieser «amüsanten Theorien» zu widerlegen. Der Herr Kollege hat noch gar nicht gesehen, wie ich bei mir zu Hause über die jetzt herrschenden Theorien lache. Herr Kollege H. hätte das Recht zu lachen, wenn er mir erklären könnte, was Hysterie, trophische Neurose, Epilepsie, Chorea minor, Dysmenorrhoe, Osteomalacie, Psychosen, Gangräna senilis u. s. w. u. s. w. seien; so lange er nicht zu erklären vermag, auf welcher Basis die genannten und noch eine grosse Reihe anderer Krankheiten beruhen, hat er nicht das Recht, über einen solchen Mann zu lachen, dessen Streben dahin geht, eine Erklärung für diese grausamen Plagen der Menschheit zu geben. Ich weiss wohl, Herr Kollege H. wird auch über diese Anmassung lachen; aber wer zuletzt lacht, lacht am besten. Ich habe mich nicht am grünen Tische um Erklärungen für die gedachten Krankheiten abgeplagt, wer dies thut, macht sich am meisten lächerlich, sondern ich habe versucht, an der Hand des Nervenkreislaufes jene Krankheiten zu erklären; ist diese Erklärung richtig, so muss sie uns auf Mittel und Wege leiten, die das Entstehen jener Krankheiten verhüten, oder dieselben bis zu einem gewissen Grade beseitigen können. Mehr als zehn Jahre habe ich diesen Weg verfolgt und bin zu Resultaten gelangt, die selbst einem Kollegen H. imponiren könnten. Meine Theorien sind also nicht «amüsant», sondern einem Streben entsprungen, das vielleicht Herr Kollege H. gar nicht kennt. Der Zweck meines Werkes war weder zu «amüsiren», noch die Unsterblichkeit zu erreichen, sondern einzig und allein der, der ärztlichen Welt zu zeigen, dass der Nervenkreislauf auf eine bis jetzt ungeahnte Bahn der wirklich rationellen Therapie leitet. Ich wollte nicht, dass die Geschichte einst über mich den Stab breche, wie über jenen französischen Schuften, der die geburtshilfliche Zange erfunden hat und sie der Welt nicht preisgeben wollte. Diesen Zweck haben ich nun vollständig erreicht: Ich habe jetzt in der ärztlichen Welt eine grosse Anzahl Anhänger, die über mein Werk ganz anders denken, als Herr Kollege H. Diese Anhänger werden gewiss bald die zweite und dritte Abtheilung (letztere enthält die Therapie der chronischen Krankheiten) meines Werkes lesen und meine Behandlungsweise nachprüfen. Meine Behandlungsmethode wird also bald Gemeingut solcher Aerzte werden, die entweder selbst leidend sind, oder es mit ihrem Berufe ernst meinen und von der absoluten Machtlosigkeit der jetzigen ärztlichen Kunst einen klaren Begriff haben.

Es steht bei mir ganz ausser Zweifel, dass die verehrten Leser dieses Blattes mein Werk, welches so schmeichelhaft hier kritisirt wurde, nicht lesen werden; sie haben ja Schwarz auf Weiss gesehen, dass ich «amüsante Theorien» zum Besten gegeben habe. Mir entsteht daraus nicht der geringste materielle Schaden. Hätte man jenen Wiener Professor, der an Gangräna senilis litt, nach meiner Methode (veröffentlicht in der «Allgemeinen medizinischen Centralzeitung», August 1886) behandelt, so wäre er gewiss mit einem ganzen Bein davongekommen; er ist nach der «modernen Therapie» behandelt worden, wahrhaftig nicht mir zum Schaden. Mich kümmert es blutwenig, ob einige Dutzend mehr oder weniger

*) Selbstverständlich war dies ein Druckfehler und wurde gewiss auch von jedem Leser als solcher aufgefasst. (Die Redaction.)

Aerzte zum Pfarrer Kneipp in die Schule gehen, um bei ihm das bischen Therapie zu erlernen, was sie auf der Hochschule beim besten Willen nicht erlernen konnten. Noch weniger kümmert es mich, ob die verehrten Leser dieser Zeitung auch fernerhin vom grossen Schatze **Nihil** oder von der Alles kurirenden «**exspectativen Therapie**» den ausgiebigsten Gebrauch machen würden. Ich musste nur meine Pflicht als Mensch erfüllen; lacht mich die Kritik aus, und verschmähen darauf die Herren Kollegen, meine «amüsanten Theorien» zu lesen, so trifft mich absolut keine Schuld; ob ich nicht über die «moderne» Heilmethode noch mehr lache, wie der Herr Kollege H. über meine «amüsanten Theorien», ist eine Frage, die ich hier unerörtert lassen möchte.

Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters

(im Anschlusse an die Little'sche Krankheit).

Beiträge zur Kinderheilkunde aus dem I. öffentlichen Kinderkrankheiten-Institute in Wien. — Neue Folge III.

Von **Dr. S. Freud.**

Verlag von Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Die vorliegende Arbeit bildet eine Fortsetzung der von demselben Autor im Vereine mit Dr. Rie 1891 herausgegebenen «Klinischen Studie über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder». Ihren Gegenstand bilden die damals ausgeschiedenen doppelseitigen Cerebralaffektien der Kinder, die Freud als cerebrale Diplegien bezeichnet. — Nach einer historischen Einleitung, wobei insbesondere auf die grundlegenden Arbeiten Little's Rücksicht genommen wird, geht Verfasser daran, eine Schilderung der cerebralen Diplegien auf Grundlage von 53 eigenen Fälle zu geben.

Er theilt seine Fälle in eine ganze Reihe von Untergruppen ein, deren wichtigsten die typische allgemeine Starre, die paraplegische Starre (vorwiegende Betheiligung der unteren Extremitäten), bilaterale Hemiplegien (mit deutlichen Lähmungserscheinungen) und die bilaterale, respektiv eallgemeine Chorea-Athetosis darstellen; wir möchten hier besonders hervorheben, dass Verfasser mit Recht all' die genannten Formen als zusammengehörig und eine ununterbrochene Reihe darstellend auffasste.

In der zusammenfassenden Darstellung der Symptomatologie finden sich interessante und neue Einzelnheiten, — bezüglich der Aetiologie theilt Freud die Fälle unter Anerkennung der Littleschen Aetiologie (erschwerte Geburt) für eine grosse Reihe von Fällen ein in foetal bedingte, durch den Geburtsakt bedingte und in extrauterin entstandene. — Fraglich erscheint uns, ob nach dem vorliegenden Materiale die Ansicht, dass ein Zusammenhang zwischen einzelnen Symptomengruppen und bestimmten ätiologischen Momenten bestehe, sich beweisen lasse; die Ausführungen des Autors machen hier keinen ganz überzeugenden Eindruck. Die Erörterung der pathologischen Anatomie kann sich, da Verfasser über eigene Befunde nicht verfügt, nur auf eine kritische Zusammenstellung der in der Literatur verzeichneten Befunde beschränken. — Dieser Umstand bietet auch für das Kapitel über die pathologische Physiologie der cerebralen Diplegien Schwierigkeiten, soferne man hier neue grundlegende Ideen zur Auffassung dieser Krankheiten erwarten sollte. An Einzelnheiten findet sich freilich auch hier des Interessanten genug, z. B. über die Bedeutung und Pathogene des Strabismus bei der cerebralen Diplegie, die Erklärung für das Ueberwiegen der Starre über die Lähmung aus der vorwiegend oberflächlichen Betheiligung des Gehirnes u. s. w.

Kapitel über hereditäre und familiäre Formen mit eigenen Beobachtungen, über Differentialdiagnose, Verlauf der Fälle, Tabellen, ein ausführliches Literaturverzeichniss schliessen die lesenswerthen Abhandlungen. *R.*

Zeitungsschau.

Dr. James Israel: Ueber einen Fall von Nierenexstirpation wegen Ureteritis. Vortrag, gehalten in der Berliner medizinischen Gesellschaft, 7. Juni 1893. (Berliner Klinische Wochenschrift. Nr. 27, 1893.)

Der Vortragende stellt einen Kranken vor, bei dem er wegen Nierenkolik in Folge von Ureteritis die linke Niere exstirpirte.

Der 28jährige Mann litt seit 8 Jahren an häufigem Harnlassen, Blasenschmerzen, später an ungemein heftigen linksseitigen Nierenkoliken, die zuletzt circa 3 Mal in der Woche auftraten und nur mit Morphium bekämpft werden konnten.

Bei der Aufnahme ins Krankenhaus bestanden Nierenblutungen, abwechselnd katarrhalisch getrübter, dann wieder zeitweise ganz klarer Harn, ungemeine Empfindlichkeit der linken Niere und des Ureters in seinem ganzen Verlaufe.

Diese Symptome mit der Anamnese zusammengehalten, liessen die Anwesenheit eines Nierensteines vermuthen.

Bei der auf Grund dieser Annahme ausgeführten Operation wurde die ganze Niere von der Convexität bis in das Nierenbecken gespalten, jedoch kein Stein gefunden. — Da nach Heilung der Operationswunde die Beschwerden nur noch grösser wurden, unternahm Verfasser, nachdem die cystoskopische Untersuchung an der Blasenmündung des Ureters normale Verhältnisse festgestellt hatte, eine zweite Operation, bei welcher der Ureter extraperitoneal freigelegt und von der Nierenbeckenwunde aus sondirt wurde, wobei sich kein mechanisches Abflusshinderniss, sondern nur eine bedeutende Verdickung des Ureters und Anwachsung desselben an die Beckenwand ergab. Es wurde versucht, zuerst den Urin durch die künstliche Nierenbeckenfistel nach aussen zu leiten. Da aber dies auf die Schmerzen ohne Einfluss war, wurde die trotz normalen Volumens nicht unerheblich hydronephrotisch veränderte Niere exstirpirt. Damit hörten sofort die Koliken auf, der anfangs noch trübe, bluthältige Harn wurde nach längerer Zeit normal, das häufige Harnlassen verschwand. Patient ist nunmehr vollständig geheilt. Die demonstrirte Niere zeigt an Stelle der zuerst ausgeführten Incission keine merkbare Narbe, sondern nur eine seichte Rinne, ein sehr interessantes Beispiel für die leichte Heilbarkeit der Wunden des Nierenparenchyms.

Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Ureterstückes ergab die Diagnose Ureteritis: 3—4 fache Verdickung der Wand, und zwar am meisten der Schleimhaut, die ausserdem vielfach vom Epithel entblösst, von Rundzellen infiltrirt und reich vascularisirt erscheint; die Muscularis ist auch verdickt, aber hauptsächlich durch massenhaftes neugebildetes Bindegewebe, das sich zwischen die Muskelbündel eingeschoben hat.

Die Schmerzhaftigkeit im Verlauf des Ureters und die Hämaturie erklärt sich leicht aus der Entzündung und reichlichen Vascularisation. Die Koliken jedoch, die sonst nur Folge des durch ein Hinderniss für den Harnabfluss gesteigerten intrarenalen Druckes sind, schienen bei der vollen Durchgängigkeit des Ureters nicht so leicht erklärlich. Wenn man aber bedenkt, dass der Harnleiter kein einfaches Abflussrohr für den Urin darstellt, sondern durch regelmässige Muskelkontraktionen den Harn mit Kraft periodisch in die Blase spritzt, wird man einsehen, dass es hier, wo diese Thätigkeit des Ureters durch die Entzündung desselben, die Adhäsionen an die Umgebung, Einlagerung von Bindegewebe zwischen die Muskelbündel und Auseinanderdrängung derselben beeinträchtigt war, die Harnausscheidung infolgedessen auf den geringen Sekretionsdruck der Niere und die Kontraktilität des Nierenbeckens angewiesen, also unbedingt verlangsamt war, zur Stauung, zur Erhöhung des intrarenalen Druckes und bei schnellem Ansteigen desselben zu Kolikschmerzen kommen musste. Hiezu kam noch die in Folge der häufigen Harnentleerungen gesteigerte Harnproduktion, die in Folge des geringen Volumens der Niere leicht eintretende Stauung und Druckerhöhung etc.

Die einfache Nephrotomie und Leitung des Harnes nach aussen hätte hier nicht zum Ziele geführt, der so veränderte Ureter

hätte nur mit Stenosirung ausheilen können, die Nierenbeckenfistel wäre niemals zum Verschluss gekommen und hätte den der arbeitenden Klasse angehörigen Mann zeitlebens arbeitsunfähig gemacht.

B. S.

Dr. E. Aron (Berlin), Assistenten am jüdischen Krankenhause. **Was können wir uns von der Sauerstoff-Therapie versprechen?** (Deutsche mediz. Wochenschrift Nr. 27. 1893).

Die Sauerstoff-Therapie ist kein Kind der Neuzeit, sie reicht bis auf PRIESTLEY, den Entdecker des Sauerstoffes zurück.

Man ging von der Anschauung aus, dass durch Zuführung reinen Sauerstoffes die Oxydationsvorgänge und damit der Stoffwechsel lebhafter werden müsse, wie etwa eine Flamme im reinen Sauerstoff viel stärker und intensiver brennt. — Heutzutage jedoch hat man erkannt, dass nicht der Sauerstoff als solcher die Ursache der Verbrennungsvorgänge im Thierkörper ist, sondern man diese in den Zellen des Körpers suchen müsse. «Die Thätigkeit der Zelle regulirt die Zersetzungsvorgänge der höher organisirten Stoffe, der Albuminate, Kohlenstoffe und Fette und der Sauerstoff tritt erst sekundär in die Zersetzungsprodukte dieser ein, um dieselben schliesslich zu Kohlensäure und Wasser zu oxydiren.»

Der Sauerstoff wird vom Blute nicht einfach absorbirt, sondern er wird von dem in den rothen Blutkörperchen vorhandenen Hämoglobin aufgenommen und chemisch im Oxyhämoglobin gebunden.

Es hängt also die Sauerstoffaufnahme nicht von der Menge des dargebotenen Sauerstoffes, sondern von der Menge des vorhandenen Hämoglobins ab, das ebensoviel Sauerstoff bindet als es chemisch zu binden im Stande ist, wobei es ganz gleichgiltig ist, ob es den Sauerstoff der atmosphärischen Luft oder etwa einer reinen Sauerstoffatmosphäre entnimmt.

Bei Chlorose, wo die Menge des Hämoglobins in den rothen Blutkörperchen vermindert ist, wird also die empfohlene Zuführung reinen Sauerstoffs nicht die Aufgabe der Therapie sein, sondern die Vermehrug des Hämoglobins, dessen Produktion durch die Sauerstoffinhalationen in keiner Weise beinflusst wird.

Aehnliche Deductionen werden auch bei anderen Krankheiten die Sauerstofftherapie vom theoretischen Standpunkt überflüssig erscheinen lassen.

Die Annahme, dass der Sauerstoffgehalt der atmosphärischen Luft nicht genügt, um sämmtlich vorhandenes Hämoglobin damit zu sättigen, wird dadurch hinfällig, dass nicht einmal der in der atmosphärischen Luft dargebotene Sauerstoff vollständig verbraucht wird, sondern ein Theil desselben in der Exspirationsluft erscheint. Zufuhr von reinem Sauerstoff würde also nur den Gehalt der ausgeathmeten Luft an diesem steigern und demgemäss für die Zelle des Organismus ganz belanglos sein.

Die im Blutplasma vorhandene, absorbirte, verschwindend kleine Menge könnte bei Einathmung von reinem Sauerstoff allerdings gesteigert werden. Dieser Ueberschuss wurde jedoch, da die Zellen auch unter gewöhnlichen Umständen für ihren Verbrauch genügend Sauerstoff aufnehmen, den Körper bald als überflüssiger Ballast verlassen, bevor er Zeit hätte eine Chlorose, Anämie, Asthma, Diphtheritis, Phthisis pulmonum etc. zu heilen.

Versuche an Thieren (LAVOISIER, REGNAULT und REISET) ergaben bei Einathmung von reinem Sauerstoff keine Steigerung der Sauerstoff-Aufnahme.

Neuere Versuche am gesunden Menschen von SPEIK ergaben eine gewisse Steigerung für eine kurze Zeit (etwa 5 Minuten), doch zeigte sich die ausgeathmete Kohlensäure nicht vermehrt, ein Beweis, dass trotz grösserer Sauerstoffaufnahme die Oxydationsprozesse im Körper nicht zugenommen hatten.

An kranken Menschen angestellte Versuche bewiesen, dass der Organismus befähigt ist, bei den verschiedensten Erkrankungen in vollkommenster Weise sein Sauerstoffbedürfniss zu decken, so dass in dieser Beziehung der kranke Körper dem gesunden als völlig gleichwerthig zu betrachten ist, womit wieder die Sauerstoffinhalationen als therapeutisches Mittel hinfällig werden.

Die Einwirkung komprimirter Luft hat ganz andere Gründe als die relativ grosse Sauerstoffmenge; in Folge Kompression der Darmgase tritt das Zwerchfell tiefer und entfaltet sich die Lunge, wobei eine stärkere Muskelthätigkeit und damit eine im Organismus begründete Steigerung der Oxydationsprozesse auftritt.

Nachdem die Sauerstofftherapie also weder durch theoretische Ueberlegungen noch durch Experimente begründet ist, müsste man, wenn die Erfahrung für sie spräche, irgend eine räthselhafte Einwirkung des Sauerstoffs annehmen. Das ist jedoch gar nicht nothwendig.

Die Sauerstofftherapie ist bei so vielen und verschiedenartigen Krankheiten empfohlen worden (Verf. zählt eine grosse Anzahl dieser Krankheiten auf), dass man schon aus diesem Grunde kein rechtes Vertrauen gewinnen kann und wohl zur Vermuthung gelangt, dass hier gar manchmal der falsche Schluss: post hoc ergo propter hoc seine Hand im Spiel gehabt.

Der Verf. schliesst mit einem ausführlichen Literaturverzeichniss über diesen Gegenstand. *B. S.*

M. Muret (Strassburg i. E.) **Hyperemesis gravidarum und Hysterie im Allgemeinen.** (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6, 1893. — Centralblatt für Gynäkologie, Nr. 26, 1893.)

Seitdem KALTENBACH darauf aufmerksam gemacht hat, dass die Hyperemesis gravidarum eine funktionelle Neurose, ein hysterisches Symptom sein kann, ja nach seiner Ansicht in der Regel ist, sind nur wenige kasuistische Mittheilungen veröffentlicht worden, welche diese Annahmen bestätigen. MURET bringt eine solche.

Bei einer phthisisch belasteten III-Gravida, welche sonst gesund, $^1/_4$ Jahr vor ihrer Aufnahme in die Strassburger Frauenklinik an Magenkatarrh gelitten hatte, erkrankte in der 6. Woche der Schwangerschaft an unstillbarem Erbrechen, welches zu ausserordentlich schneller Abmagerung und Abnahme der Brüste führte. Kleiner sehr frequenter Puls; trockene Zunge; spärlicher Urin mit mässigem Eiweissgehalt. Wegen Anteflexio des im dritten Monate graviden Uterus wurde ein MAYER'scher Ring eingelegt. Eismilch. Nährklystier. Belladonna, Chloralhydrat, Cocain etc. nach einander ohne Erfolg. Stete Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Fortwährende Salivation. Körpergewicht nur noch 65 Pfund.

Nach einmaliger Magenausspülung sofortige eklatante Besserung. Hungergefühl. Patientin isst Schleimsuppe, nach einigen Stunden gebratenes Huhn; leichter Wein. Kein Erbrechen; auch keine Salivation mehr. Auch das psychische Verhalten der Patientin ein ganz anderes. Als wieder etwas Aufstossen auftritt, abermalige Magenausspülung. Fortschreitende Besserung. Patientin kann bald jede Speise vertragen. Kein Rückfall. Starke und sehr schnelle Zunahme des Körpergewichts.

MURET sieht in der Hyperemesis auch dieses Falles das Symptom einer schweren hysterischen Magenneurose. Den überraschend schnellen Erfolg der Magenausspülung führt er nicht nur auf die successive Wirkung derselben zurück, sondern nimmt an, dass die Irritabilität der Magennerven durch den plötzlichen schlagartigen Eingriff herabgesetzt wird.

Verfasser wendet sich dann zu der Frage, ob die sog. sympathischen oder hysterischen Affektionen, wie Erbrechen, Kopfweh, Kardialgien etc., welche so häufig mit Sexualleiden vergesellschaftet sind, als Reflexneurosen, von den Genitalien ausgehend, oder als Symptome einer allgemeinen Neurose, welche gelegentlich auch das Bild eines Sexualleidens hervorrufen kann, aufzufassen sind. Er beantwortet sie dahin, dass es unzweifelhaft solche hysterische Reflexneurosen, von der Genitalsphäre ausgehend, gibt, dass aber auch häufig das gynäkologische Leiden Symptom einer allgemeinen Neurose ist. In diesen letzteren Fällen muss jene vor Allem behandelt werden. Eine lokale Behandlung der Sexualorgane kann hier oft nicht nur nutzlos, sondern geradezu schädlich sein.

Autokrator: Kontraktionen beim Tetanus. (Centralblatt für klinische Medizin. Nr. 27, 1893.)

Nach einem kurzen Résumé der neueren Arbeiten über den Tetanus schildert Verfasser seine an verschiedenen Thierspecies angestellten Versuche, welche Folgendes ergaben:

1. Die lokale Kontraktion, welche bei Thieren, in der ersten Periode des Tetanus erzeugt, durch Inokulation der Kultur in die

hintere Extremität auftraten, verschwinden, wenn man das Rückenmark in der Gegend der Lumbalanschwellung zerstört oder durchschneidet; diese Kontrakturen treten nicht auf, wenn die Tetanuskultur nach voraufgegangener Zerstörung dieser Rückenmarksstelle injicirt wird.

2. Diese Kontrakturen verschwinden auch nach Durchschneidung der sensiblen Wurzeln oder nach Durchschneidung der sensiblen und motorischen Wurzeln oder der peripheren Nerven.

3. Unter dem Einfluss subkutaner Cocaininjektionen bemerkt man eine momentane Abschwächung der lokalen Kontrakturen.

Diese Ergebnisse beweisen, dass die Kontrakturen bei Tetanus reflektorischen Ursprungs sind, ausgehend von einer nervösen Reizung. Ob diese Reizung auf die sensiblen Haut- oder Muskelnerven wirkt, muss vorläufig unentschieden bleiben.

Friedr. Carl Facklem: Die Resultate der wegen Nierenphthise vorgenommenen Nephrotomien und Nephrectomien. (LANGENBECK's Archiv. Bd. 45.)

Eine äusserst genaue Zusammenstellung der Literatur nebst Beifügung neuer Fälle aus den Kliniken von MADELUNG, RIEDEL, REUSNER und NEUBER. Es geht zunächst daraus hervor, dass Frauen viel öfter (70%) wegen Nierenphthise operirt werden als Männer. Die Diagnose war vor der Operation in circa 50% der Fälle richtig gestellt worden, in den übrigen Fällen wurde die tuberkulöse Natur des Nierenleidens erst während der Operation sichergestellt. Verwechselt wurde die Nierenphthise mit Nierensteinen, Pyonephrose und Neoplasmen. Was nun die Operationsresultate betrifft, so ergibt die Nephrotomie sehr unbefriedigende, noch schlechtere die einer Nephrotomie folgende Nephrectomie. Hingegen ergibt die sofortige, extraperitoneal auszuführende Nephrectomie bei einseitiger Erkrankung auch in vorgeschrittenen Fällen gute Resultate, indem sie schmerzlindernd und lebensverlängernd wirkt und manchmal zu dauernder Heilung führt.

J. S.

Dr. A. Mercklin, II. Arzt der Irrenanstalt Lauenburg i. P.: **Bemerkungen über die Schutzapparate der Paranoischen und die psychische Beeinflussung der Hallucinationen.** (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Juni 1893.)

In den meisten Fällen von chronischer Paranoia finden sich Hallucinationen der verschiedensten Art: meist Gefühls- und Gehörstäuschungen, weniger häufig Geruchs- und Geschmacks-, sehr selten Gesichtstäuschungen. Die Kranken, die von diesen Sinnestäuschungen ungemein geplagt werden, erfinden und konstruiren oft die merkwürdigsten Apparate und Vorrichtungen, um sich dagegen zu schützen.

Verfasser führt verschiedene Beispiele an: Ein Mann, der elektrische Ströme in seinen Armen zu fühlen glaubte, die seine Arme erhoben und ihn zu Misshandlungen des eigenen Gesichtes führten, hatte sich einen ledernen Gürtel selbst angefertigt, an dem seine Vorderarme so befestigt waren, dass sie zum Gesicht nicht erhoben werden konnten; ein zweiter Kranker hatte sich eine 12 Kilogramm schwere Rüstung aus verschiedenen Eisenbestandtheilen zusammengestellt, um sich gegen seine Verfolger zu schützen; 2 Frauen, die sich die Ohren vielfach verbanden und verschlossen, die eine, weil sie fürchtete, dass ihr Gift in die Ohren gespritzt werde, die andere, weil sie das Eindringen der schädlichen atmosphärischen Luft verhüten wollte u. A.

Zahlreiche Beobachtungen lehren, dass nicht die thatsächlichen Veränderungen der peripheren Einwirkungen durch diese Schutzvorrichtungen es sind, die den Kranken Erleichterung bringen, sondern dass es sich hiebei um ein Sichselbsteinreden, um Autosuggestion handelt.

Auf einem ähnlichen psychischen Vorgang beruht ja auch das gläubige Tragen von Amuletten und ähnlichen sympathetischen Schutzmitteln, wie sie der Aberglaube zahlreich erfunden hat und das Vorkommen ähnlicher Schutzapparate bei nicht paranoischen Patienten, die längere Zeit an hypochondrischen Empfindungen leiden.

Da die Erleichterung, die sich die Paranoischen auf diese Weise verschaffen, nur eine vorübergehende ist, die peinlichen Empfindungen, die auf der einen Seite fortsuggerirt sind, bald auf anderen Gebieten wieder auftreten, die Kranken bei der Ausbildung von Schutzapparaten sich immer mehr isoliren und durch ihr Aeusseres Anstoss erregen, so muss man ihren Bemühungen in der genannten Richtung entgegentreten und sie durch planmässige Beschäftigung, wie sie die moderne Anstaltsbehandlung pflegt, von ihren peinigenden Sinnestäuschungen ablenken und sie dadurch vor fortschreitendem geistigen Niedergang möglichst bewahren.

B. S.

Aus der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik des **Prof. Dr. Madurowicz** in Krakau.

Dr. Ludwik Switalski, Eleve der Klinik: **Dermatol in der Gynäkologie und der Geburtshilfe.** (Nach einem der Redaktion eingesandten Separat-Abdruck.)

In chemischer Beziehung ist Dermatol ein basisches Salz, eine Verbindung von Gallussäure mit Wismuth.

Die antiseptische Wirkung des Mittels soll nicht bedeutend sein; jedoch haben die diesbezüglichen von BLUHM angestellten Versuche ergeben, dass die Entwicklung vieler Mikroorganismen gehemmt wird, dass die Eiterkokken (Staphylokokken und Streptokokken) vernichtet werden. STONE behauptet, dass das Dermatol die Entwicklung der Mikroorganismen in der Weise hemmt, dass es den Nährboden entwässert; anderseits soll es, ähnlich wie Jodoform, mit den Stoffwechselprodukten, den Ptomainen, sich chemisch verbinden und dieselben unschädlich machen. Seine austrocknende, die Sekretion herabsetzende und einhüllende Wirkung kann durch kein anderes Mittel ersetzt werden, und dank diesen Eigenschaften bringt Dermatol in vielen Fällen grossen Nutzen; die Geruchlosigkeit, die Reizlosigkeit und Unschädlichkeit, sogar bei Anwendung grosser Quantitäten gibt ihm den Vorzug vor Jodoform, welchem es nur in Bezug auf die desodorirende Wirkung nachsteht. Die dem Dermatol zugeschriebene haemostatische Wirkung ist zu klein und kann nicht in Erwägung kommen.

In der Gynäkologie kann das Dermatol namentlich nach operativen Eingriffen an der Portio vaginalis, der Scheide, am Perineum und in der Bauchhöhle mit Erfolg angewendet werden. Nach palliativen Operationen des Carcinoms der Portio, d. h. nach Auskratzung oder Entfernung der Neugebilde und Anwendung des Pacquelin'schen Thermokauters wirkt das Dermatol günstig, indem es die raschere Abhebung des Schorfes erleichtert, die Bildung der Granulationen und die Vernarbung beschleunigt, daber aber die Sekretion bedeutend herabsetzt. Auf carcinomatöse Geschwüre direkt angewendet übt es keinen Einfluss aus.

Im Allgemeinen erwies sich das Dermatol in allen denjenigen Fällen, wo zur Vernichtung des Gewebes der Thermokauter gebraucht wird, wo also gewöhnlich die Abhebung der Schorfe sehr langsam vor sich geht und der Heilprozess lange Zeit in Anspruch nimmt, als ein sehr günstiges den Heilprozess bedeutend abkürzendes Mittel.

Verf. hat das Dermatol zu dem oben erwähnten Zwecke nach Krebsoperationen am Scheidentheile; nach Excision und Cauterisation des Clitoriskrebses und nach Cauterisirung der an den Rändern des äusseren Muttermundes befindlichen papillären Erosionen angewendet; in allen diesen Fällen war die Wirkung sehr hervorragend.

Auf die Heilung flacher Erosionen im Verlaufe von Endometritis übt es einen unbedeutenden Einfluss aus.

Nach verschiedenen Operationen der Scheide (Kolporrhaphie, Blasen-Scheidenfistel, Scheidenverengerung) trägt Dermatol durch seine austrocknende und einhüllende Wirkung zur raschen und sicheren Heilung bei.

Nach seinen oben erwähnten Eigenschaften zu urtheilen wäre anzunehmen, dass es als ein Mittel, das in Form von Tampons angewendet, bei der Behandlung akuter Entzündungen der Scheidenschleimhaut vorzügliche Dienste leisten werde; in dieser Hinsicht konnte Verf. leider das Mittel wegen Mangel entsprechender Fälle nicht versuchen.

Bei Anwendung auf die frisch genähte Laparotomie-Wunde dringt das Dermatol in alle Spalten und Oeffnungen der Nähte ein und schützt so die Wunde vor Infektion viel besser als das bis nun angewandte Jodoform.

In der Geburtshilfe leistet Dermatol ebenfalls sehr gute Dienste bei Excoriationen, die sich besonders häufig bei Primiparen während des Hervortretens des Kindeskopfes an dem unteren Scheidentheile, am Scheideneingange und an den kleinen Labien bilden, wie auch bei Rupturen des Bändchens.

Die oben erwähnten Verletzungen, die nicht selten den Ausgangspunkt für puerperale Geschwüre, wie auch die Pforte für den Eintritt pathogener Mikroben bilden, heilen unter dem Einfluss des Dermatols viel rascher, in 3—5 Tagen; auch werden sie durch Dermatol vor Infektion geschützt. Das auf die Excoriationen etc. gestreute Dermatol bildet eine fest anliegende Schicht, eine Art Schorf, über welchen die Lochien ungestraft abfliessen können. Erst in dem Masse wie sich die Stellen mit Epithel bedecken, fällt das Dermatol herunter, und die betreffenden Stellen stechen dann von der Umgebung durch ihre blässere Farbe ab.

Zu diesem prophylaktischen Zwecke verwendet Verf. gegenwärtig in der Klinik das Dermatol bei allen Wöchnerinnen, bei denen während der Geburt Excoriationen entstehen, mit sehr befriedigenden Resultaten und Verf. möchte aus diesem Grunde die Anwendung des Dermatols besonders in der Privatpraxis empfehlen, wo die Reinhaltung nicht so leicht, wie in den Anstalten, möglich ist, wo also eine Infektion viel leichter entstehen kann.

Auf bereits ausgebildeten puerperalen Geschwüren angewendet beschleunigt es deren Reinigung und Heilung.

Nach der Zusammennähung des während der Geburt entstandenen Darmrisses beschleunigt das Dermatol das Zusammenwachsen der Wundränder, indem es sie vor den abfliessenden Lochien schützt.

Zum Schlusse sei erwähnt, dass in einigen Fällen von Nabel-Geschwüren, die in Folge anormaler Eintrocknung und Ablösung der Nabelschnur entstehen, dass Dermatol sich als ein sehr erfolgreiches Mittel erwiesen hat, da eine zweimalige Anwendung rasche Vernarbung des Nabels herbeiführte.

Die Dermatolgaze wandte Verf. mit Nutzen entweder an Stelle der Jodoformgaze oder in Fällen an, in denen in Folge eintretender Jodoformintoxications-Erscheinungen die Jodoformgaze entfernt werden musste.

Was die Anwendungsweise des Dermatols betrifft, so muss dasselbe, wenn die Wirkung sicher sein soll, vor Allem in dicker Schichte auf die entsprechende Stelle, die vorher vollständig trocken gemacht werden muss, gestreut werden. Wird diese Vorsicht nicht geübt, so haftet das Mittel nicht fest an der Unterlage an, und wird bei Wöchnerinnen durch die abfliessenden Lochien weggespült.

Am besten ist es, das Dermatol mit einem Pinsel aufzutragen, oder an schwer zugänglichen Stellen, z. B. an der Portio vaginalis, in Dermatol gut eingetauchte Dermatolgaze einzulegen.

Neben reinem Dermatol hat Verf. auch eine Mischung von Dermatol 80%, Jodoform und Borsäure aa 10% angewendet. Diese Zugabe, welche die günstigen Vorzüge des Dermatols nicht beeinträchtigt, seine antiseptische Wirkung aber steigert, erwies sich als sehr gut und der schützende Schorf, der aus dieser Mischung gebildet wird, liegt noch fester an, als derjenige aus reinem Dermatol.

Stepanow: Die Anwendung hoher Temperaturen bei der Behandlung von lokalen Hautaffektionen und Ulcerationen.
(Petersb. mediz. Wochenschrift. 1893.)

STEPANOW hat Versuche über die therapeutische Anwendung der Hitze angestellt und kommt zu sehr günstigen Resultaten. Unter der Einwirkung der Hitze heilen Geschwüre schneller als unter jeder anderen Therapie. Diese günstige Wirkung ist an luetischen und nicht luetischen Ulcerationen in gleich hohem Masse konstatirbar. Diese günstige Wirkung beruht auf der besseren Cirkulation und Ernährung in den derart behandelten Theilen. Lokale Kongestionen verschwinden rasch unter Einfluss der Hitze. Diese wirkt als Sedativum und zwar um so besser, je länger sie einwirkt. Die beste Methode zur Applikation der Hitze ist ein System von mit heissem Wasser gefüllten Röhren.

Dr. A. Brieger: Die Hernien des Processus vermiformis
(Langenbeck's Archiv, Bd. 45.)

BRIEGER kommt auf Grund von Literaturstudien und von Erfahrungen, die er an der Breslauer chirurg. Klinik zu sammeln Gelegenheit hatte, zu folgenden Schlüssen. 1. Die Hernien des Processus vermiformis sind häufiger als allgemein angenommen wird. 2. Es ist unmöglich, eine Hernie des Processus vermiformis mit Sicherheit zu diagnosticiren. An die Möglichkeit eines incarcerirten Wurmfortsatzbruches ist besonders bei wenig ausgesprochenen Incarcerationserscheinungen bei rechtsseitigen Leisten- und Schenkelbrüchen zu denken. 3. Es kommt den Wurmfortsatzbrüchen eine schwere Bedeutung insofern zu, als der Processus vermiformis häufig pathologischen Veränderungen anheimfällt, die den Bruch mehr oder minder compliciren. 4. Es verlangen diese Brüche, auch die irreponiblen, ein frühzeitiges operatives Eingreifen wegen der von Seiten des Processus vermiformis drohenden Komplikationen. 5. Die Operation wird fast ausnahmslos in Resektion des Gebildes und Verschluss des offenen Lumens durch Manchettenschnitt und Naht in der von Herrn Prof. MIKULICZ geübten Weise bestehen müssen; nur bei ganz normalem Appendix darf reponirt werden.

S.

Prof. Kolaczek (Breslau): Zur Behandlung des Erysipels.
(Centralblatt für Chirurgie, Nr. 28, 1893.)

Verfasser bedeckt den ganzen vom Erysipel befallenen Hautabschnitt bis etwa handbreit in die normale Umgebung hinein mit einem in 5%ige Karbollösung getauchten Stück Gummipapier und sorgt durch Auflegen einer Watteschicht und feste Bindeneinwicklung dafür, dass dasselbe der Haut recht innig und faltenlos anlag. Nach 24 Stunden erneuert Verfasser diesen Verband unter entsprechender Vergrösserung desselben, falls noch ein Fortschreiten der Entzündungszone nachweisbar war.

Die erwähnte Behandlungsweise hat namentlich beim Erysipel der Extremitäten den schnellsten und besten Erfolg ergeben, nach meiner Ansicht aus dem Grunde, weil es hier am leichtesten gelingt, den erkrankten Körperabschnitt in seinem ganzen Umfange gleichmässig abzuschliessen.

Einen relativ weniger günstigen Effekt dieser Occlusivbehandlung sah Verfasser beim Erysipel des Rumpfes.

Später hat Verfasser diese Methode der Occlusivbehandlung dahin modificirt, dass Verfasser die einmal angelegten Gummipapierstücke in ihrer Lage beliess und nur in dem Masse, als das Erysipel die Ränder derselben irgendwo überschritt, neue entsprechend breite Stücke hinzufügte. Auch hat Verfasser die Annetzung mit Karbolwasser unterlassen.

Die Theorie der von Verfasser versuchten Behandlungsweise des Erysipels stützt sich auf eine möglichst vollständige Aufhebung der Perspiration im Gebiete des davon befallenen Hautabschnittes. Die Zurückhaltung der giftigen Perspirationsgase, der verschiedenen Komponenten des Talges und Schweisses in dem Gewebe der Cutis kann nicht ohne Einfluss auf die Entwicklung des Erysipelstreptococcus bleiben. Es ist weiterhin nach bekannten bakteriologischen Analogien nicht unwahrscheinlich, dass die von diesen Mikroben producirten Ptomaine, welche wohl wenigstens zum Theil durch die Haut ausgeschieden werden, in derselben festgehalten, auf ihre Erzeuger selbst entwicklungshemmend zurückwirken. Sicherlich ist die in relativ grosser Menge von der Haut ausgeschiedene Kohlensäure ein antibakterieller Stoff.

F.

Dr. Charles Denison: Koch's Tuberkulin bei chronischer Cephalalgie. (New-York Medical Journ. 10. Juni 1893).

Dr. CHARLES DENISON, aus Denver, versuchte das Tuberkulin als ein diagnostisches Hilfsmittel in einem Falle von suspekter tuberkulöser Meningitis, die durch einen mehrere Monate während

Kopfschmerz ausgezeichnet war. Sein Patient war ein 38 Jahre alter Arzt aus dem Osten der Vereinigten Staaten, der sich überarbeitet hatte und dessen Anamnese eine ausgesprochene tuberkulöse hereditäre Belastung aufwies; derselbe hatte auch früher Lungen- und Gehirnsymptome protrahirten und schmerzhaften Charakters aufgewiesen. — Der Gebrauch des Tuberkulins wurde mit der Injektion eines Milligramms begonnen.

Die diagnostische Reaktion begann 22 Stunden nach der Injektion und währte ungefähr 20 Stunden. — Der Puls, der früher 60 Schläge in der Minute aufgewiesen hatte, zeigte jetzt die Zahl von 82 im Maximum und die Temperatur, die früher 98·5 F. betragen hatte, stieg jetzt auf 100·5 F. Es erfolgte Erbrechen. Der Patient hatte überdies ein zusammen ziehendes Gefühl um die Stirne und um das Occiput herum. Mit dem Aufhören der Tuberkulin-Reaktion verlor auch der Patient den Kopfschmerz, der früher sechs Monate lang bestanden hatte.

Es wurde wieder Tuberkulin injicirt und es folgte jetzt eine Reaktion, die der ersten, was Puls und Temperatur betrifft, glich, die aber in ihrem Entstehen und Verschwinden rapider verlief. Von diesem Momente an war die Besserung des Patienten eine exceptionell rapide. Zur Zeit seiner Aufnahme ins Spital bedurfte er der Stütze zweier Assistenten, um ins Bett zu kommen; vier oder fünf Tage später befand er sich bereits ausserhalb des Spitals, indem er im Wagen eine Spazierfahrt machte und die Ordinationswohnung Dr. DENISON's aufsuchte, wobei er ein Stück Weg's zu Fuss ging. — Eine Woche später konnte er täglich ausfahren, hielt sich fast den ganzen Tag ausserhalb des Spitals auf, und es trat keine Recidive der Kopfschmerzen mehr ein, mit Ausnahme eines einzigen Falles, in welchem die Kopfschmerzen einen gastrischen Ursprung zu haben schienen.

Nach dreiwöchentlicher kontinuirlicher Behandlung reiste er in seine Heimat zurück, indem er das Mittel zur Selbstbehandlung mit sich mitnahm. Es wurde ihm angeordnet, die Injektionen alle drei oder vier Tage fortzugebrauchen, bis er 40 oder 50 oder mehr Milligramm pro Dosi genommen haben würde. Dr. DENISON bemerkt, dass es ihn Wunder nehmen würde, wenn irgend welche hartnäckige Kopfschmerzen, denen man sonst nicht beikommen kann, auf Tuberkulin nicht wichen.

Während der Patient unter Dr. DENISONS Behandlung stand, war kein Sputum vorhanden, um dasselbe auf Tuberkelbacillen untersuchen zu können. Das ist der achte Fall, in welchem Dr. DENISON das Tuberkulin als ein diagnostiches Mittel benützt, wo kein Sputum vorhanden war, oder wo man in demselben keine Tuberkelbacillen finden konnte. Der in Rede stehende Fall ist vielleicht der erste mitgetheilte Fall, in welchem eine chronische tuberkulöse Meningitis auf diese Art diagnosticirt wurde. *L. L.*

Dr. Freudenthal: Asepsis oder Antisepsis in der Chirurgie der Nase. (New-York Med. Journ. Febr. 1893.)

Dr. FREUDENTHAL diskutirt folgende zwei Fragen: 1. Ist eine strenge Antisepsis in der Chirurgie der Nase möglich?; 2. Ist dieselbe nöthig?

Bei Besprechung der ersten Frage, bezüglich der Möglichkeit einen antiseptischen Zustand des Naseninnern zu hervorzubringen, erwähnt Autor die Ansichten von RICE, der eine Ausspritzung der Nase mit einer antiseptischen Lösung einige Tage lang vor einer Operation an der Nase empfiehlt; Autor thut dar, dass diese Prozedur werthlos sei, da sich die septischen Entleerungen rapid wieder ansammeln. Er missbilligt dieses Verfahren auch desshalb, weil es unwirksam ist, wenn es sich darum handelt, die septischen Organismen, welche das Naseninnere bewohnen, zu entfernen und zu zerstören. Autor plaidirt dafür, dass man alle Nasenoperationen mit reinen Instrumenten und reinen Händen ausführen soll.

Es wird auch in dieser Arbeit die Nachbehandlung der Nasenwunden diskutirt, und der Versuch von ROE, die Nase hermetisch abzuschliessen, verdammt, da es unmöglich ist, alle Luft aus der Nase auszuschliessen, als wie auch wegen des Umstandes, dass alle Fremdkörper, wie z. B. Tampons, sehr leicht eine lokale Entzündung setzen können, wobei überdies die Gefahr besteht, dass man den septischen Eiter und andere Entleerungen nach rückwärts abschliesst. Autor zieht die offene Nachbehandlung in allen Fällen vor.

Was die Nothwendigkeit der Antisepsis in der Chirurgie der Nase betrifft, so besteht der Autor auf der immensen Bedeutung, den Patienten unter entsprechende sanitäre Bedingungen zu bringen, und führt aus, dass in den Städten die Fälle von septischen Halsgeschwüren, Scarlatina und Diphtherie gefährliche Komplikationen bei Patienten, die mit Wunden in der Nasenhöhle behaftet waren, verursacht haben. Alle antiseptischen Sprays und Waschungen sind wegzulassen; ein allgemeiner Spray mit sterilisirtem warmen Wasser, nach welchen man die Nase aufbläht, um die Entleerungen aus derselben zu entfernen, wird als höchst zweckmässig empfohlen.

Eine physiologische Salzlösung, der man ein wenig kaustischer Soda hinzufügt, so wie sie von Dr. TAVEL in Bern gebraucht wird, ist als zweckmässig empfohlen worden. Die Wunde wird mit Collodium bestrichen, und ein kleiner Baumwolltampon — den man zu Hause wieder entfernt — wird in die Nase als Schutz eingeführt, nachdem man die Blutung gestillt hat. *L. L.*

Dr. Schneider: Ueber den Einfluss von Ohrerkrankungen auf die geistige und physische Entwicklung des Kindes. (Med. News, April 1893.)

Autor führt aus, dass der erste Faktor bei der geistigen Entwicklung des Kindes — ausser den hereditären und angeborenen Gaben — von der Konstitution der speziellen Sinne abhängig sei, und dass die Eindrücke, welche das kindliche Gehirn durch diese Sinne von seiner Umgebung bekommt, das Material liefern, aus dem sich die Perception und Auffassungskraft herausbilden. Der fundamentale Werth der speziellen Sinne für die Entwicklung des Menschen ist bereits zugestanden, und daraus folgt, dass je grösser die Ausbildung der speziellen Sinne ist, die Perception eine um so höhere und genauere sein wird. Autor stützt seine Ansicht, indem er sich auf die Statistik von BEZOLD, REICKARD und WEIL beruft. *L. L.*

Griffith (Paris): **Das «Ekzemin», ein im Harne von Ekzemkranken vorkommendes Ptomaïn.** (Le Progrès Méd. 1893.)

Vor der «Académie des sciences» in Paris (Sitzung vom 23. Mai d. J.) hat Verfasser mitgetheilt, dass es ihm gelungen sei, aus dem Harne von Ekzemkranken ein neues Ptomaïn zu extrahiren.

Dasselbe stellt eine weisse krystallinische, im Wasser lösliche und schwach alkalisch reagirende Substanz dar und ist sehr giftig. Wenn man eine Lösung davon einem Kaninchen subkutan injicirt, so tritt an der Einstichstelle eine katarrhalische Entzündung auf, die von hohem Fieber begleitet wird; schliesslich tritt der Tod ein. Im normalen Harne findet sich das fragliche Ptomaïn nicht vor, sondern es bildet ein Bestandtheil des Urins von Ekzemkranken. Es wird also bei dieser Krankheit im Stoffwechsel ausgebildet. Verfasser hat es «Ekzemin» genannt. *A. D.*

Marie (Paris): **Behandlung der Keloide mittelst hypodermatischer Injektionen von Kreosotöl.** (Bull. Méd., März 1893.)

Verfasser empfiehlt bei der Behandlung der Keloidtumoren Injektionen von sterilisirtem Oleum Creosoti in dem Verhältniss von 20 : 100. Die örtliche Reaktion ist ziemlich lebhaft: es bilden sich Blasen mit Schorf; nach Abfall desselben bemerkt man eine ebene, regelmässige Narbe, die dauernd ist. Für gewöhnlich verspüren die Patienten an der Injektionsstelle einen ziemlich intensiven Schmerz, der übrigens rasch, nach wenigen Stunden, wieder verschwindet. Diese Behandlungsmethode soll vor allen anderen den Vorzug haben, die Verallgemeinerung der Krankheit hintanzuhalten, indem Verfasser der Ansicht ist, dass diese Affektion aller Wahrscheinlichkeit nach infektiöser Natur ist. *A. D.*

Sironi und Alessandri (Rom): **Ueber den Einfluss des Chloroforms auf die Nierensekretion.** — (La Rif. Med. 5. Juni 1893.)

Vor der «Regia Accademia Medica» zu Rom haben die beiden Autoren über die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen berichtet, die sie in der chirurgischen Klinik DURANTE's am Harne von Kranken angestellt haben, die daselbst der Chloroformnarkose unterworfen wurden. Albumen im Harn wurde in 68% der Fälle nachgewiesen. Die Albuminurie hatte am häufigsten ihr Maximum von Intensität am 1. Tage nach der Operation, seltener am 2. Tage, sie verschwand fast immer zwischen dem 3. und 5. Tage. Die Verschiedenheit des vorgefundenen Eiweissquantum hing mit verschiedenen Faktoren zusammen. Man konstatirte stets eine direkte Beziehung zu der Menge und auch zu der Qualität des inhalirten Chloroforms. Einen direkten Zusammenhang fand man auch zur Intensität der anderen bei der Anwendung des Chloroforms aufgetretenen Störungen, insbesondere des Vomitus. In einigen Fällen konnte die beträchtliche Albuminurie auf eine vorausgegangene Nierenläsion zurückgeführt werden, in anderen musste eine wahrhaftige Idiosynkrasie gegen das Mittel angenommen werden. Die Analyse des Harns bezog sich noch auf andere abnorme Bestandtheile, die jedoch weniger häufig konstatirt wurden.

Aus ihren zahlreichen Beobachtungen folgern die beiden Autoren, dass die durch das Chloroform verursachten Nierenalterationen im Allgemeinen nicht so bedeutend sind, selbst bei Anwendung des im Handel vorkommenden Chloroforms, das viele Chirurgen durchaus nicht gebrauchen wollen. Die konstatirten Störungen aber erfordern jedenfalls eine genaue Untersuchung des Kranken und stellen eine Contraindikation in dem Falle, dass vor der Operation des Kranken eine Nierenläsion nachgewiesen wird. Da das DUNCAN'sche Chloroform weniger Störungen hervorruft, so sei dieses stets vorzuziehen in Fällen von starker Herabgekommenheit oder wo es sich um Narkosen von voraussichtlich langer Dauer handelt. *T.*

Castellino und **Cavazzani** (Padua): **Ueber die Beziehungen zwischen der Alkalescenz des Blutes und Darmabsorption.** (Gazz. degli Ospitali, 1893, Nr. 78.)

Die Autoren haben sich eine doppelte Aufgabe vorgesteckt erstens, auf experimentellem Wege festzustellen, ob, und im bejahenden Falle, auf welche Weise der Vorgang der Resorption der Darmschleimhaut beeinflusst werde durch künstliche Aenderung der physikalischen und chemischen Bedingungen des Blutes; zweitens, ihre Beobachtungen auf klinisches Gebiet zu übertragen und zu bestimmen, wie dieselben Modifikationen der Blutmischung den allgemeinen Stoffwechsel des Organismus beeinflussen. Die diesbezüglichen Untersuchungen der Autoren sind bisher noch nicht zu Ende geführt, sie berichten aber einstweilen über die an der Paduenser Klinik bereits gemachten Beobachtungen, aus welchen hervorgeht, dass bei ziemlich stark alkalischem Blute die Zellen einen excitirenden Reiz erfahren, wodurch die Irritabilität des Protoplasma und dessen Lebensmanifestationen energischer und wirksamer sich zeigen. In den schwach alkalischen Flüssigkeiten erscheint die protoplasmatische Masse torpid, sie reagirt nur langsam, ihre Sensibilität ist stark herabgedrückt, und in diesen Fällen ruft der Kontakt mit hinreichend alkalischem Blute lebhaftere Kontraktionen hervor. Die Berührung von schwach alkalischem Serum mit Leukocythen, die in einem vorzüglichen und im Zustande lebhafter Irritabilität sich befindlichen Menstruum vorhanden sind, setzt ihre Kontraktionen herab und beschleunigt die nekrobiotischen Degenerationserscheinungen. Das schwach alkalische Serum lässt fast immer das Protoplasma durchscheinend werden und dessen Kern deutlich hervortreten.

Aus dem Angeführten resultirt vor Allem, dass die stärkere Alkalescenz des Blutes die Darmabsorption erleichtert, ferner, dass die Alkalien, da der Durchgang der Nahrungsstoffe des Darminhaltes durch die Schleimhaut höchst wahrscheinlich eine Funktion der die Darmzotten überkleidenden Zellen und der Leukocythen ist, eine lebhaftere Absorption dadurch veranlassen, dass sie die Thätigkeit des Protoplasma anregen und dessen chemiotaxisches Vermögen erhöhen. *A. D.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Der Kaiser hat den Privatdozenten und Primararzt der k. k. Krankenanstalten in Wien, Dr. Edmund Neusser, zum ordentlichen öffentlichen Professor für innere Medizin und zum Vorstande der II. medizinischen Klinik in Wien ernannt. Dr. Edmund Neusser steht im 42. Lebensjahre; er wurde 1852 in Swoszowice in Galizien geboren. Im Jahre 1877 wurde er an der Wiener Universität zum Doktor promovirt und habilitirte sich 1888 als Privatdozent für interne Medicin. Die Lehrkanzel für interne Medizin an der zweiten medizinischen Klinik hat er schon im Studienjahre 1888/89 nach dem Tode des Hofrathes Dr. v. Bamberger supplirt. Diese Ernennung ist die glückliche Lösung einer Frage, welche die medizinischen Kreise Wiens in den letzten Monaten lebhaft beschäftigte. Dass nach den Ablehnungen, welche die hiesige Fakultät von zwei hervorragenden Klinikern Deutschlands erhalten hat, die Wahl nun auf einen Inländer fallen musste, galt als ausgemacht; und Neusser befand sich unter den drei oder vier Gelehrten, die da überhaupt in Betracht kommen konnten. In Neusser gewinnt die Wiener Schule vor Allem einen glänzenden Diagnostiker, dessen ausserordentliche Kunst, verwickelte Krankheitsfälle aufzulösen, schon zu seiner Assistentenzeit im allgemeinen Krankenhaus eines gewissen Rufs genoss; sie gewinnt ferner einen ebenso ernsten als bescheidenen Forscher, dessen Laboratoriumsarbeiten hinter seinen Erfolgen am Krankenbette an Werth kaum zurückstehen. Es zieht mit ihm eine verhältnissmässig junge und doch dabei schon bewährte Kraft in die zweite medizinische Klinik ein, von der sich die Wiener Schule grosse Leistungen auf dem Gebiete des Forschens und des Lehrens erwarten darf.

— Privatdozent Dr. Friedrich Kraus wurde zum ausserordentlichen Professor für innere Medizin ernannt.

— Prag. Dem o. ö. Professor der inneren Medizin in Prag, Prof. Dr. v. Jaksch wurde der Orden der Eisernen Krone dritter Klasse verliehen. — Der Professor der Chemie Dr. Adolf Lieben und der Professor der Physiologie an der deutschen Universität in Prag Dr. Ewald Hering wurden durch Verleihung des Hofrathtitels ausgezeichnet.

— Graz. Dem o. ö. Prof. der inneren Medizin Dr. Rembold, wurde der Titel eines Hofrathes verliehen.

— Deutschland. Zum Nachfolger des nach Bonn berufenen Professor Heinrich Fritsch (Berlin) ist Professor Otto Küstner in Dorpat für den Lehrstuhl der Frauenheilkunde in Aussicht genommen. — In der Vorstandssitzung der Hufeland-schen Gesellschaft wurde der erste Preis der Alvarenga-Stiftung Herrn Dr. Mannheim, Berlin, der zweite Preis Herrn Dr. Buschan, Stettin, zuerkannt. — Dr. Eugen v. Hippel aus Halle habilitirte sich für Augenheilkunde in Heidelberg.

* Das Allgemeine Krankenhaus in Sarajewo wird im Herbste des laufenden Jahres eröffnet und seiner Bestimmung übergeben werden. Es wurden folgende Wiener Aerzte ernannt: Dozent Dr. Otto v. Weiss, ehemaliger Assistent an der geburtshilflichen Klinik des Hofrathes Gustav Braun, zum Vorstande der Gebär-Abtheilung; Dr. Glück, ehemaliger Assistent des Professors Neumann, zum Vorstande der Syphilis- und Hautabtheilung; Dr. Geza Kobler, Assistent des Professors Ritter v. Schrötter, zum Vorstande der medizinischen und laryngologischen Abtheilung; Dr. Josef Preindlsberger, Assistent des Professors Weinlechner, zum Vorstande der chirurgischen Abtheilung. Die sonstigen Abtheilungen (Ohren- und Angenkrankheiten etc.) sollen mit ungarischen Aerzten besetzt werden. Mit den Direktionsagenden ist vorläufig Dr. G. Kobler betraut worden.

* In Linz hat sich ein Aktionscomité zum Zwecke der Errichtung einer medizinischen Fakultät gebildet.

* Nürnberg. Am 13. Juli fand hierselbst die Einweihung der neuen Räume der Poliklinik statt. Die Poliklinik wurde im Jahre 1878 von einem kleinen Kreise von Aerzten gegründet.

* Rom. Der Vollzugsausschuss des internationalen medizinischen Kongresses hat die Abhaltung des XI. Con-

gresses auf den April 1894 verschoben. Ungünstige Nachrichten über den Gesundheitszustand in einzelnen europäischen Städten sollen den Grund zu dieser Massnahme bilden.

* Russland. Bei dem Saratowschen Gerichtshof gelangte am 8. Juni der Process gegen die Anstifter der vorjährigen Choleraunruhen in der Stadt Chwalynsk, während welcher bekanntlich der Arzt Moltschanow erschlagen und die Wohnungen des Stadthauptes und der städtischen Sanitätskuratoren demolirt wurden zur Verhandlung. Das Gericht verurtheilte 7 Bürger der Stadt, welche der Aufhetzung der Einwohner angeklagt waren, und zwar drei zu 10-jähriger Zwangsarbeit, zwei zu 6-jähriger Zwangsarbeit und zwei zur Gefängnisshaft auf ein Jahr.

* Indien. Wie die «Bombay Gazette» berichtet, haben die Einwohner der indischen Städte Lucknow und Aligarh dem Dr. Chawkin als Zeichen ihrer Erkenntlichkeit für dessen Schutzimpfungen gegen die Cholera einen silbernen Becher und einen Beutel mit 15.000 Rupien dargebracht.

* Cholera-Nachrichten. Frankreich. In Nantes vom 1. bis 10. Juli 25 choleraartige Fälle (13 tödlich). In Marseille vom 1. bis 9. Juli 59 choleraverdächtige Sterbefälle. — Holland. Ein Fall von asiatischer Cholera neben verschiedenen, häufig tödlich verlaufenen Fällen von Cholera nostras wurde am 13. Juli in 'sHertogenbosch in den Niederlanden beobachtet. — Italien. In Bustagno (in der italienischen Provinz Alessandria) ist am 2. August der erste Cholerafall konstatirt worden; in Roccaverano sind zwei neue Fälle vorgekommen. — Neapel. Montag 31. Juli bis Dienstag Mittags sind 26 neue Cholerafälle angezeigt, wovon neun einen tödtlichen Ausgang nahmen. Bis Dienstag Abends kamen weitere vier Erkrankungen mit zwei Todesfällen vor. — Russland. Die Cholerafrequenz Russlands hat im Juni und Anfang Juli etwas zugenommen. In der Stadt Moskau kamen die ersten Cholerafälle am 30. Juni vor; bis 10. Juli erkrankten 31 Personen, starben 11, vom 10. bis 11. Juli 4 bezw. 3. Aus Russisch-Podolien treffen beunruhigende Nachrichten über die dort fortschreitende Cholera ein, die meisten Fälle nehmen jetzt einen tödtlichen Verlauf. Die russische Regierung beschränkte sich auf die Verfügung einiger Vorsichtsmassregeln, die sich im Vorjahre gar nicht bewährt haben. Congress-Polen ist cholerafrei. — Arabien. Die Seuche in Mekka und Djeddah nimmt mit der Zahl der abziehenden Pilger ab und sind im Vilajet Hedjas vom 3.—9. Juli 2918, vom 10.—16. Juli nur noch 539 Cholerafälle vorgekommen. Im Vilajet Bassora ist die Cholera nahezu erloschen und wurden vom 1.—15. Juli nur 5 Fälle konstatirt. Dagegen wird die Infektion durch die heimziehenden Pilger in die Quarantaineorte verschleppt. In Camaran sind am 10. Juli 2452 Pilger nach Yemen eingetroffen und sind unter diesen in 5 Tagen nebst zahlreichen Blatternfällen 34 Erkrankungen und 16 Todesfälle an Cholera vorgekommen. In El-Tor sind bis 12. Juli 5200 Pilger eingetroffen, unter denen 85 Choleraerkrankungen mit 40 Todesfällen vorkamen und während der Quarantaine vom 13.—15. Juli noch 7 Erkrankungen mit 5 Todesfällen sich ereigneten. — In Persien ist die Cholera in der Provinz Mazendaran in Kodjur und Ask (mit 36 Todesfällen) aufgetreten.

---

* I. Internationaler Samariter-Kongress in Wien 1893. Das Empfangs- und Fest-Comité dieses Kongresses hat sich bereits konstituirt und zum Obmanne den Hofrath Ernst Ludwig gewählt. Als Festprogramm wurde festgesetzt: Für den 7. September Abend eine zwanglose Zusammenkunft, für den 8. von der k. k General-Intendanz eine Festvorstellung in der k. k. Hofoper bewilligt. am 9. findet der Empfang im Rathhause durch den Bürgermeister und die Gemeindevertretung von Wien statt. Am 10. September wird ein Gartenfest abgehalten werden, bei welchem die ersten Künstler Wiens ihre Mitwirkung zugesagt haben; ausserdem sind Ausflüge in die Umgebung Wiens und am 11. September eine gemeinsame Fahrt nach Budapest geplant. Die Anmeldungen zum Kongress haben bereits die Anzahl von 400 überschritten und zwar sind zahlreiche Vertretungen von Regierungen, Städten, ärztlichen Korporationen, Feuerwehren, Samariter-Vereinen und anderen Humanitätsvereinen officiell angesagt. Von hervorragenden Persönlichkeiten sind neuerlich dem Kongresse beigetreten: Prinz Emil Schönaich-Carolath. die Grafen Cavriani in Krakau, Schaafgotsch in Lienz, Wimpffen in Algier, die Geheimen Räthe Graf Bismark Bohlen, General der Cavallerie in Züssow, Freiherr von Horst, General und Minister a. D. in Graz, General-Lieutenant von Radecke in Potsdam, die Bischöfe Dr. Milas in Zara und Dr. Schuster in Waitzen, Hofprediger von Hase in Potsdam, die General-Aerzte Starke in Kolberg, Strube in Karlsruhe, Polizei-Präsident Feichter in Strassburg, die k. k. Hofräthe von Herz, Heyss, Migerka, von Pachner, die Professoren Geheime Räthe Hitzig in Halle, Kitler in Darmstadt, Meyer in Heidelberg, Rindfleisch in Würzburg, Skworzow in Charkow, ferner Bardeleben in Jena, Krönlein in Zürich. Lauenstein in Hamburg, Than in Budapest, Lehman in Kiel, Oebekke in Erlangen, Winiwarter in Lüttich, Wölfler in Graz, der Vorsitzende des bayerischen Landes-Feuerwehrausschusses kön. Rath Jung in München u. s. w. Die Vorarbeiten für den Kongress sind nunmehr abgeschlossen, und werden die einleitenden Referate in der nächsten Zeit zur Versendung an die Mitglieder gelangen.

---

* Aus den Bädern und Sommerfrischen. Man schreibt uns aus Lipik: Die heuer in Angriff genommenen grossen Bauten, namentlich eines grossen Cursalons nebst Bühne, sowie der neuen Restauration und der hiezu gehörigen Lokalitäten sind nahezu vollendet und präsentiren sich durch ihren vornehmen Stil imponirender Weise. Der Badeort hat hiedurch in bedeutendem Masse gewonnen. Der Cyclus der in den letzten Jahren ausgeführten grösseren Bauten und Investitionen erscheint hiemit abgeschlossen. Lipik verfügt nun über alle den verwöhntesten Ansprüchen genügenden Ubicationen, die neuen Badegebäude, Tepidarien, die Wandelbahn im Anschlusse an die jüngsten Bauten erheben das Bad auf das Niveau westeuropäischer Curorte und Curgäste, welche vor 3—4 Jahren hier waren, erkennen den Ort kaum wieder. Das Curleben hat sich heuer sehr lebhaft gestaltet und die Zahl der Gäste übersteigt die gleichen Zahlen früherer Jahre. Gesellige Vergnügungen bilden eine angenehme Abwechslung in' dem monotonen Einerlei der strengen Cur. Vergangene Woche hatten wir zu Gunsten des Fonds zur Errichtung einer medizinischen Facultät in Agram ein internationales Konzert, welches ein hübsches Reinerträgniss abwarf, das seinem Zwecke zugeführt wurde. Ungarn sind in überwiegender Zahl anwesend, sie bilden das heitere und fröhliche Element; die Klänge einer guten Zigeunermusik üben auch auf die Besucher aus den Nachbarländern ihren Zauber aus, wie wir dies bei den Wöchentlich mehrmals stattfindenden Kränzchen zu sehen Gelegenheit haben Die Saison steht nun in voller Blüthe und dürfte allem Anschein nach von längerer Dauer sein als in früheren Jahren.

* Serviette hygiénique. Der gewöhnliche praktische Arzt verhält sich in der Regel gegenüber neuen Mitteln, die auf dem medizinischen Markte — wenn dieser Ausdruck statthaft ist, erscheinen, sehr skeptisch da die Spekulation auch leider auf medizinischem Gebiete ihr Unwesen in einer solchen Weise treibt, dass es Pflicht eines jeden gewissenhaften Arztes ist, mit der grössten Strenge und Vorsicht bei Prüfung von hygienisch-cosmetischen Mitteln vorzugehen. Wenn wir von der alten ontologischen Vorstellung absehen, so müssen wir unbedingt der neueren Ansicht zustimmen, dass in den Erzeugungsprodukten und Ausscheidungen der Hautkrankheiten keinerlei dem Organismus fremdartige Stoffe sich vorfinden, sondern Serum und Formelemente, so wie Elemente aller Art. aber von derselben Natur, wie die im Körper normal vorhandenen, dass also keine «psorischen» oder «scharfen» Stoffe sich in den Krankheitsherden vorfinden. Und es ist ferner zur Genüge nachgewiesen, dass der Charakter der meisten Hautkrankheiten ein rein örtlicher ist, dessen Vorgang in dem Hautgewebe sich abspielt und die auch jederzeit an ganz Gesunden willkürlich hervorgerufen werden können. Und in der That haben die in letzter Zeit angepriesenen Mittel viel Unheil gestiftet, ging es doch den meisten Erfindern nur um ihr geschäftliches Interesse. Es würde uns als Unbescheidenheit ausgelegt werden können, wenn wir in der Serviette hygiénique ein allein seligmachendes Mittel, um dem Teint seine physiologische Funktion in vollem Masse zu verleihen, ansehen würden, denn die mit Mitessern, Sommersprossen, Flecken und Ausschlägen jeder Art behafteten Patienten, die das obbezeichnete Mittel gebrauchten, sind einstimmig voll des Lobes über die Exactheit und Promptheit des Präparates. Wir betrachten es daher als unsere Pflicht in erster Reihe unsere Kollegen auf die Serviette hygiénique der «Compagnie Industrielle de produits pharmaceutiques» in Paris besonders aufmerksam zu machen.

Das Mittel ist wie gesagt, nicht nur rationell, sondern auch billig und soll von jedem auf Reinlichkeit, Pflege des Gesichtes und der Hände bedachten Individuum, sowohl auf Reisen als auch im Hause verwendet werden. In Folge der Güte und des Gebrauches der Serviette hygiénique wird auch das vorzeitige Faltigwerden der Haut verhindert. Wir unterlassen es absichtlich die Wirkung der Serviette hygiénique zu detailliren, denn das Präparat empfiehlt sich schon nach einmaligem Gebrauche von selbst und Jeder der sich derselben einmal bedient hat, will in Zukunft dessen nicht entrathen. Die Ausführungsgänge der Talg- und Schweissdrüsen sind schon nach kurzem Gebrauche geöffnet, Unreinigkeiten, Schmutz und überhaupt alle Arten von Fremdkörpern beseitigt, mit einem Worte, der Stoffwechsel der Haut ist ein äusserst reger, so dass die Individuen eine Verjüngung und Erfrischung der Haut erfahren. Wir wollen aber noch bemerken, dass die Serviette hygiénique konsekutiv als Schutzmittel gegen Infektionskrankheiten der Haut betrachtet werden kann, sie sei daher Jedermann empfohlen.

Baden, den 2. August 1893.

Univ. med. Dr. Heinrich Kümmerling, Badearzt in Baden.

65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.

Programm.

Innere Medizin. Angemeldete Vorträge: 1. Professor Dr Moritz (München): Beiträge zur Kenntnis der Magenfunktionen. — 2. Professor Dr. Ritter von Jacksch (Prag): Thema vorbehalten. — 3. Privatdocent Dr. Münzer (Prag): Die Bedeutung der Acetessigsäure für den Diabetes mellitus — 4 Geheimrath Professor Dr. Ebstein (Göttingen): Ueber die Bestimmung der Herzgrösse. — 5. Professor Dr. Landerer (Stuttgart): Ueber die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure. — 6. Professor Dr. Rosenbach (Breslau): Ueber Krisen bei akuten Krankheiten. — 7. Professor Dr. Unverricht (Magdeburg): Thema vorbehalten. — 8. Privatdocent Dr. Nicolaier (Göttingen): Thema vorbehalten. — 9. Geheimrath Professor Dr. Quincke (Kiel): Thema vorbehalten. — 10. Professor Dr. v. Mering (Halle a. S.): Ueber die Funktion des Magens. — 11. Sanitätsrath Dr. Aufrecht (Magdeburg): Die Behandlung der acuten parenchymatösen Nephritis — 12. Professor Dr. Stintzing (Jena): Thema vorbehalten. — 13. Professor Dr. Strümpell (Erlangen): Thema vorbehalten — 14. Geheimrath Professor Dr. Senator (Berlin): Ueber akute Polymyositis. — 15. Prof Dr. Penzoldt (Erlangen): Thema vorbehalten. — 16. Professor Dr Leichtenstern (Köln): Ueber Kehlkopferkrankungen a) im Diabetes mellitus (Furunculosis laryngis), b) bei der Polyarthritis rheumatica. — 17 Geheimrath Professor Dr. v. Ziemssen (München): Ueber einige Beziehungen zwischen Lungen- und Nierenerkrankungen. — 18. Professor Dr. Bauer (München): Thema vorbehalten. — 19 Privatdocent Dr. Rieder (München): Thema vorbehalten. — 20. Professor Dr. Müller (Marburg): Ein Beitrag zur Kenntniss der Infektionskrankheiten. — 21. Professor Dr. Kast (Breslau): Ueber urämische Hautausschläge. — 22. Dr. Rosin (kgl. Universitäts-Poliklinik Berlin): Ueber Epilepsie im Gefolge von Herzkrankheiten. — 23. Hofrath Dr. Stepp (Nürnberg): Zur Behandlung des Magengeschwüres — 24. Medizinalrath Dr. G. Merkel (Nürnberg): Die Nürnberger Staublungen.

Chirurgie. Angemeldete Vorträge. 1. Privatdozent Dr. v Büngner (Marburg): Kastration mit Evulsion des vas deferens 2. Dr. Kronacher (München): Wunddreinage und Dauerverband — 3. Sanitätsrath Dr. Heusner (Barmen): Zur Behandlung der Oberarmbrüche Demonstration orthopädischer Apparate. — 4. Professor Dr Heinecke (Erlangen): Ueber die Operation des Mastdarmcarcinoms Demonstration interessanter Fälle in der Erlanger Universitätsklinik. — 5. Professor Dr. Landerer (Leipzig): a) Zur Chirurgie des Magens b) Zur chirurgischen Plastik. — 6. Professor Dr. Graser (Erlangen): Unfall als Ursache von Entzündungen und Gewächsen. — 7. Dr. W Müller (Aachen): Zur Operation grosser Mesenterialtumoren mit Demonstration von Präparaten. — 8. Professor Dr. Bruns (Tübingen): Ueber den Gehverband bei Frakturen und Operationen an den unteren Extremitäten. — 9. Professor Dr. Riedinger (Würzburg): Zur Frage der Periostitis albuminosa. — 10. Dr. Heinlein, prakt. Arzt (Nürnberg): Beiträge zur Nervenchirurgie. — 11 Professor Dr. Tillmanns (Leipzig): Thema vorbehalten. — 12. Medizinalrath Dr. Lindner (Berlin): Thema vorbehalten. — 13. Privatdocent Dr Hoffa (Würzburg): a) Beiträge zur Lehre und Behandlung des Plattfusses b) Demonstration der Operation der angeborenen Hüftgelengsluxation. (Operation in einer hiesigen Klinik) — 14. Professor Dr. Helferich (Greifswald): Ueber Knochenusur. — 15. Dr. Beely (Berlin): Beitrag zur mechanischen Behandlung des Plattfusses. — 16. Professor Dr. Garré (Tübingen): Ueber Aethernarkosen. — 17 Oberarzt Dr. Göschel (Nürnberg): Thema vorbehalten — 18. Dr. Carl Koch (Nürnberg): Thema vorbehalten. — 19 Dr. Dörfler, prakt. Arzt (Weissenberg a. S.): Zur Frühoperation des Ileus; Casuistisches aus der Landpraxis.

Geburtshilfe und Gynäkologie. Angemeldete Vorträge: 1. Professor Dr. Frommel (Erlangen): Thema vorbehalten — 2 Prof. Dr. Döderlein (Leipzig): Thema vorbehalten — 3. Dozent Dr. Dührssen (Berlin): Thema vorbehalten. — 4. Dozent Dr. Hasenfeld (Franzensbad): Bade- und Brunnenkuren bei Schwangeren. — 5 Dr. A Theilhaber (München): Beziehungen gastro-intestinalen Störungen zu den Erkrankungen des weiblichen Genital-Apparates. — 6. Dr. Simon (Nürnberg): Ueber einige seltenere Missbildungen und ihre Behandlung.

Kinderheilkunde. I. Ueber Cholera: II. Die öffentliche Fürsorge für stotternde und stammelnde Kinder: III. Einzelne Vorträge: 1. Professor Kassowitz (Wien): Ueber den gegenwärtigen Stand der Dentitions-Krankheiten. — 2. Dr. R. Fischel (Prag): Ueber die Aetiologie der Gastrointestinalcatarrhe im Prager Findelhaus — 3. Professor Soltmann (Breslau): Thema unbestimmt. — 4. Dr. H. Rehn (Frankfurt a. M.): Die Influenza-Epidemien von 1890/91 und 1891/92 im Kindesalter. — 5. Dr. Meinert (Dresden): Zur Aetiologie der Chlorose. — 6 Dr. Deichler (Frankfurt a. M.): Demonstration der Keuchhusten-Protozoen. — 7. Oberstabsarzt Dr. E. Reger (Hannover): Demonstration graphischer Darstellungen von Epidemien von Infektionskrankheiten. — 8. Dr. Schmid-Monnard (Halle a. S.): Thema noch nicht bestimmt — 9. Professor Dr. v. Ranke (München): Sammelforschung über Intubation. — 10. Professor Dr. Wiss (Zürich): Ueber die Entstehung angeborener Defekte.

Neurologie und Psychiatrie. Angemeldete Vorträge: 1. Privatdocent Dr. Sommer (Würzburg): Anatomischer Befund bei einer in allgemeinem Spasmus, klonischen Zuckungen und Incoordination sich äussernden Nervenkrankheit sui generis. — 2. Professor Dr. Eulenburg (Berlin): Ueber Erythromelalgie. — 3. Professor Dr. Ziehen (Jena): Thema vorbehalten. — 4. Professor Dr. Strümpell (Erlangen): Ueber hereditäre Systemerkrankungen. — 5. Professor Dr. Mendel (Berlin): Zur Pathologie der Epilepsie. — 6. Professor Dr. Monakow (Zürich): Zur Lehre von den sekundären Degenerationen im Gehirn. — 7. Nervenarzt Dr. Szumann (München): a) Thema vorbehalten b) Demonstration des Universalcommutators in Funktion. — 8. Nervenarzt Dr. O. Stein (Nürnberg): Thema vorbehalten — 9. Oberstabsarzt am Sebastianspital Dr. Schuh (Nürnberg): Thema vorbehalten.

Augenheilkunde. Angemeldete Vorträge: — 1. Professor Dr Everbusch (Erlangen): Thema vorbehalten. — 2. Dr. v. Forster (Nürnberg): Thema vorbehalten. — 3. Professor Dr. Michel (Würzburg): Thema vorbehalten. — 4. Dr. Wolffberg (Breslau): Ueber die Prüfung der Funktionen des Auges. (Fortsetzung folgt.)

Aerztliche Stellen

K. k. Bezirksarztesstelle, eventuell ärztliche Konzipistenstelle (Nied.-Oest.) beide in der X. Rangsklasse. Bewerber haben ihre vollständig instruirten Gesuche bis längstens 6. August d. J. beim k. k. n.-ö. Statthalterei-Präsidium zu überreichen, im öffentlichen Dienste stehende Kompetenten im Wege ihrer vorgesetzten Behörde.

Gemeindearztesstelle in der Marktgemeinde Strobnitz, Bezirk Kaplitz (Böhmen). Jahresgehalt 400 fl., im ersten Jahr auch freie Wohnung. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Gesuche sind bis 15 August l. J. beim Bürgermeisteramte Strobnitz einzubringen.

Distriktsarztesstelle in Radomyschl (Böhmen) mit 22 Ortschaften, 82 Qu.-Kilom. Flächenausmass und 5183 Einw. Gehalt 400 fl., Reisepauschale 200 fl. Bewerber um die provisorisch auf ein Jahr zu besetzende Stelle haben ihre im Sinne des § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes vom 23 Februar 1888 instruirten Gesuche bis 15. August l. J. dem Bezirksausschusse in Strakonitz zu überreichen.

Stadtarztesstelle in Neubistritz (Böhmen). Gehalt 300 fl. für die Funktion eines Gemeindearztes und für die unentgeltliche Behandlung eines Theiles der Stadtarmen. Aussicht auf ein Jahrespauschale von 300 fl. von der Bezirkskrankenkasse in Neuhaus für die Behandlung der Kassemitglieder in Neubistritz. Bewerber haben ihre Gesuche an das Bürgermeisteramt Neubistritz zu richten.

Distriktsarztesstelle für den Sanitätssprengel Ober-Langendorf—Passek mit dem Sitze in Langendorf bei Mähr.-Neustadt (Mähren). Mit dieser Stelle ist ein Jahresgehalt von 141 fl 92 kr. und ein Reisepauschale von 89 fl. verbunden. Berechtigung zur Führung einer Hausapotheke. Eventuell wäre auch mit dieser Stelle die eines Fabriksarztes mit einer beiläufigen Dotation von 150 fl. zu erlangen. Der Sanitätsdistrikt besteht aus 5 Gemeinden mit 4000 Einwohnern. Die mit den nothwendigen Belegen versehenen Gesuche sind bis zum 31. August l. J. bei dem Obmanne Franz Perger in Pudelsdorf, Post Langendorf, Mähren, einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Kistajne, polit. Bezirk Benkovac (Dalmatien). Jahresgehalt 1200 fl für die Versehung des Gemeindesanitätsdienstes; Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Reichliches sonstiges Neheneinkommen gesichert. Gesuche mit den Nachweisen des Doktorates der gesammten Heilkunde, sowie der Kenntniss der serbischen und italienischen Sprache sind bis 31. August d. J. an die Gemeindeverwaltung von Kistajne zu richten.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätssprengel Stulpikani (Bukowina) mit dem gleichnamigen Standorte. Ausser der Jahresdotation von 400 fl. erhält der Gemeindearzt für Dienstesreisen, die mit der Kundmachung der Bukowinaer k. k Landesregierung vom 18 Dezember 1890, Z. 1719 (L.-G.-Bl. Nr 24) normirten Gebühren. Bewerber um diesen Posten haben nach § 5 des bezogenen Landesgesetzes nachzuweisen: 1. die Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern; 2. die österreichische Staatsbürgerschaft; 3. dass sie der rumänischen Sprache, welche von der Mehrzahl der Bevölkerung dieses Sanitätssprengels gesprochen wird, im hinreichenden Masse mächtig sind. Die dementsprechend instruirten Gesuche sind binnen 4 Wochen, vom Tage der ersten Einschaltung dieser Kundmachung in das Amtsblatt der «Czernowitzer Zeitung» an gerechnet bei der k. k. Bezirkshauptmannschaft Kimpolung einzubringen.

Zwei k. k. Bezirksarztesstellen II. Klasse (Bukowina) mit den systemmatischen Bezügen der X. Rangsklasse und eventuell eine Sanitäts-Assistentenstelle mit dem Adjutum jährlicher 500 fl. Bewerber um eine dieser Stellen haben ihre gehörig belegten Kompetenzgesuche, wenn sie im öffentlichen Staatdienste bereits angestellt sind, im Wege ihrer vorgesetzten Behörde, sonst aber unmittelbar beim Bukowinaer k. k. Landespräsidium in Czernowitz bis 15 August 1893 einzubringen.

Arztesstelle am Gisela-Spitale in Cilli (Steiermark). Mit dieser Stelle ist eine Jahresremuneration von 800 fl. ohne weitere Emolumente verbunden. Bewerber um diesen Posten haben ihre Gesuche bis längstens 15. August bei dem steiermärkischen Landesausschusse zu überreichen.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler*

ANZEIGEN.

Dr. Hommel's Hämatogen

(Hämoglobinum depuratum sterilisatum liquidum).

Das vollkommenste aller existirenden Hämoglobinpräparate. Uebertrifft an Wirksamkeit **alle Leberthran- und künstlichen Eisenpräparate.** Ausserordentliches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene. **Energisch blutbildend. Mächtig appetitanregend.**

Die Verdauung kräftig befördernd. Grosse Erfolge bei **Rhachitis, allgem. Schwächezuständen, Anämie, Herz-** und **Nervenschwäche, Reconvalescenz,** (Pneumonie, Influenza etc. etc.)

Vorzüglich wirksam bei **Lungenerkrankungen** als Kräftigungskur.

Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern gern genommen.

Dosen: Säuglinge 1—2 Theelöffel mit der Milch gemischt (nicht zu heiss!!) Grössere Kinder 1—2 Kinderlöffel (rein), Erwachsene: 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen wegen seiner eigenthümlich **stark appetitanregenden Wirkung.**

Versuchsquanta und Prospecte mit Hunderten von ärztlichen Gutachten den Herren Aerzten gratis und franco.

Nicolay & Co, chem.-pharm. Labor. Zürich.

☛ Einige ärztliche Gutachten belieben Sie in Nr. 6 und 16 dieser Zeitschrift nachzulesen.

Schering's Piperazin,

vorzügliches Lösungsmittel für Harnsäure, Harngries und harnsaure Harnsteine. Dasselbe löst sieben Mal mehr Harnsäure als Lithion, daher von Aerzten empfohlen gegen **harnsaure Diathese und Folgezustände.**

Schering's Phenocoll. hydrochloric.

D. R. P. 59121

vorzügliches Antipyreticum, Antineuralgicum, Antinervinum.

Benzonaphtol puriss.

für innerlichen Gebrauch nach Professor Ewald.

Laevulose, Zucker für Diabetiker.

Chloralamid Ph. G. III D. R. P. No. 50586, vorzügliches Schlafmittel. (Chloralamid darf nur in **kaltem** Wasser gelöst werden und ist am besten vorher fein zu zerreiben.) Brochüren über obige Präparate stehen auf Wunsch zu Diensten. Zu beziehen durch die Apotheken und Droguenhandlungen.

Formalin-Schering (Formaldehyd) ausgezeichnetes Antisepticum und Desinficiens, wirkt fast wie Sublimat und ist dabei relativ ungiftig (cfr. Pharmac. Zeitung 1893. No. 22). Anwendung in $^1/_2$, 1 und 2 %iger Lösung.

Litteratur über Formalin-Schering zu Diensten.

Berlin N.

Chemische Fabrik auf Actien
(1333) **(vorm. E. Schering).**

Den P. T. Herren Dermatologen empfehle ich meine best bewährten

Collemplastra Marke „Austria“

Ausgezeichnet in London 1893: Ehrendiplom mit der grossen goldenen Medaille.

Vorzüge: Sichere Wirkung, grosse Klebkraft, absolute Reizlosigkeit, leichtes Anlegen. — Verderben und Ranzigwerden ausgeschlossen. — Mehr als 80 Sorten am Lager.

Den P. T. **Herren Chirurgen und Operateuren** empfehle ich als einzig **sicheres Verband-Materiale:** (1354)

Sterilisirte Bruns'sche Watta Ia,
Hydrophile sterilisirte „Austria“-Gaze
stets in doppelter Packung.

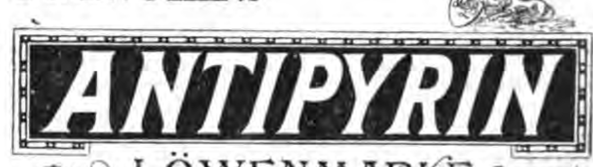
Sanitäts-Geschäft „Austria“ **Hans Turinsky**
Wien, IX/3. Garnisonsgasse 1.
Verbandstoff-Fabrik. — Pharmaceutisches Laboratorium.





Dr. KNORR'S





LÖWENMARKE

bestes schnellstes u. sicherstes ANTIPYRETICUM

Ohne nachtheilige Nebenwirkungen.

BESTES MITTEL GEGEN KOPFWEH.

DERMATOL
Geruchloses Wundheilmittel in den meisten Fällen JODOFORM ersetzend



AGATHIN
(Salicylmethylphenylhydrazon) neues Antineuralgicum (Patent angemeldet)

EINZIGE FABRIKANTEN SIND

ALUMNOL
leicht lösliches Adstringo-Antisepticum (Patent angemeldet)

FARBWERKE vorm. MEISTER LUCIUS & BRÜNING HÖCHST a/MAIN (DEUTSCHLAND)

BENZOSOL
fast geschmackloses Buchenholz-Kreosot Präparat (Patent.)

Neue Arzneimittel und Arzneizusammensetzungen.

Sulfonal, Chloralamid, Aristol, Orexin, Hydrastinin, Exalgin, Benzosol, Tetronal, Salipyrin, Cornutin, Alumnol und Dermatol.

Liebe's Sagradawein, hat die Stärke des **Fluid-Extraktes,** 200 Gr. 1 fl.

Bernatzik's sterilis. und conserv. Subcutan-Injectionen. Einfachste Manipulation (7—12 kr. per Stück).

Amylnitrit-Glaskapseln in Wattepolster gehüllt, 10 Stück 1 fl. 20 kr. zur rasch belebenden Inhalation gegen neurasthenische Zustände, sowie nach Cocaïnanästhesirung.

Sublimat-Pastillen. 1 Gr. Sublimat und 1 Gr. Chlornatr. enthaltend, sehr leicht lösl., gut gefärbt, 10 St. 20 kr. mit Transportcylind. 24 kr.

Brompastillen **„Erlmayer'sche Mischung“** 0·50, 1·00 und 2·00 Gr. schwer (4 Th. Ka. brom., 4 Th. Natr. brom. und 2 Theile Ammon. brom., 1—2 St. in Wasser gelöst zu nehmen. 10 Stück, 1 Gr. schwer, in Glascylindern 30 kr.),

Medicamentöse biegsame Cacaobutter-Bougies mit Jodoform, Tannin, Kupfer, Cocaïn etc. nach beliebiger Zusammensetzung u. Dosirung aus vergoldeten Cylindern sorgfältigst und reinlichst gepresst. **Sauerstoff zu Inhalationen** in Kautschuk-Ballons oder in Metall-Cylindern. (1244)

C. Haubner's Engel-Apotheke, I., Bognergasse 13, in Wien.
General-Dépôt für Parke, Davis & Cie. in Detroit (America).
Postbestellungen werden täglich effectuirt.

Dr. Martin Szigeti

Winter: **Abbazia.** (Neuer Bazar.)
Sommer: **Gleichenberg.** Villa Karlsruhe.
(1278)

Die modernste Anstalt für Erzeugung animaler Impflymphe im Kaiserthume Oesterreich Sr. Excellenz des Herrn Grafen Czernin in Neuhaus (Böhmen) versendet das ganze Jahr hindurch Impfstoff **vorzüglicher** Qualität zu **niedrigsten** Preisen. Spezialität: Ziegenlymphe 2 Portionen 1 fl.

Das hohe Ministerium des Innern geruhte in Würdigung unermüdeten Bestrebungen der Anstalt die bisherigen Erfolge derselben zu befriedigender Kenntniss zu nehmen.

(1345) Die Domaine-Direktion.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9

VII. Jahrgang. **Wien, 13. August 1893** **Nr. 33**

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen“** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Arteriosklerose und Morbus Brightii.

Von

Prof. Henri Huchard in Paris.[1])

II.

Die Aufzählung einer gewissen Reihe dieser Zufälle findet sich in einer Bescheibung des «Brightismus» wieder, auf den Professor Dieulafoy bei zwei verschiedenen Gelegenheiten die Aufmerksamkeit der Aerzte gelenkt hat, nämlich im Jahre 1886 in der «Société médicale des Hôpitaux» und in der allerletzten Zeit in der «Académie de Médecine.

Was will das nun besagen?

Haben wir beide gleichzeitig und unabhängig von einander, unter verschiedenen Namen, dieselben Affektionen und dieselben Thatsachen beobachtet, oder handelt es sich um contradictorische Interpretationen?

Die Sache ist der Mühe werth, diskutirt zu werden, und wenn ich in vielen Punkten von meinem geehrten Kollegen abweiche, so wird er es mir gestatten, ihn mit derselben Courtoisie zu bekämpfen, von der er selbst immer ein Beispiel gibt, und mir es nicht verargen, wenn ich nicht mit geschlossenen Augen alle seine Conclusionen acceptire, da man akademische Diskussionen auf dem Wege eines Appells kontrolliren kann, und da wissenschaftliche Vorschläge immer gewinnen, wenn man sie frei diskutirt.

Professor Dieulafoy bezeichnet mit dem Namen «Brightismus» verschiedene Zufälle, die man bei Nephritikern —, selbst bei Fehlen des Albumens beobachten kann, — nämlich: Gehörsstörungen, Schwindel, Stumpfsein der Glieder, Jucken, Harndrang («Pollakiurie»), Kältesensationen in der Haut, Krämpfe in den Waden, heftige Erschütterungen, Nasenbluten des Morgens, Erbrechen, gastrischer Katarrh, Pseudo-Asthma, Dyspnoe, Cephaleen, Sehstörungen u. s. w. — Es handelt sich hier, bemerkt Professor Dieulafoy, um eine «geringe Urämie» («petite urémie»), die oft zur Diagnose führt, selbst wenn die Untersuchung des Urins ein absolut negatives Resultat ergibt.

Also, es findet sich in diesen Symptomen alles Mögliche; es finden sich darin urämische Symptome — daran ist nicht zu zweifeln; es finden sich aber auch darin, und vor Allem Zufälle, die man von einem doppelten Gesichtspunkte, sowohl vom klinischen als auch vom therapeutischen Standpunkte, nur fälschlich auf die Urämie beziehen könnte, wenn die Urämie auch noch so gering («petite») wäre. Hierher gehören die Schwindelanfälle, die Ohnmachtsanfälle, die lokale Asphyxie der Extremitäten, die Kältesensationen, das Nasenbluten, die Gesichtsstörungen und die Retinitis u. s. w.

Wenn mir Professor Dieulafoy die Ehre erwiesen hätte, die Arbeiten zu lesen, die ich seit mehr als zehn Jahren über die arteriellen Cordiopathien geschrieben hatte, so würde er diesem grossen Prozess der Arterio-Sklerose, die in ihrem Anfangsstadium (vermehrte arterielle Spannung, Gefässkrämpfe) schon an und für sich im Stande ist, diese diversen Zufälle heraufzubeschwören, sicherlich eine grössere und legitimere Bedeutung beigemessen haben. — Er würde auch der Auffassung von Gull und Sutton über die «arterio-capillary fibrosis» Erwähnung gethan haben, — er würde als Stütze für diese Theorie den cardio-vasculären Schwindel der Arteriosklerotischen citirt haben, bezüglich dessen Dr. Grasset aus Montpellier und ich mannigfache Beispiele erbracht haben; er würde nicht — er möge es mir gestatten, es ihm zu sagen — einen nosologischen und klinischen Fehler begangen haben, indem er der Niere etwas zuschrieb, das auf Rechnung einer allgemeinen Erkrankung gesetzt werden muss; endlich, nachdem er so beredt dafür eingetreten war, dass die Kliniker der Anwesenheit von Albumen in der Diagnose der Nephritis eine zu grosse Bedeutung beimessen, würde er sich nicht eines anderen Fehlers schuldig gemacht haben, nämlich des Fehlers, überall und immer Nephritis zu sehen und sich über die diversen Lokalisationen der Arterio-Sklerose gar keine Rechenschaft zu geben.

[1]) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 30, 1893.

coccus die Bildung von verschiedenen Toxinen annimmt. Der FRÄNKEL'sche Diplococcus, der sich in den Respirationswegen eines Masernkranken, Scharlachkranken, eines Typhuskranken, eines Diphtherischen etc. einnistet, muss doch gewiss sehr verschiedenartige Toxine erzeugen auf einem Terrain, auf dem bereits andere pathogene Mikroorganismen zur Entwicklung gekommen sind; daher müssen denn auch die akuten Lungenerscheinungen bei einem Masernkranken, einem Typhösen, einem Scharlachkranken etc. wohl verschieden von jenen sein, die bei einem anderen Individuum auftreten, das von dem Diplococcus pneumoniae primär ergriffen wird.

Auch bei der lobulären Pneumonie findet wahrscheinlich der Diplococcus solche Bedingungen vor, die uns heute noch nicht bekannt sind, so dass Toxine gebildet werden, die einen lokalen Prozess mit allgemeinen Erscheinungen, verschieden von jenen der genuinen Pneumonie, veranlassen.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

Sitzung vom 18. Mai 1893.

Dr. Leopold: *Ueber gonorrhoisches Fieber im Wochenbett bei einer innerlich nicht untersuchten Gebärenden.**)

Aus den Untersuchungen von dem Vortragenden in Verbindung mit seinen Assistenten Dr. PANTZER und Dr. GOLDBERG (Archiv für Gynäkologie Bd. LXXVIII und Bd. XL) ist bekannt, dass Gebärende, welche innerlich nicht untersucht werden, in der Regel die besten Wochenbetten durchmachen. Diese Untersuchungen sind in den letzten Jahren fortgesetzt worden und es hat sich dabei gleichmässig ergeben, dass von allen solchen Gebärenden 1—2% im Wochenbett Fieber darboten.

Da nun nach der Zusammensetzung des einer Klinik zufliessenden Materials gewiss ein guter Theil dieser Gebärenden als gonorrhoisch inficirt anzunehmen ist, so blieb es gewiss bemerkenswerth, dass auch diese trotz der noch bestehenden Gonorrhoe ein normales Wochenbett hatten, sobald ihre inneren Organe in Ruhe gelassen und nur dem natürlichen Geburtsverlaufe ausgesetzt waren.

Da aber doch ab und zu bei einer der innerlich nicht Untersuchten das Wochenbett durch geringeres oder stärkeres Fieber gestört war, so wurde seit längerer Zeit den Ursachen durch mikroskopische und bakteriologische Untersuchung nachgeforscht und wiederholt nach Ausschluss aller anderen Möglichkeiten lediglich die Gonorrhoe nachgewiesen.

Der folgende Fall beansprucht nun um desswillen besondere Beachtung, als er durch die ganz sichere Thatsache, dass die betreffende Wöchnerin weder vor noch während der Entbindung innerlich berührt und auch nicht ausgespült oder ausgewaschen worden war, eine vollkommen reine Beobachtung darstellt.

Die 18jährige Fabriksarbeiterin Kleber (1893, J.-No. 593) wurde am 1. Mai nach einer Geburtsdauer von 17 Stunden 40 Minuten von einem reifen Knaben (52 *cm* lang, 3250 *gr* schwer) durch die Hebamme unter alleiniger Anwendung der äusseren Untersuchung entbunden. Kein Dammriss. Die äussere Reinigung war zu Beginn der Geburt vorschriftsmässig erfolgt.

Am 3. Mai Abends 37·8. Puls 100. Lochien übelriechend Scheidenausspülung 1:4000 Sublimat.

Am 4. Mai 38·6 112. Ausspülung wiederholt.

Am 5. Mai 38·2. 116. Geringe Kopfschmerzen. Besichtigung der inneren Organe: Beide Scheidenwände grau belegt. Rechts ein Collumriss; dieser so wie beide Muttermundslippen mit graugrünlichem Belag. Von verschiedenen Stellen desselben werden mit geglühter Platinöse Theile entnommen und Deckelglaspräparate angefertigt, inzwischen die belegten Partien abgespült, mit in 5% iger Karbollösung ausgespült.

Von da an fällt das Fieber und vom 8. Mai an ist die Wöchnerin als gesund zu betrachten.

*) Centralblatt für Gynäkologie Nr. 29, 1893.

In den Präparaten finden sich nirgends Streptokokken, aber Haufen von Diplokokken und an mehreren Stellen die typischen Gonokokkenschwärme um Eiterkörperchen, deren Form und Anordnung eine andere Deutung als Gonokokken nicht zulassen. (Die Präparate werden den in der Sitzung Anwesenden vorgelegt.)

Bei der Entlassung der Wöchnerin am 15. Tage war jeder Belag verschwunden; in den Sekreten fanden sich nur noch Scheidenbacillen und Eiterkörperchen, aber keine Gonokokken mehr.

Diese Beobachtung lehrt:

1. dass bei einer innerlich nicht berührten Gebärenden Fieber auftreten kann,

2. dass dieses Fieber auf der Entwickelung von Gonokokken auf und im Collum beruhte,

3. dass dasselbe erst verschwand, nachdem die betreffenden Beläge entfernt waren; blosse Scheidenausspülungen waren ohne Einfluss,

4. dass bei einer Person, welche vor und während der Entbindung kein mikroskopisch verdächtiges Vaginalsekret darbot, jedenfalls kein Anzeichen von Gonorrhoe, am 4. Tage des Wochenbettes die zweifellosen Zeichen der Gonorrhoe zu sehen waren,

5. das Fieber bei dieser Wöchnerin als auf Selbstinfektion beruhend anzusehen, nicht gerechtfertigt ist, da die Gebärende jedenfalls schon seit Wochen vor der Entbindung als von aussen inficirt zu gelten hat; endlich

6. mahnt dieser Fall, in die Praxis übertragen, betreffs der Erklärung des Puerperalfiebers und der etwaigen Annahme eines vom Arzt, Hebamme oder Wärterin begangenen Fehlers zur grössten Vorsicht. Wird in der Privatpraxis eine Frau normal entbunden, ohne dass sie innerlich berührt, äusserlich aber auf das sorgfältigste gereinigt worden ist und erkrankt sie vom 3. Tage an fieberhaft, so muss an gonorrhoische Endometritis gedacht werden und es wäre grosses Unrecht; ohne Weiteres die Schuld an der Erkrankung auf die bei der Geburt helfenden Personen zu schieben.

Kongress der Irrenärzte Frankreichs und der französischsprachigen Länder.

Abgehalten in La Rochelle vom 1. bis 9. August 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Der Kongress der Irrenärzte Frankreichs und der französischsprachigen Länder hielt dieses Jahr seine Versammlung in La Rochelle ab. Die Sitzung wurde von Herrn DELMAS, Bürgermeister von La Rochelle, eröffnet, der die Mitglieder des Kongresses willkommen hiess.

Hierauf wurde zur Konstituirung des Bureaus geschritten und es erschienen als gewählt: zu Ehrenpräsidenten der Präfekt und der Bürgermeister von La Rochelle, dann die DDr. MONOD, DROULINEAU, TH. ROUSSEL, CALMEIL, MOIZEAU und IVERT.

Dr. CHRISTIAN, aus Charenton, wurde per acclamationem zum Präsidenten des diesjährigen Kongresses gewählt.

Die DDr. CULLERRE, RÉGIS, DOUTREBENTE, SEMIDELOFF und BAJENOIR wurden zu Vicepräsidenten des Kongresses ernannt.

Mit den Funktionen eines Generalsekretärs des Kongresses wurde Dr. MABILLE, Direktor des Asyls von Lafond, betraut.

Die Verhandlungen des Kongresses boten sowohl an Vorträgen, wie an Diskussionen viel interessantes, mit deren Veröffentlichung wir heute beginnen.

Ueber die Autointoxikation bei den Geisteskrankheiten.

Die DDr. **Régis** (Bordeaux) und **Chevalier-Lavaure** (Aix), Referenten über das in Rede stehende Thema, berichten wie folgt: Die Frage, betreffend die Gifte des Organismus und die Krankheiten in Folge von Autointoxikation ist seit den Arbeiten von Prof. BOUCHARD und seinen Schülern in eine neue Aera getreten, in die Aera der Diffusion und der Generalisation.

Die Neuropathologie und die Psychiatrie sind dieser grossen wissenschaftlichen Bewegung nicht entgangen und sie haben in dieser Beziehung zu interessanten Untersuchungen Veranlassung

gegeben, die — es kann dies nicht in Abrede gestellt werden — oft widersprechend waren.

Die Redner, nachdem sie eine vollständige Uebersicht über die zahlreichen Mittheilungen, die über diesen Gegenstand publicirt worden sind, gegeben haben, und nachdem sie der Reihe nach die chemischen und experimentellen, die klinischen so wie die therapeutischen Thatsachen einer eingehenden Kritik unterzogen haben, schliessen ihren bemerkenswerthen Bericht mit folgenden Betrachtungen:

Der gegenwärtige Stand der Autointoxikationen bei den Geisteskrankheiten erlaubt es noch nicht, bestimmte und definitive Konklusionen über diesen Gegenstand zu formuliren. Die diesbezüglichen Mittheilungen, die bis jetzt gemacht worden sind, und die wir zu sammeln und von einem allgemeinen Standpunkte zu betrachten uns bemüht haben, scheinen uns jedoch zahlreich und wichtig genug, damit man — wenn man auch noch keine Konklusionen davon ableiten kann — einige allgemeine Betrachtungen an sie anknüpft, die einladend genug sind, um als Substrat für die Diskussionen des Kongresses zu dienen.

Wir schlagen die Diskussion über folgende Themata vor:

1. Ausser der chemischen Analyse, welche in den Säften des Organismus bei den Irren ebenso ernste wie variirte Modifikationen in der Zusammensetzung ergeben hat, haben auch die Experimente in den letzten Jahren, bei einer grossen Zahl der Kranken Veränderungen in der physiologischen Toxicität entdeckt.

Nach der Ansicht der meisten Autoren ist die Toxicität des Urins bei den maniakalischen Zuständen beträchtlich vermindert, hingegen bei den melancholischen Zuständen vermehrt. Ueberdies soll der Urin der Maniakalischen und der der Melancholiker bei den Thieren, an denen man Injektionen mit demselben vorgenommen hat, verschiedene Wirkungen haben; im erstgenannten Falle soll der Urin Excitationen und Konvulsionen hervorrufen; im zweiten Falle traurige Stimmung, Unruhe und Stupor: ein Beweis dafür, dass die Autointoxication die Ursache und nicht die Wirkung des geistigen Zustandes sein solle. — Wie dies bei gewissen autotoxischen Krankheiten, z. B. bei der Eklampsie, konstatirt worden ist, so soll bei der Verrücktheit eine inverse Toxicität des Urins und des Blutes bestehen. Bei der Manie namentlich ist das Blut bisweilen um so hypertoxischer als der Urin hypotoxischer ist.

2. Diese Resultate, die, so unvollständig sie auch sein mögen, durch ihre fast absolute Uebereinstimmung zeigen, dass die Phänomene der Autointoxikation eine wichtige Rolle bei den Geisteskrankheiten spielen, werden durch die neuesten nosologischen Untersuchungen über Verrücktheit in Folge von akuten Infektionskrankheiten, von visceralen Krankheiten und von diathetischen Krankheiten bestätigt.

3. Die anti-infektiöse, antiseptische Behandlung, sei es eine allgemeine oder lokale — und das ist eben ein mächtiges Argument zu Gunsten des toxischen Ursprunges der Psychosen, die uns jetzt beschäftigen, indem es gleichzeitig dessen praktische Konsequenz ist, — gibt häufig ausgezeichnete Resultate. Wenn man auch in dieser Hinsicht noch keine definitive Therapie formuliren kann, so sind aber dennoch die diesbezüglichen Facta zahlreich genug, um die Behauptung auszusprechen, dass man sich bei den infektiösen und auto-toxischen Psychosen gegen die Behandlung der Infektion oder der Auto-Intoxikation hauptsächlich wenden muss, um das geistige Leiden zu bekämpfen und zu heilen.

Es folgt hierauf eine Diskussion über diesen Gegenstand, an der sich die DDr. Gilbert BALLET, BORDAS, RUBINOVITCH, A. VOISIN, Jules VOISIN, J. SÉGLAS, LEGRAIN, MABILLE, CULLERRE, BRIANT, COLIN und RÉGIS betheiligten, wobei letzterer die folgenden Schlussbemerkungen macht:

Dr. RÉGIS: Es scheint mir, dass man aus der soeben stattgehabten Diskussion folgende Konklusionen ableiten kann:

1. Die Experimente mit dem Urin und die chemische Analyse sind nicht derartig, um zu vollständigen Resultaten zu führen; es sei Grund vorhanden, die Untersuchungen, die bis jetzt über diesen Gegenstand angestellt worden sind, wieder aufzunehmen, sie zu vervollkommnen und zu vervollständigen.

2. Die Verrücktheit in Folge von Auto-Intoxikation präsentirt sich klinisch unter zwei verschiedenen Formen, unter der Form des akuten Deliriums und der der wirklichen geistigen Verwirrtheit.

3. Die Psychosen in Folge von Auto-Intoxikationen können die Form der allgemeinen Paralyse annehmen.

4. Die antiseptische Behandlung ist von Nutzen, wenn man es mit einem Falle von geistiger Störung in Folge einer Auto-Intoxikation zu thun hat. *Qu.*

(Fortsetzung folgt.)

Kongress zum Studium der Tuberkulose.

Abgehalten zu Paris vom 27. Juli bis 2. August 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

(Fortsetzung.)

Ueber die Rolle, welche die Ansteckung, respektive die Heredität in der Fortpflanzung der Tuberkulose spielen.

Dr. Hérard ergreift das Wort zu folgender Mittheilung:

Um die Rolle, welche die Ansteckung, respektive die Heredität in der Fortpflanzung der Tuberkulose spielen, richtig beurtheilen zu können, scheint es mir unerlässlich, zunächst den genauen Begriff des Wortes «Heredität» festzustellen. — Von manchen Seiten, und häufig von Aerzten mit der grössten Autorität in der Wissenschaft, wird der Begriff «Heredität» so aufgefasst, dass man darunter die Uebertragung einer geschwächten Konstitution von Seiten der Eltern auf das Kind versteht, in Folge derer die Kinder dazu leicht disponiren, die Tuberkulose zu acquiriren.

Bei dieser Hypothese erkennt die Tuberkulose nur eine einzige Ursache an, nämlich die Ansteckung.

Das Kind, das von tuberkulösen Eltern abstammt, wird selbst nur erst dann tuberkulös werden, wenn es den Gefahren einer solchen Ansteckung ausgesetzt sein wird.

Ich weiss nicht, ob diese Auffassung der «Heredität» Sie meine Herren, vollkommen befriedigt; was mich betrifft, so könnte ich diese Definition nur unter Reserve acceptiren. Dünkt es Ihnen nicht, ebenso wie mir, dass, wenn wir bei einem Kranken nach den hereditären Antecedentien nachforschen, wir dabei die von uns ganz untrennbare Empfindung haben, dass das Vorhandensein eines tuberkulösen Leidens bei den Eltern viel schwerwiegender ist, als das Konstatiren einer der gewöhnlichen Ursachen, welche den Organismus schwächen, welche, indem sie die Widerstandskraft des Organismus herabsetzen, die Entfaltung der Wirkung des kontagiösen Agens begünstigen. Wenn ich in einer und derselben tuberkulösen Familie zwei, drei und vier Kinder an Meningitis sterben sehe, und zwar in einem wenig fortgeschrittenen Alter, häufig in demselben Alter, so kann ich mich nicht des Gedankens erwehren, dass die Eltern ihren Kindern mehr als eine krankhafte Disposition überliefert haben, sondern, dass sie ihnen gewissermassen den Keim selbst ihrer eigenen Erkrankung «vermacht» haben, den Keim selbst, der in irgend einem besonders prädisponirten Theile des Organismus die günstigen Bedingungen für seine Weiterentwicklung gefunden hat.

Seit dem letzten Kongresse, auf welchem diese Interpretation des Begriffes «Heredität», neben überzeugten Verfechtern derselben, nicht minder entschiedene Gegner derselben gefunden hatte, wurde die Existenz der congenitalen Tuberkulose durch unwiderlegliche Thatsachen dargethan, durch Thatsachen, die sowohl der Pathologie des Menschen als auch der Veterinärmedizin entnommen worden sind.

In einigen der diesbezüglichen Beobachtungen, die in der interessanten These von Dr. AVIRAGNET zusammengestellt sind, wurde nach der Konstatirung der Tuberkel eine bakteriologische Untersuchung derselben vorgenommen, die das Vorhandensein des charakteristischen Bacillus in diesen Tuberkeln ergab. Neben der berühmten Beobachtung von Dr. JOHNE aus Dresden, der ersten diesbezüglichen Beobachtung, könnte ich noch andere nicht minder beweisende Angaben citiren, wie z. B. die von MALVOZ und BROWIER, von SABOURAUD u. s. w., und was an diesen Thatsachen bemerkenswerth und wahrscheinlich bewiesend ist, das ist der Umstand, dass man die tuberkulösen Affektionen am häufigsten

zuerst in der Leber und hierauf in den Lungen antrifft, ein Faktum, das eben ein evidenter Beweis dafür ist, dass der Bacillus, indem er von der Mutter auf den Fötus übergeht, durch die Umbilicalvenen nach der Leber gebracht wird.

Noch mehr —; bei einem Fötus, der von Phthisikern abstammt, kann es geschehen, dass man gar keine wahrnehmbare Läsion findet, und dennoch kann man die Anwesenheit des Bacillus durch Impfversuche und selbst durch die histologische Untersuchung nachweisen. Die Beobachtungen von LANDOUZY und H. MARTIN sowie die von SCHMORL und BIRCH-HIRSCHFELD sind in dieser Beziehung sehr bemerkenswerth und sie geben uns die Erklärung dafür, wie tuberkulöse Affektionen im Vorbereitungsstadium unbemerkt vorübergehen können und als viel seltener vorkommend erscheinen können, als es in der Wirklichkeit der Fall ist.

Die frühzeitige kindliche Tuberkulose, die, welche in den ersten Lebensmonaten zur Beobachtung kommt, wurde früher als eine Ausnahme betrachtet. — Heute steht die Sache nicht mehr so. —

Die Untersuchungen von LANDOUZY, QUEYRAT, LANNELONGUE, DAMASCHINO, HUGUENIN, LEROUX, AVIRAGNET u. s. w. haben den Beweis dafür erbracht, dass die Kinder in den ersten Monaten nach der Geburt an Tuberkulose sterben können. — Es ist dies eine Folge der congenitalen Tuberkulose; das hereditär angesteckte neugeborene Kind braucht einer gewissen Zeit, um den Keim, den es empfangen hat, ausreifen und die tuberkulöse Läsion sich organisiren zu lassen.

Später, im ersten und zweiten Lebensjahre, nimmt die Mortalität des Kindesalters in einer bemerkenswerthen Art zu, aber die Tuberkulose in diesem Alter hat, vom Standpunkte der heutigen Diskussion betrachtet, nicht denselben Werth wie die frühzeitige Tuberkulose, weil das Kind, welches beständig in einem inficirten Medium lebt, allen Quellen der Ansteckung, die in diesem Medium angehäuft sind, ausgesetzt ist, ein Umstand, der nothgedrungen das ätiologische Problem komplicirt und verdunkelt.

Einer der Hauptgründe, aus welchem die Aerzte der Hypothese der Heredität entgegen sind, ist der Umstand, dass viele Aerzte es nicht begreifen können, dass der Keim zehn, zwanzig und dreissig Jahre lang im Organismus verweilen kann, ohne sich zu entwickeln. Ist aber das Faktum in der hereditären Syphilis verständlicher? Sind die sehr zahlreichen Beobachtungen von FOURNIER über Syphilis hereditaria tarda nicht mit den Beobachtungen über Tuberculosis hereditaria tarda zu vergleichen; wenn man in dem erstgenannten Falle zugibt, dass das syphilitische Virus während mehrerer Jahre in dem Organismus verweilen kann, ohne seine Anwesenheit zu manifestiren, ist man nicht ebenso im Recht mit BAUMGARTEN anzunehmen, dass auch die congenitale Tuberkulose latent bleiben kann, und dass der Keim in den Tiefen des Fötus und des Neugeborenen schlummern kann bis zu dem Tage, an welchem ein besonderer Umstand hinzutritt, der ihn aus seinem Schlummer erweckt?

Es handelt sich hier um Thatsachen der Beobachtung, die vielleicht schwer zu verstehen sind, die aber gewiss heute seit den zahlreichen Forschungen unseres Präsidenten über den latenten Mikrobismus viel weniger unverständlich sind als früher.

Daraus leitet sich eine für uns tröstende Wahrheit ab, nämlich die, dass der tuberkulöse Keim nicht immer in einer verhängnissvollen Art keimt, und dass er in dem Organismus des Kindes und des Erwachsenen Zustände von Widerstand antreffen kann, die ihn während einer mehr oder weniger langen Periode im latenten Zustande erhalten und ihn sogar verhindern, an sein Ziel zu gelangen. In dieser Beziehung schliessen wir uns ganz den Anschauungen LANNELONGUES an.

Wie er und wie unser Kollega HUTINEL erkennen wir in solchen Fällen den ungemein günstigen Einfluss einer radikalen und länger währenden Aenderung des Mediums, in dem sich das Individuum befindet, an, ebenso wie die hygienischen Bedingungen, die hier in Betracht kommen, und die einzig und allein im Stande sind, den Organismus zu modificiren und ihn der Auskeimung des tuberkulösen Keimes gegenüber refraktär zu machen.

Wenn wir nun die Frage zu beantworten suchen, in welchem relativen Verhältnisse zu einander die Ansteckung und die Heredität zur Fortpflanzung der Lungenphthise beitragen, so begreifen wir, wie schwierig es sei, um nicht zu sagen unmöglich, bestimmte Ziffern anzugeben. — In den Spitälern wissen die Kranken häufig nichts von ihren Antecedentien in der Familie. In der Privatpraxis werden häufig die hereditären Krankheiten gern dem Arzte vorenthalten, und überdies werden die Ursachen für die Ansteckung von Tag zu Tag immer zahlreicher und besser studirt. Ein hereditär Belasteter, der überdies durch seinen geschwächten Gesundheitszustand zu einer tuberkulösen Ansteckung prädisponirt, kann tuberkulös angesteckt werden, bevor sich die Krankheit durch eine Auskeimung des tuberkulösen Keimes entwickelt hat.

Eine sehr genau studirte Statistik hat Dr. LEUDET geliefert, da deren Resultat darin besteht, dass von 214 Familien von Phthisikern 108 unwiderlegliche tuberkulöse Antecedentien aufgewiesen hatten.

Das ist ungefähr dasselbe Verhältniss (obgleich ein wenig geringer), das wir bei unseren Beobachtungen gefunden haben.

Bis jetzt hatte ich überhaupt nur die Lungenphthise im Auge, und es erübrigt mir jetzt, einige Worte über die äusseren tuberkulösen Erkrankungen zu sprechen, über die chirurgische Tuberkulose, die gewiss minder schwer ist, als die erste, die aber ebenso häufig vorkommt. Hier scheint mir die Frage, betreffend die Rolle, welche die Ansteckung, respektive die Heredität spielt, eine noch einfachere zu sein, — und ich beeile mich gleich, zu bemerken —, die Betrachtungen, die ich jetzt anstellen will, finden nur in Bezug auf die p r i m ä r e n äusseren tuberkulösen Erkrankungen Anwendung; die s e k u n d ä r e n äusseren tuberkulösen Erkrankungen erklären sich ganz natürlich durch eine allgemeine Infektion, deren Ausgangspunkt durch eine lokalisirte tuberkulöse Läsion dargestellt wird, sei es an den Lungen, sei es am Darm oder irgend einem anderen Organe. Welche Aetiologie können wir nun für diese p r i m ä r e n äusseren tuberkulösen Erkrankungen (die Ostitiden, die Arthritiden, die kalten Abscesse, die Adenitiden, die Synovitiden, Lupus u. s. w.) geltend machen? Den Traumatismus? Gewiss spielt derselbe eine bedeutende Rolle, was die Bestimmung des Punktes selbst, an dem die tuberkulöse Läsion zum Vorscheine kommen wird, betrifft — aber es bedarf noch eines ätiologischen Momentes mehr: die Anwesenheit des Bacillus im Innern des Organismus im Momente der äusseren Läsion. — Unter gewissen Umständen wird eine Inoculation, eine Wunde an der Haut oder an der Schleimhaut die Eingangspforte sein. Wir glauben, dass dieser Fall sehr häufig bei den Adenitiden eintritt, die man als primäre anzusehen geneigt sein würde, aber was die Ostitiden, die Arthritiden und die kalten Abscesse betrifft, so erscheint es mir viel schwieriger, die Ansteckung ins Spiel zu bringen.

Werden wir mit einigen Autoren annehmen, dass der Bacillus die Respirationsschleimhaut passiren kann, ohne dort eine tuberkulöse Affektion zu setzen, dass er durch die Lungen in den Lymph- und Blutkreislauf übergehen kann, um den Hoden, die Gelenke und die Knochen primär zu inficiren?

Es handelt sich da, meiner Ansicht nach, um eine Hypothese, die durch nichts gerechtfertigt erscheint, und die sich in einem Gegensatze zu dem befindet, was wir von der Seltenheit der bacillären Infektion des Blutes wissen. Wenn man auch in solchen Fällen einräumt, dass man mehr als ein Mal das Vorhandensein tiefer und umschriebener Herde verkennen konnte, und dass man äussere tuberkulöse Erkrankungen als primäre betrachtete, die aus dem eben gedachten Grunde sekundär waren, so glauben wir dennoch, dass man der Heredität eine grosse Rolle zuschreiben müsse, — der Heredität, die in den meisten Fällen eine evidente, bisweilen eine ungewisse und dunkle ist.

Sie finden in den Studien über die Tuberkulose die sehr lehrreiche Beobachtung betreffend ein $5^1/_2$ Jahre altes Kind, das auf der Klinik von Prof. VERNEUIL im Hôtel Dieu gelegen hatte. Dieses Kind, von blassem und verfallenem Aussehen, hatte drei Jahre vorher auf dem Handrücken eine diffuse und indolente Geschwulst dargeboten, die sich entzündete und später abscedirte, indem sie eine noch sichtbare Narbe zurückliess.

Das Kind wurde in das Spital wegen einer indolenten Geschwulst aufgenommen, welche ungefähr einen Monat vorher an

der Wurzel des rechten Zeigefingers aufgetreten war, einer tuberkulösen Ostitis von dem Typus, der unter dem Namen Spina ventosa beschrieben worden ist. Von der Umgebung des Kindes hatte keiner an Lungentuberkulose gelitten: der Vater, gross, von robustem Aussehen, hatte niemals gehustet; die Mutter erfreute sich einer guten Gesundheit. Es war also fast unmöglich, die Annahme einer Ansteckung durch den vom Kinde eingeathmeten Staub zuzulassen; hingegen lieferten die Angaben des Vaters eine sehr werthvolle Information. Zur Zeit der Konception der kleinen Kranken hatte dieser Mann in der rechten Regio poplitea einen voluminösen kalten Abscess, der sich erst nach sechsmonatlicher Behandlung öffnete, und der zur Zeit der Geburt des Kindes vollkommen geheilt war.

Dr. Ricard, der diese interessante Beobachtung mittheilt, legt sich die Frage vor, ob es nicht möglich sei, diese Tuberkulose väterlicher Seite, die sogar im Momente der Konzeption selbst zum Ausbruche gekommen war, mit der später am Kinde beobachteten Tuberkulose in Verbindung zu bringen, ob, mit einem Worte, die Krankheit nicht direkt vom Vater auf die Tochter auf dem Wege der Heredität übertragen worden war. — Für mich ist es die einzige plausible Erklärung für die Entwicklung dieser äusseren tuberkulösen Erkrankung, so wie überhaupt aller derer, die ohne vorhergehende tuberkulöse Läsionen zum Vorschein kommen —, ohne präexistirende tuberkulöse Läsionen, nach denen man mit grosser Sorgfalt vergebens gefahndet hat, wie dies aus den zahlreichen diesbezüglichen Fällen von Lannelongue, Leudet aus Rouen, und vielen anderen Autoren hervorgeht.

Wenn ich Alles zusammenfasse, so komme ich dahin, sagen zu müssen:

1. Die Ansteckung ist die häufigste Ursache der Lungentuberkulose.

2. Die Heredität ist eine unwiderlegbare Thatsache, und es handelt sich hierbei nicht blos um eine krankhafte Disposition, welche die tuberkulösen Eltern ihren Kindern vermachen, sondern sie überliefern ihnen häufig auch den Keim ihrer Krankheit.

3. Bei den primären äusseren Tuberkulosen spielt die Heredität eine überwiegende Rolle. *R—x.*

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Der Praktiker.

Von **Dr. Albert Reibmayr.**

Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Ein gutes und kluges Buch aus der Feder eines trefflichen Arztes, das gewiss kein junger Heilkünstler ohne Nutzen lesen und auch kein älterer ohne Interesse durchblättern wird. Als Grundzug des Buches gibt sich ein gewisser Skepticismus gegenüber der Kunst des Menschen, und ein schöner Glaube an die Güte der Natur kund.

Gegen den ersteren wird wenig einzuwenden sein; mancherlei gegen den letzteren. Es geht ein gewisser teleologischer Geist durch das Werk, mit dem ja die Philosophie rechnen kann in ihren Ausblicken auf das Tiefste und Unendlichste, der aber gerade dem Praktiker wenig ziemt, welcher es mit einzelnen Individuen zu thun hat.

Ganz charakteristisch für den Gedankengang des Verfassers ist zum Beispiel die folgende Stelle aus dem Kapitel über Syphilis:

«*Dem denkenden Praktiker muss der Kampf, den die Natur gegen diesen grossen Feind kämpft, in mancher Hinsicht sehr interessant erscheinen. Während bei der Mehrzahl der baccillären Erkrankungen die Natur energisch die Offensive ergreift und durch eine mehr oder weniger heftige Fieberreaktion den eingedrungenen Feind zu bekämpfen sucht, verhält sie sich bei der Syphilis fast nur defensiv. Warum ist dies der Fall? Mir scheint der Grund mag theils darin liegen, dass der Kampf, den das Menschengeschlecht mit diesem Feinde kämpft, schon ein sehr lange dauernder ist und die Natur zur Einsicht gekommen ist, dass sie diesen Baccillus, einmal eingedrungen, nie mehr ganz aus dem Organismus zu entfernen im Stande ist und sich daher auf die Defensive beschränkt.*»

Bestenfalls wollen wir die zur Einsicht gekommene Natur als ein geistreiches Bild gelten lassen; obwohl uns dann Niemand verwehren kann, auch von der Natur zu sprechen, welche die Bosheit beging, der Menschheit die Tuberkulose in das Carcinom zu bescheren. Denn der gesunde Menschenverstand wird sich nie die Ueberzeugung nehmen lassen, es sei denn, dass man ihn von gewisser Seite aus absichtlich zu umnebeln trachtet, dass eine einsichtige Natur ihren Zweck, den Einzelnen nach einer gewissen Zeit zu tödten, auf eine minder schmerzensvolle Art lösen müsste, als sie es für gewöhnlich thut. Man bleibe also in Dingen, welche das Walten der Natur betreffen, mit Bildern, die aus dem menschlichen Intellekt hergenommen sind, lieber ganz daheim. Ja, wie die Medizin sich heute dem unbefangenen Auge bietet, ist sie gewiss häufiger ein Kampf wider die Natur, als sie sich mit der Natur verbindet. — Wenn also der Verfasser unseres Buches sagt (Seite 3): Die Natur kurirt ja immer richtig und der Patient ist also auch, wenn man sich in einem Falle nicht auskennt und mit seiner Therapie noch nicht im Reinen ist, nicht ohne Hilfe, — so kann man ihm darauf erwidern: — dieselbe Natur, welche angeblich so richtig kurirt und auf welche man sich so sehr verlassen soll, ist nunmehr zugleich dieselbe, welche die Krankheit sandte — und daher wird man gut thun, ihr mit Vorsicht gegenüberzustehen. Denn sie mag ja herrliche Zwecke mit der Menschheit als Ganzem verfolgen; die Individuen behandelt sie jedenfalls mit erhabener Gleichgiltigkeit.

Wenn man also von der Reklame absieht, welche Herr Dr. Reibmayr für die Natur macht, kann man sich mit dem Buche nur einverstanden erklären. Es ist eine wahre Fundgrube von ausgezeichneten praktischen Rathschlägen, glücklichen Einfällen, und hat noch überdies den Vorzug, dass es in einem lebendigen, höchst anregenden Stil geschrieben ist, der beim Lesen nie eine Ermüdung aufkommen lässt. Dass es bei einer so stark ausgeprägten Individualität, wie die des Verfassers ist, ohne einige kleine Uebertreibungen nicht abgeht, wird Niemanden verwundern. Insbesondere geht er in der Verachtung der zünftigen Medizin zuweilen etwas zu weit. Die Prophezeiung, dass in 10—20 Jahren alle Desinfektionsmittel verschwunden sein werden (Seite 26), dürfte nicht in Erfüllung gehen. Auch der Satz, dass es kein spezifisches Heilmittel gibt, ist nicht aufrecht zu halten, und noch weniger die kühne Behauptung: «Wir werden keine finden». — Besonders gelungen sind die Abschnitte über Fettleibigkeit und Diät in der Kinderstube. — Den Schluss des Buches bilden aphoristische Bemerkungen von Hippokrates, von Florence Nightingall und dem Autor selbst. Sie sind zum Theil vortrefflich, zu einem andern recht überflüssig. Was soll z. B. ein Aphorisma wie das folgende: «Quecksilber und Jod heilen keine Lues, sondern heilen nur einzelne Symptome, die Krankheit selbst bleibt latent.» Das ist, wie wenn ein Mathematiker den Satz 2×2 sind 4 als Aphorisma ausgeben wollte.

Alles in Allem ist «der Praktiker» ein Buch, an dem man seine Freude haben kann; denn es ist von einem echten, von einem denkenden und humanen Arzt geschrieben. *A. S.*

Lehrbuch der klinischen und operativen Gynäkologie.

Von **Professor Samuel Pozzi** in Paris.

Autorisirte deutsche Ausgabe von **Dr. med. E. Ringier.**

Mit 482 Illustrationen im Text.

Verlag von Carl Sallmann, Basel 1892.

Pozzi's Werk hat in Frankreich in kürzester Zeit die anderen Lehrbücher der Gynäkologie fast völlig aus dem Felde geschlagen. Es war daher sehr begreiflich, dass sich rasch ein Uebersetzer fand, der Pozzi's Werk dem deutschen ärztlichen Publikum zugänglich machen wollte. Und so verfügen wir jetzt über eine treffliche Uebertragung dieses klassischen Lehrbuches. Mit voller Gewissheit kann

man voraussagen, dass der Erfolg von POZZI's Buch bei uns kein geringerer sein wird als in seiner Heimat.

Eine beispiellose Litteraturkenntniss und Litteraturverwerthung, die sich auf die Litteratur aller Länder in gleicher Weise bezieht, bildet ein hervorstechendes Merkmal von POZZI's Werk. Pathologische Anatomie, Symptomatologie und Diagnostik jeder gynäkologischen Erkrankung ist in eingehender Weise erörtert, dabei stets die reiche eigene Erfahrung des Autors verrathend. In besonders glänzender Weise ist die Therapie, besonders die operative Therapie behandelt; hier kommen, wie bei Besprechung der pathologischen Anatomie die vortrefflichen Abbildungen in erster Linie zur Geltung.

Auch bei der Kritik der Operationsmethoden verräth sich die reiche Erfahrung des Autors. Dass die neuen Operationsmethoden volle Würdigung erfahren, versteht sich nach dem Gesagten von selbst. Ein Vorwort, das Professor MÜLLER in Bern der deutschen Ausgabe von POZZI's Werk mitgegeben hat, enthält Worte des höchsten Lobes, das aus dem Munde eines so hervorragenden Fachmannes doppelt werthvoll erscheint. Die Ausstattung ist eine vortreffliche.

Das Werk muss Aerzten und Studenten angelegentlich empfohlen werden. Es ist eines von den Büchern, durch deren Besitz man die Anschaffung vieler anderer Werke überflüssig macht.

J. S.

Psychopathia sexualis.

Mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung.

Eine klinisch-forensische Studie.

Von **Dr. R. v. Krafft-Ebing,**

o. ö. Professor der Psychiatrie in Wien.

8. verbesserte und theilweise vermehrte Auflage.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Die Psychopathia sexualis gehört wohl zu denjenigen medizinischen Büchern, denen seit Jahren der grösste ziffernmässig nachzuweisende Erfolg zu Theil wurde. Es wird allerdings behauptet, dass zuweilen auch Nichtärzte in das Buch Einsicht nehmen, doch dafür kann der Verfasser nichts, sondern nur sein Thema. Man weiss aus den früheren Auflagen, in wie ausgezeichneter Weise dieses Thema vom Verfasser beherrscht wird; und seine Verdienste zur Aufhellung gewisser dunkler Gebiete des sexuellen pathologischen Lebens muss man umsomehr immer wieder betonen, als gerade hier, durch das böswillige oder thörichte Missverstehen natürlicher und menschlicher Dinge, die Ideen des Rechtes so leicht verletzt werden.

Die vorliegende 8. Auflage enthält einige neue Krankengeschichten.

A. S.

Zeitungsschau.

C. Zörkendörfer. Zur Bakteriologie der Meningitis suppurativa. (Prager mediz. Wochenschrift Nr. 18, 1893.

Als Erreger der eitrigen Meningitis wird bekanntlich in erster Linie der FRÄNKEL-WEICHSELBAUM'sche Diplococcus pneumoniae angesehen. WEICHSELBAUM fand zwar in manchen Fällen epidemisch auftretender primärer Cerebrospinalmeningitis einen neuen Mikroorganismus, den er als Diplococcus intracellularis meningitidis bezeichnet hat, es zeigen jedoch die statistischen Zusammenstellungen von NETTER (1889), dass die grösste Zahl, etwa 60% der damals veröffentlichten Fälle von akuter Hirnhautentzündung durch den Pneumococcus hervorgerufen wurde, während auf den WEICHSELBAUM'schen Diplococcus intracellularis meningitidis und auf den Streptococcus pyogenes je etwa 15% entfallen. Es fragt sich nun, in welcher Weise kommt die Infektion zu Stande? In Fällen, in welchen zu einer bestehenden Pneumonie Meningitis hinzutrat, geht die Infektion wahrscheinlich durch die Blutbahn vor sich. Es sind aber Fälle von Meningitis beschrieben, die durch keine Pneumonie komplizirt waren. Wie geschieht denn hier die Infektion, wo die Schädelhöhle scheinbar von aussen so gut geschützt ist?

WEICHSELBAUM hat Beobachtungen gemacht, die geeignet sind, einen Aufschluss über diese Frage zu bieten.

In drei Fällen von idiopathischer Meningitis gelang es ihm, eine durch den Diplococcus pneumoniae hervorgerufene Otitis media nachzuweisen, so dass die Infektion der Hirnsäule durch die Paukenhöhle vor sich ging. Weiter erkannte WEICHSELBAUM, dass die Nase die Eingangspforte der Erreger der Hirnhautentzündung bilden kann. Er beobachtete nämlich einzelne Fälle von Pneumococcus meningitis, die durch Erkrankungen der Nasen- und Nebenhöhlen, komplizirt waren.

In der letzten Zeit haben OSTMANN und SAMTER einschlägige Beobachtungen veröffentlicht, die zu Gunsten der WEICHSELBAUM'schen Annahme sprechen.

Im Vorliegenden berichtet Verf. über einen Fall, der durch seine einfachen unkomplizirten Verhältnisse geeignet ist, ein instruktives Beispiel für das Uebergreifen der Diplokokken von den Nebenhöhlen der Nase auf die Meningen zu bieten.

Dieser Fall betrifft eine Patientin, bei der die Sektion eine eitrige Meningitis ergab. Die Nasenhöhle und die Siebbeinhöhlen zeigten eine Auflockerung und mässige Röthung der Schleimhaut, dagegen war die Schleimhaut der Keilbeinhöhlen stark geröthet und mit dickem Eiter bedeckt.

Die bakteriologische Untersuchung des meningitischen Eiters sowie desjenigen der Keilbeinhöhlen ergab vollkommen virulente FRÄNKEL-WEICHSELBAUM'sche Pneumomiekokken. Die weiteren Untersuchungen ermöglichen Verf. die Annahme, dass das Einwandern der Kokken in die Schädelhöhle auf dem Wege der Lymphbahnen, oder durch direktes Durchwachsen der zwischen Keilbeinhöhle und Meningen liegende Gewebe erfolgte.

Die Schlussfolgerungen des Verf. gestalten sich folgendermassen:

1. Die bekannte Thatsache, dass die eitrige Meningitis meistens durch Diplococcus pneumoniae FRÄNKEL-WEICHSELBAUM bedingt ist, wird durch einen neuen Fall bestätigt.

2. Als Erreger der eitrigen Entzündung in den Keilbeinhöhlen, muss in unserem Falle gleichfalls Diplococcus pneumoniae angesehen werden.

3. Bei dem positiven Befunde in den Keilbeinhöhlen und dem Mangel irgend einer anderweitigen Erscheinung, welche eine andere Eingangspforte als möglich erscheinen lassen könnte, muss ein Eindringen der Diplokokken von der Schleimhaut der Keilbeinhöhlen auf des Meningen angenommen werden, trotzdem die dazwischen liegende Scheidewand mit freiem Auge keine Veränderung erkennen liess.

4. Die Infektion auf dem Wege der Blutbahn kann nach den Untersuchungen SCHNITTER's wohl angenommen werden, folglich kann das Eindringen der Diplokokken nur durch die Lymphwege oder durch direktes Hineinwachsen erfolgt sein.

Rdt.

Dr. Hermann Oppenheim: Ueber die senile Form der multiplen Neuritis. (Berliner Klinische Wochenschrift. Nr. 25, 1893.)

Verfasser gibt vor Allem einen Ueberblick über die Literatur dieses Gegenstandes und citirt hiebei unter Anderem seine gemeinsam mit SIEMERLING im Jahre 1885 angestellten Untersuchungen über die Bedingungen degenerativer Veränderungen am peripheren Nervensystem.

Bei in Folge von Inanition, senilem Marasmus und Arteriosklerose zugrunde gegangenen Personen hatten sich am peripheren Nervensystem bald geringere bald erheblichere Entartungszustände, darunter Verbreiterungen des Peri- und Endoneurium, Erkrankung der kleinen Gefässe im Nerven), und zwar sowohl in sensibeln als in gemischten Nerven vorgefunden.

Diese Angaben wurden von verschiedenen Autoren bestätigt. Von anderen liegen klinische Beobachtungen über Lähmungszustände unbestimmter Natur im Greisenalter vor. Doch fehlte bis jetzt der Nachweis, dass im Greisenalter Krankheitszustände vorkommen, die dem bekannten Symptomenbild der multiplen Neuritis entsprechen,

wobei hervorzuheben ist, dass das Krankheitsbild gewisse charakteristische Eigenthümlichkeiten darbietet.

Verfasser hat 6 Fälle derart beobachtet und führt 2 davon in ausführlicher Krankengeschichte vor. Er fasst seine Beobachtungen in folgender Weise zusammen:

«Bei 6 Individuen (5 Männer, eine Frau), die sich im Alter von 70—82 Jahren befanden, durchwegs an Arteriosklerose litten und mehr oder weniger abgemagert waren, ohne dass man jedoch von Marasmus sprechen konnte, entwickelten sich in langsam zunehmender Intensität Störungen der Beweglichkeit und des Gefühls an den oberen und unteren Extremitäten. Betroffen waren vor Allem die Hände und Füsse und am meisten die Zehen und Finger. Schmerzen fehlten oder waren geringfügig, dagegen wurde meist über Paraesthesien, namentlich sehr lebhaftes Jucken geklagt. Keine Temperatursteigerung. Die objektive Untersuchung zeigte neben allgemeiner Schwäche degenerative Lähmungszustände in einzelnen Nervengebieten der oberen und unteren Extremitäten, und zwar besonders an den kleinen Handmuskeln, an den Füsen im Peroneusgebiete. Empfindlichkeit der Muskeln und Nerven auf Druck zwar vorhanden, aber nicht erheblich. Sensibilität immer herabgesetzt, besonders an den Enden der Extremitäten. Hirnnerven frei, Blasen- und Mastdarmfunktion nicht beeinträchtigt. Keine Ataxie, dagegen geringes Zittern als Ausdruck der Schwäche. Verlauf chronisch, Tendenz zu Remissionen.»

Als charakteristische Momente der senilen Form der multiplen Neuritis sind hervorzuheben: Das Fehlen von Intoxicationen oder Infektion, chronischer Verlauf, Fehlen oder Geringfügigkeit der sensiblen Reizerscheinungen, Unvollständigkeit der motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen, Verschontbleiben der Hirnnerven.

Diese Punkte gelten nur im Allgemeinen. Es können chronisch verlaufende Fälle im jugendlichen Alter und akuteste Fälle im Greisenalter vorkommen. Doch sind das Ausnahmen.

In therapeutischer Beziehung haben sich die feuchte Einpackung, der galvanische Strom, Ruhe, Schonung und kräftige Ernährung — Darreichung von Wein ist gestattet — bewährt.

B. S.

Dr. Gustav Singer: Die Rumination beim Menschen und ihre Beziehung zum Brechakt. (Deutsches Archiv für klinische Medizin. Bd. 51.)

In einer eingehenden, aus der Klinik NOTHNAGEL's hervorgegangenen Arbeit, gelangt Verfasser auf Grund von vier von ihm selbst beobachteten Fällen und umfassenden Literaturstudien zu folgenden Schlüssen: 1. Rumination und Regurgitation sind miteinander zu identificiren. 2. Die Rumination (Regurgitation) ist der Ausdruck einer nervösen Konstitution. 3. Die nächstgelegene Ursache des Ruminationsaktes ist eine relative Insufficienz der Cardia, die zeitweilig und einem bestimmten Mageninhalte gegenüber eintritt. 4. Die Mechanik des Ruminationsaktes besteht in einer Aspiration des Mageninhaltes bei erschlaffter Cardia durch die Luftverdünnung im Brustraume, welche unter der Inspirationsstellung des Thorax bei gleichzeitigem Glottisverschluss aufrecht erhalten wird. 5. Die Regurgitation der eingeführten Speisen kann willkürlich durch Bewegungen im Sinne der Exspiration unterdrückt werden 6. Das Antrum cardiacum entspricht einer auch in vivo nachweisbaren Ausweitung des Oesophagus im Cardiatheile. Es entsteht durch mechanische Ueberdehnung beim Schlingen gröberer Bissen und ist das anatomische Substrat für eine mangelhafte Schlussfähigkeit der Cardia. 7. Die Rumination ist von dem Brechakte nach physiologischen und klinischen Gesichtspunkten streng zu sondern; die einzige Erscheinungsform, welcher die Rumination gleichgestellt werden kann, ist die ösophagische Form des nervösen Erbrechens. 8. Das Verhalten der Magenfunktion ist inkonstant und hat bei dem Symptomenkomplex der Rumination nur die Bedeutung eines accidentellen Momentes; die hier auftretenden Sekretionsanomalien sind die Folge der der Rumination zu Grunde liegenden Neurose und erfordern eine symptomatische Berücksichtigung bei der Therapie. 9. Das Wiederkauen bei Divertikelbildung und bei totaler Erweiterung des Oesophagus ist gegenüber der gemeinen Rumination durch das Vorwalten der Schlingbeschwerden, durch das mit Würgebewegungen verbundene Regurgitation differentiell gekennzeichnet; bei Divertikelbildung hauptsächlich fehlt das Pepsin- und Labferment im heraufgebrachten Inhalt. 10. Die Behandlung der Rumination muss auf die Grundursache, die nervöse Veranlagung, unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse gerichtet sein; sehr wichtig ist das Verbot des hastigen Essens und reichlichen Trinkens, sowie die Aufforderung an die Patienten, dass sie der Unterdrückung der Rumination Aufmerksamkeit schenken. Als unterstützende Massnahmen kommen tonisiren,de Verfahren und Medikation in Betracht, welche geeignet erscheinen den Tonus der Cardia zu erhöhen.

S.

Aus der Privatklinik von **Dr. Leopold Landau.**

Dr. Theodor Landau (Berlin): **Zur Indikation der Totalexstirpation der carcinomatösen Gebärmutter.** (Berliner klinische Wochenschrift Nr. 27, 1893.)

Die Indikationsstellung bei jeder Krebsoperation ist nur von der technischen Ausführbarkeit abhängig zu machen und es muss darum jeder Krebs operirt werden, der mit den heutigen technischen Mitteln operirbar ist, weil er, sich selbst überlassen, unwiderruflich den Untergang des befallenen Individuums zur Folge hat.

Beim Carcinoma uteri galt es als Regel vor Ausführung der Operation das Allgemeinbefinden, das Alter und die Ausdehnung des Tumors, die An- oder Abwesenheit von Metastasen und die Möglichkeit per vaginam alles krankhafte entfernen zu können, genau in Erwägung zu ziehen.

Bezüglich des Allgemeinbefindens braucht man heutzutage nicht mehr so vorsichtig zu sein: Aether statt Chloroform zur Narkose und die Blutsperrung durch Anwendung der Klammern erlauben auch sehr herabgekommene Individuen zu operiren.

Bezüglich der Ausdehnung des Tumors auf die Scheide ist nur das Uebergreifen desselben auf die vordere Scheidenwand ungünstig, weil bei der Operation die Verletzung der Blase zu befürchten ist. Das Uebergreifen des Tumors auf die seitlichen oder die hintere Scheidenwand, die Infiltration der Parametrien (die nicht immer krebsiger, sondern öfter nur entzündlicher Natur ist) und damit die Unbeweglichkeit des Uterus, weiters das Anwachsen des Tumors über Kindskopfgrösse sind keine Gegenindikationen, weil man heutzutage mittelst der Klammern und des von PÉAN und SEGOND ausgebildeten Verfahrens des «Morcellement» (Zerstückelung) im Stande ist, weit in das seitliche Beckenbindegewebe einzugreifen und auch grosse Tumoren per vaginam zu entfernen. (Das letztgenannte Verfahren des Morcellement übertrifft die FREUND'sche Kombination centraler und vaginaler Methoden und die verschiedenen sakralen Methoden an Sicherheit und Einfachheit.)

Eine Gegenanzeige bilden nur jene Tumoren, wo Neubildung und Zerfall in gleicher Weise fortschreiten, weil hier schon ein sicheres Fassen der Neubildung unmöglich ist.

Auf der Klinik des Verfassers wird jede Frau, wo die Operation nur halbwegs ausführbar ist, mittelst Totalexstirpation operirt, weil der Eingriff mit den heutigen technischen Mitteln kein gefährlicher ist und doch die Möglichkeit der Kranken, selbst wenn der Krebs nicht ganz ausrottbar ist, durch Entfernung der eiternden, jauchenden, häufig blutenden Herde, eine bedeutende Linderung zu schaffen, zum Eingreifen ermuntern muss. Man findet, dass nach Entfernung der Neubildungen die Kranken oft Jahre lang von Schmerzen befreit sind und förmlich wieder aufblühen.

Wenn nach der Operation auch Rezidiven auftreten, so entwickeln sich diese doch in dem nicht secernirenden Bindegewebe und nicht in der Schleimhaut und können dann immer noch durch Aetzungen behandelt werden.

Da die weniger eingreifenden Verfahren, wie Auskratzen und Brennen der Neubildungen auch nicht immer so unschuldig sind, sondern zuweilen durch Sepsis und Peritonitis zum letalen Ausgang führen, so wird die radikale Behandlung um so mehr den Vorzug verdienen.

B. S.

E. Stammosa Bishop (Manchester): **Blutungen post partum und ihre Behandlung mittelst Compression der Aorta** (The Lancet 22. April 1893. — Allgemeine Medizinische Central-Zeitung Nr. 54, 1893.)

Bishop empfiehlt als sicherstes, momentan wirkendes und stets anwendbares Mittel bei profusen Blutungen nach der Geburt die Compression der Aorta in Verbindung mit der Compression des Uterus.

Die blutenden Gefässe stammen alle aus 2 Arterienpaaren, den Art. uterinae, die durch die Iliacae communes und Hypogastricae mit der Aorta in Verbindung stehen und den Art. spermaticae internae, welche höher oben direkt aus der Aorta entspringen und hauptsächlich die Ovarien mit Blut versorgen.

Die ersteren sind die bei weitem wichtigsten und die Blutung aus ihnen steht durch Compression der Aorta sofort, während die Blutung aus den Ovarialgefässen durch Compression des Uterus zum Stillstand gebracht wird.

Die Compression der Aorta ist leicht ausführbar; die Wände des Abdomens, die durch die vorhergehende Schwangerschaft stark ausgedehnt waren, sind jetzt unmittelbar nach der Geburt vollkommen erschlafft und lassen das Promontorium und über demselben (etwas nach links) die Aorta leicht durchfühlen. — Man bedient sich zur Compression eines Tourniquets oder besser der linken Hand (mit der man den Druck gut reguliren kann, ohne durch ein Zuviel überflüssige Schmerzen zu machen), indem man sie zur Faust ballt und mit ihrer Ulnarfläche comprimirt. Die andere Hand fasst indessen den Uterus und knetet ihn und regt ihn dadurch zu Kontraktionen an.

Während dieser Zeit kann man Ergotin oder ähnliche Medikamente subkutan oder per os verabreichen und die collabirte Patientin durch Alkoholica oder flüssige Nahrung kräftigen.

Zur Illustration des Vorgetragenen führt Verfasser zwei Krankengeschichten an, in denen halbstündliche Compression der Aorta lebensgefährliche Blutungen zum Stillstand gebracht hatte.

B. S.

Aus dem Laboratorium f. chirurg. Pathologie und Therapie an der kaiserlichen Universität Kiew.

Prof. Dr. A. Pawlowsky und Stud. med. L. Buchstab: Weiteres zur Immunitätsfrage und Blutserum-Therapie gegen Cholerainfektion. (Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 27, 1893.)

Die Verfasser berichten über eine Reihe von Versuchen, die sie zur weiteren Erforschung der immunisirenden und heilkräftigen Eigenschaften des Blutserums immuner Hunde an verschiedenen Thieren ausgeführt haben.

Sie wählten hiezu erstens kaltblütige Thiere (Frösche), bei denen nur die Giftwirkung der Choleramikroben in Betracht kommt, weil sich die Mikroben selbst in dem niedrig temperirten Blute nicht vermehren können und zweitens Thiere, deren Bluttemperatur höher ist als der Menschen, nämlich Vögel.

Die Versuche an Fröschen ergaben, dass diese Thiere durch Einspritzung von Cholerakulturen unter die Haut in kürzerer oder längerer Zeit (je nach dem Alter der Kultur) unbedingt getödtet werden und weiter, dass sie durch Blutserum immuner Hunde gegen Cholerainfektion immunisirt und die bereits inficirten durch dasselbe auch geheilt werden können.

Das Blutserum immunisirter Frösche immunisirt und heilt auch wieder neue Frösche und auch Kaninchen, Meerschweinchen und Tauben. (Doch lassen die Versuche an kaltblütigen Thieren manchmal im Stich, was bei Warmblütern niemals der Fall ist).

Diese Versuche an kaltblütigen Thieren ergeben auch neue Hinweise darauf, dass das Wesen der Choleraerkrankung auf Intoxikation durch Choleragift und die Heilung der Choleraintoxikation auf Neutralisirung dieses Giftes zurückzuführen ist.

Versuche an warmblütigen Thieren mit höherer Bluttemperatur, wo die Mikroben sich lebhaft vermehren, wurden an Hühnern, Enten und Tauben ausgeführt.

Hühner und Enten zeigten sich überhaupt gegen Cholerainfektion immun. Tauben jedoch ergaben sich als zu den Versuchen sehr geeignet. Es konnte durch Serum immunisirter Hunde sowohl Immunisirung als auch Heilung nach vorausgegangener Infektion stets prompt bewirkt werden.

Der zweite Theil der Versuche bezog sich auf die Isolirung der gesuchten heilkräftigen Substanz, die im Blute immuner Thiere vorhanden ist.

Frühere Versuche liessen annehmen, dass diese Heilkraft im Serum an die Eiweissstoffe gebunden sei.

Es wurden die Eiweissstoffe zuerst mit schwefelsauerem Ammonium, später mit absolutem Alkohol gefällt und mit dem Niederschlag Versuche gemacht.

Beidemal konnten positive Resultate erzielt werden, doch waren diese gefällten Eiweisssubstanzen sowie bei weiteren Versuchen die isolirt dargestellten Globuline und Albumine stets weniger wirksam als ihre natürliche Lösung: Das Blutserum.

Das Antitoxin verbindet sich zu einem Theil sowohl mit den Globulinen als Albuminen, es gehört jedoch zu einer besonderen Klasse von Eiweisskörpern und ist eine genau charakteristische Substanz und auch von den Verfassern bereits isolirt dargestellt, worüber sie in einem späteren Artikel zu berichten versprechen.

Bei der Nachforschung nach dem Unterschied in den Eiweissstoffen des Blutes immuner und nicht immuner Hunde fand sich, dass im immunen Serum die Globulinmenge bedeutend abnimmt gegenüber den Albuminen und anderen Eiweissstoffen.

Bemerkenswerth ist, dass junge Hunde verschiedener Gattung gegen das Choleragift auch in verschiedenem Masse empfindlich sind (junge Möpse entgingen der Infektion rascher als Hofhunde).

Bei allen früher angeführten Versuchen wurde stets Serum verwendet, das aus dem Blute mehrerer immuner Hunde gewonnen war.

Bezüglich der Zeit, in welcher hinreichende Immunität erzielt werden konnte, ergab sich, dass dies schon im Verlauf eines Monates möglich war, dass die Immunität sich jedoch im Laufe weiterer Zeit noch bedeutend steigern liess.

Mittelst 1% Boraxsäure oder Kampher liess sich das Heilkräftige Serum durch 3—5 Monate und länger wirksam erhalten.

Die Verfasser erklären schliesslich ihre Bereitwilligkeit, ihr ganz ungefährliches Heilserum zu Versuchen von Choleraheilung bei Menschen an Aerzte jederzeit abgeben zu wollen. *B. S.*

Dr. Willy Sachs: 69 Fälle von Zungencarcinom. (Langenbeck's Archiv, Bd. 45.)

Sachs stellt die an Kocher's Klinik in den letzten 20 Jahren beobachteten Fälle von Zungencarcinom zusammen. Seine Statistik bestätigt das bedeutende Ueberwiegen dieser Erkrankung bei Männern gegenüber dem weiblichen Geschlecht. Auch die Häufigkeit vorhergegangener Reizzustände an den später von Carcinom afficirten Zungen wird abermals bestätigt. Zur sicheren Stellung der Diagnose befürwortet Sachs die Probeexcision behufs mikroskopischer Untersuchung. Operirt wurden 58 Patienten und zwar wurden 76 Operationen mit 8 — 10·5% Todesfällen vorgenommen. Von 38 operirten Patienten konnte das weitere Schicksal eruirt werden. 13 blieben bis zum Tode recidivfrei. 35 erkrankten an lokalen oder regionären Recidiven. Ueber ein Jahr lebten von den 38 Patienten 18 47·3% und zwar lebten 8 vier Jahre und mehr, 5 lebten 7 Jahre und mehr, einer 8 Jahre, einer 10 Jahre, einer 12 Jahre nach der ersten Operation. Bedenkt man, dass ein Zungencarcinom ohne operativen Eingriff innerhalb von 1—2 Jahren unbedingt zum Tode führt, so wird man die Indikation zum blutigen Eingriff beim Zungencarcinom als unbedingt gerechtfertigt anerkennen. Hervorzuheben ist, dass unter den so lange geheilt gebliebenen Fälen solche sich befinden, bei denen Drusen und Mundhöhlenboden etwa miterkrankt waren und mitentfernt werden mussten. *J. S.*

Dr. Oehlschlaeger (Danzig): **Zur Wiederbelebung Neugeborener.** (Centralbatt für Gynäkologie. Nr. 31, 1893).

Vor einigen Jahren wurde Verf. zu einem Ertrunkenen gerufen; Verf. fand bei demselben bereits zwei junge Kollegen, welche mit den typischen Wiederbelebungsversuchen eifrigst beschäftigt waren.

Verf. sah kurze Zeit ihren fruchtlosen Bemühungen aufmerksam zu und überzeugte sich dann, dass all diese Anstrengungen an einem kleinen Fehler litten, der dieselben ganz erfolglos machte: die künstlichen Athembewegungen blieben vollständig unwirksam, weil man unterlassen, die zurückgesunkene und die Athemwege verlegende Zunge hervorzuziehen.

Dieser Kunstfehler, der bei Wiederbelebungsversuchen an Erwachsenen wohl nur selten gemacht wird, kommt trotzdem nach meinen Erfahrungen bei der Wiederbelebung Neugeborener recht oft vor. Was helfen all die künstlichen Mittel, um die Athmung anzuregen, von dem Begiessen mit kaltem Wasser bis zu den forcirten SCHULTZE'schen Schwenkungen, wenn die Glottis hartnäckig durch die zurücksinkende Zunge verlegt wird.

Nun gibt es allerdings ein Mittel, welches diesen Uebelstand mit Sicherheit vermeidet, nämlich das Einführen eines elastischen Katheters in den Kehlkopf und darauffolgendes Einblasen von Luft. Aber auch dieses Verfahren hat seine Schattenseiten. Erstens können immerhin die zarten Schleimhäute der Luftwege durch das Einführen des Katheters etwas leiden, und zweitens ist ein geeigneter Katheter nicht immer gleich zur Hand. Der in die geburtshilfliche Tasche etwa hypothekarisch eingetragene ist möglicherweise brüchig oder sehr hart und unnachgiebig geworden. Da zeigt sich wieder einmal die alte Erfahrung, dass das einfachste Verfahren und das am wenigsten durch Instrumente beschwerte immer das beste ist. Der Geburtshelfer legt seinen Mund auf den Mund des Kindes und bei gleichzeitigem Zusammendrücken der kindlichen Nase bläst er in entsprechenden Zwischenräumen Luft ein.

Nun aber stösst man eben hierbei in manchen Fällen auf einen unüberwindlichen Widerstand, die Luft will nicht in die kindliche Lunge eindringen. Verf. half sich unter solchen Umständen in früheren Jahren, ehe er auf die eigentliche Natur des Hindernisses gekommen war, durch Einführen des Katheters in die Luftröhre. Allmählich aber überzeugte er sich, dass nur die die Glottis verlegende Zunge das Hinderniss bildet. Fortan griff er in solchen Fällen zur Kornzange — ein zwischen zwei Finger gefasstes Taschentuch, mit welchem man die Zunge festhält, würde wohl dieselben Dienste leiste — zog die Zunge hervor, und hatte die Freude, bisweilen dann schon, ohne weiteres Zuthun, bei den krampfhaften aber wirkungslosen Athembewegungen der Neugeborenen unter zischendem Geräusch die Luft in die Lungen eindringen zu hören. In den meisten Fällen aber muss man, indem man die die Zunge haltende Kornzange in einen Mundwinkel hineinzieht, Lufteinblasungen in die nun frei gewordene Lunge vornehmen, bis das Kind zu freiwilligem Athmen kommt.

Während diejenigen Neugeborenen, welche wegen behinderten Lufteintrittes in die Lungen asphyktisch zur Welt kommen, meist ein bläulichrothes, gedunsenes Gesicht zeigen, sehen die mit erlahmender Herzthätigkeit Geborenen gewöhnlich blass und kollabirt aus. Auch hier ist ja die Anregung der Athemthätigkeit das am meisten geübte und oft auch erfolgreiche Verfahren. Aber man kommt bisweilen schneller zum Ziele, wenn man die Herzthätigkeit durch Kompression der Herzgegend anregt. Aus eigener Erfahrung und Beobachtung hatte Verf. schon seit einer Reihe von Jahren in solchen Fällen mit Erfolg rasch aufeinander folgende rhythmische Kompressionen der Herzgegend angewandt; er kitzelt so zu sagen die Herzgegend.

Da las Verf. im vorigen Jahre in der Berliner klin. Wochenschrift Nr. 12 in dem Aufsatz von MAASS in Göttingen «Ueber die Wiederbelebung bei Herztod nach Chloroformeinathmung» eine Bestätigung und Rechtfertigung meines Verfahrens. Schon Professor KOENIG in Göttingen hatte in seinem Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie in dem Abschnitte über Chloroformnarkose angegeben. in Fällen von Asphyxie bei jeder Exspiration zugleich die Herzgegend zu komprimiren. Sein Assistenzarzt MAASS hat nun dieses Verfahren dahin erweitert, dass er die Kompression des Herzens nicht in dem Rhythmus der Respiration (30—40 in der Minute bei Erwachsenen) sondern in dem des Pulses (also 120 in der Minute) vornimmt. Das Verfahren beim Herztode Neugeborener wäre also dahin zu modificiren, dass man die gerade hier so leicht nachgiebigen Brustwandungen zwischen die Finger einer Hand nimmt und sie dann in rasch auf einander folgenden leichten rhythmischen Kompressionen, etwa mit der Schnelligkeit des kindlichen Herzschlages, zusammendrückt. Es lässt sich denken, dass gerade durch die Manipulation der Herzmuskel am sichersten getroffen und zu erneuter Thätigkeit angeregt wird.

Aus dem Institut für Infektionskrankheiten des Geheimrath **Prof. R. Koch** in Berlin.

Stabsarzt Prof. Dr. Behring: Die ätiologisch-therapeutischen Bestrebungen der Gegenwart. III. Theil. Geschichtliches zur ätiologischen Therapie. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26, 1893.)

Dieser Artikel ist eine historische Studie über SYDENHAM (den der Verfasser einen Klassiker der therapeutischen Wissenschaft nennt) mit ausführlich in wortgetreuer Uebersetzung (von J. KRAFT, EBNER'sche Buchhandlung, Ulm 1838, 2 Bd.) citirten Stellen aus seinen Werken.

Verfasser führt SYDENHAM zuerst als Therapeutiker vor. Wir lernen ihn als den Begründer der jetzigen Anwendungsweise der Chinarinde bei der Malaria kennen. Wir erfahren, dass die Peruvianische Rinde schon vor SYDENHAM in London angewendet worden war, dass sie aber wegen der unzweckmässigen Darreichung einerseits traurige Folgen (3 Todesfälle) nach sich zog, andererseits die Fieberanfälle zwar für eine Zeit koupirte, ihre spätere Wiederkehr jedoch nicht verhindern konnte, so dass die Aerzte jedes Vertrauen zu ihr verloren hatten.

SYDENHAM gibt nun genau an, wie man dadurch, dass man die Fieberrinde unmittelbar nach einem Paroxismus zu reichen beginne, die üblen Folgen hintanhalten könne und wie durch längeres Fortgeben des Mittels auch nach dem Systiren der Anfälle die Rezidiven zu vermeiden wären. Er führt hiebei genau die Bereitungsweise des Medikamentes an, wie es Erwachsenen, wie es Kindern zu reichen wäre, wie man bei Erbrechen des Mittels zu verfahren hätte etc.

Verfasser weist darauf hin, wie SYDENHAM sein Mittel genau nach allen Richtungen prüfe, was Zusammensetzung, Bereitungsweise, Anwendungsweise betrifft, während jetzt bei neuen Heilmitteln eine fabriksmässige Arbeitstheilung platzgreife, indem der eine das Mittel bereitet, ohne dessen Wirkung zu kennen, während der andere, der dessen Anwendung erforsche, meist von seiner Bereitungsweise nicht unterrichtet sei.

Eine nächste citirte Stelle aus SYDENHAM's Werken ist wieder therapeutischen Inhaltes: Ueber die Anwendung der Eisenpräparate bei Schwächezuständen der Frauen, wo das Eisen in Substanz als beste Darreichungsform empfohlen wird.

Weitere Stellen bringen Belege für SYDENHAM's humoralpathologische Anschauung und für seine Ueberzeugung, von der Spezifität der Krankheitsursachen und von der Möglichkeit spezifische Heilmittel aufzufinden (wenn er auch zur Zeit nur die Chinarinde als solches anerkennt).

SYDENHAM vergleicht die Krankheitsspezies mit einer Pflanzenspecies, die genau nach ihren bestimmten, stets vorhandenen Merkmalen charakterisirt werden könne.

Er betrachtet es deshalb als die Aufgabe der Aerzte die Krankheit nach ihren spezifischen Phänomenen zu erfassen und fern von allen philosophischen Spekulationen und Hypothesen streng darnach einzutheilen, sowie der Botaniker die Pflanzen systematisch gruppirt und nach genauer Erkennung der diagnostisch spezifischen Merkmale den therapeutischen Specifica nachzuforschen. *B. S.*

C. Posner: Ueber Amöben im Harn. Vortrag gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft zu Berlin. (Berliner Klinische Wochenschrift. Nr. 28, 1893.)

Dass Amöben bei gewissen Krankheiten als regelmässiger Befund vorkommen, ist seit längerer Zeit bekannt. So sind es besonders gewisse Formen von Dysenterie in tropischen Gegenden, bei welchen diese niedrigsten Thiere (Amoeba coli s. dysenterica Lösch) als Parasiten nachgewiesen wurden.

Ueber das Vorkommen von Amöben im Harne ist jedoch noch wenig bekannt.

Verfasser theilt die Krankengeschichten eines Mannes mit, bei welchem anfallsweise Hämaturie mit Amöbenbefund im Harne auftrat.

Patient ist 37 Jahre alt, war früher stets gesund, hatte sein ganzes Leben in Berlin zugebracht. Plötzlich nach vorausgegangener starker Erkältung und Durchnässung trat Schüttelfrost und allgemeines Uebelbefinden auf, worauf blutiger Urin entleert wurde. Die damals vorgenommene Untersuchung ergab ausser blasser Gesichtsfarbe nichts Abnormes. Der Urin, der angeblich in gewöhnlicher Menge entleert wurde, war tiefroth gefärbt, sehr trüb, enthielt reichlich Blut, 3‰ Eiweiss. Mikroskopisch fanden sich zahlreiche Körper, aus granulirtem Plasma bestehend, die die meisten Blutkörperchen etwa um das 8—10 fache an Grösse übertrafen. Sie enthielten einen oder mehrere Kerne, Vacuolen und fremde Einschlüsse, besonders rothe Blutkörperchen. Die Form war unregelmässig plump und veränderte sich unter den Augen deutlich — also unzweifelhaft Amöben. Daneben fanden sich rothe Blutkörperchen, Leukocyten, vereinzelte Nierenepithelien und hyaline sowie granulirte Blutcylinder.

Nach zweitägiger Bettruhe und Milchdiät zeigten sich von den Amöben die beweglichen, nackten Formen in der Minderzahl gegenüber, wurden mit einer deutlichen Hülle umgeben, die sich granulirten.

Am Tage danach war der Urin Blut- und Amöbenfrei, doch waren noch Eiweissgehalt und Cylinder nachzuweisen.

Es wurden noch weitere 4 Anfälle beobachtet (der letzte ganz vor kurzem nach 7 monatlicher Pause), wo jedesmal mit dem blutigen Harne auch die Amöben auftraten und mit dem Blut auch wieder verschwanden.

Ueber den ursächlichen Zusammenhang der Erkrankungen mit den Amöbenbefunden kann kein Zweifel sein. Weniger Bestimmtes lässt sich über den Sitz dieser Eindringlinge sagen. Gegen die Blase spricht der Mangel cystitischer Symptome und der negative cystoskopische Befund. Für die Niere das Auftreten von Cylindern und der Albumingehalt.

Nachdem die Blutuntersuchung stets negative Resultate ergab, so muss man denken, «dass die Amöben von der Blase aus in das Nierenbecken gelangt sind, sich damit vielleicht in einer Cyste eingenistet und von hier aus die wiederholten Attaquen der Nierenaffektion bedingt haben.»

Die vorgefundenen Amöben stimmen im Allgemeinen mit der Am. coli überein, doch scheinen Grössenunterschiede obzuwalten, indem die A. coli meist nicht über 30 μ hinaus kommt, während hier wiederholt Grössen bis zu 50 μ beobachtet wurden.

Verfasser meint, dass man in Zukunft bei dunkeln Fällen von Hämaturie an ähnliche Befunde wird denken müssen, wobei die von Winkler und Fischer angegebene elektrolytische Harnsedimentirung für die Untersuchung vielleicht von Nutzen sein wird.

B. S.

Dr Oscar Liebreich: Der Werth der Cholerabakterien-Untersuchung. (Vortrag, gehalten in der Berliner mediz. Gesellschaft, 21. Juni 1893 — Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28, 1893.)

Liebreich bespricht in seinem Vortrag die Koch'schen Methoden zum Nachweis der Cholerabakterien, die Eigenschaften dieser Bakterien und ihre Bedeutung für die Cholera und übt hiebei scharfe Kritik an allen Koch'schen Befunden.

Er offenbart sich sofort als Gegner Koch's, indem er in den einleitenden Worten die Bakteriologie als Wissenschaft nicht anerkennt und nur als eine botanische Methode bestehen lässt, die gar keiner Berufsbakteriologen bedürfe, sondern von jedem Arzt leicht zu erlernen sei.

Die von Koch in dem Aufsatze «Zum gegenwärtigen Stand der Choleradiagnose» niedergelegten Vorschriften zerfallen in Abtheilungen: 1. die mikroskopische Untersuchung, 2. die Peptonkultur, 3. die Gelatineplattenkultur, 4 die Agarplattenkultur, 5. die Cholerarothreaktion, 6. der Thierversuch.

1. Die mikroskopische Untersuchung ist nach Koch selbst nur etwa in 50% der Fälle entscheidend, wobei man nicht bloss auf die Form, sondern auch auf die Anordnung der Bakterien zu achten habe.

2. Die Peptonkultur zeigt bei reichlichem Vorhandensein der Cholerabakterien Reinkulturen derselben. Bei geringerer Menge erscheinen sie mehr oder weniger gemischt mit Faecesbakterien (hauptsächlich Bacterium coli). Es sind also diese zwei Methoden für eine sichere Diagnose nicht ausreichend. — Ebensowenig ist es

3. die Gelatinplattenkultur, die manchmal atypisches Wachsthum der Kulturen zeigt, und

4. die Agarplattenkultur, welche von Koch selbst als nicht so charakteristisch wie die Gelatinplattenkultur bezeichnet wird.

5 Die Cholerarothreaktion ist nach Liebreich eine altbekannte, nur der Name «Choleraroth» ist neu und wenig passend.

Es ist nämlich die Rothfärbung, welche durch Salpetersäure in faulenden Massen erzeugt wird und die von dem darin enthaltenen Indol herrührt. Sie ist übrigens bei der Cholera nicht konstant, da Prof. C. Fränkel in Marburg gekrümmte Bakterien gefunden hat, die er als Cholerabakterien ansprechen musste, die diese Reaktion nicht ergaben.

Ausserdem ist diese Reaktion auch keine chemisch genaue, weil das dazu verwendete Pepton ein inkonstantes, vermöge seiner Darstellungsweise verschieden zusammengesetztes Fabrikat des Handels ist.

6. Der Thierversuch. Auch dieser ist nicht so überzeugend, wie Koch meint. Die Symptome der Infektion bei Meerschweinchen (nach Einspritzung von Agarkulturen in die Bauchhöhle) nämlich Muskelschwäche, Krämpfe, Sinken der Temperatur sind einfach Vergiftungserscheinungen, die einerseits nach neuen Beobachtungen auch durch andere Bakterien (Vibrio von Finkler, Bact. coli u. A.) hervorgerufen werden können, andererseits wieder bei Einspritzung von unzweifelhaften Cholerabakterien mitunter auch ausbleiben.

Ausserdem ist bei diesen toxikologischen Versuchen auch die Methode anzufechten, weil die Dosirung mittelst Platinöse bei der verschiedenen Dicke des Platindrahtes, der verschiedenen Grösse der Oese und der zähschmierigen Beschaffenheit der Kulturen eine höchst ungenaue ist.

Da also nach diesen Auseinandersetzungen alle genannten Proben nicht verlässlich sind, andere angegebene Eigenschaften der Cholerabacillen aber auch unter Umständen im Stiche lassen, (das Häutchen auf der Bouillonkultur ist inkonstant, die Gerinnung der Milch durch die Bacillen wird von den Einen behauptet, von Anderen geleugnet, ja selbst die gekrümmte Form ist nicht massgebend, da italienische Forscher bei der Choleraepidemie in Massauah und Ginda gerade Cholerabacillen gefunden haben), so gelangt man unwillkürlich zu der Vermuthung, ob bei den verschiedenen Epidemien nicht auch verschiedene Bakterien vorgelegen haben.

Nach Liebreich hat man bisher nur zeigen können, dass bei der Cholera eigenartige Bacillen und zwar verschiedener Art und Eigenschaft auftreten, die man jedoch als die Ursache der Cholera nicht ansprechen kann. Diese ist eine noch unbekannte Schädlichkeit, welche die Zellen trifft und sie in ihrer Funktionsfähigkeit so weit herabsetzt, dass sie der massenhaften Vermehrung der Mikroorganismen nicht widerstehen können.

Für diese Schwächung der Zellen durch verschiedene Schädlichkeiten sprechen interessante Thierexperimente, z. B. Fäulnissbakterien, die an und für sich nicht wirksam waren, werden durch eine minimale interne Dosis Atropin rasch tödtlich; Tauben, die für Milzbrand nicht empfänglich sind, erliegen der Infektion, wenn sie durch Hunger herabgekommen sind.

Darum glaubt Liebreich, dass vor Allem auf die Herstellung guter sozialer und sanitärer Zustände, unter welchen der menschliche Organismus dem angehäuften Gifte grösseren Widerstand entgegensetzen kann, hinzustreben sei, während ihm die Desinfektion und die sonstigen gegen die Bakterien gerichteten Massregeln kein Vertrauen einflössen.

Die Bakterien sind also nach Liebreich nur ein Symptom der Cholera. «Wer dieselben als primäre Ursache der Cholera hinstellen will, ist verpflichtet zwingendere Beweise dafür beizubringen, als es bis jetzt geschehen ist.»

B. S.

P. F. Sadowski: Die Art der Verbreitung der Mikroben von der Gebärmutterhöhle aus. — (Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. — St. Petersburger medizinische Wochenschrift Nr. 4, 1893.)

Die Frage auf welchem Wege sich in der Gebärmutterhöhle befindende Mikroben weiter verbreiten, hat SADOWSKI auf experimentellem Wege zu lösen gesucht. Zu diesem Zwecke wurde unter den nöthigen Kautelen einigen Meerschweinchen eine Emulsion einer Reinkultur von gelben Staphylokokken in den Uterus injicirt. Nach dem Tode der Thiere wurden sowohl makroskopische, als auch mikroskopische Untersuchungen angestellt, deren Resultate in Kürze folgende sind. In den Hörnern der Gebärmutter und in dem umgebenden Zellgewebe sind deutlich ausgesprochene entzündliche Vorgänge vorhanden. Die Entzündung beschränkt sich nicht nur auf die Stelle des Trauma (durch Einführung der Spritze verursacht) sondern verbreitet sich auch weiter im Genitalstraktus sowohl aufwärts, als auch nach den Seiten hin. Die eingeführten Mikroben dringen durch die ganze Dicke der Hörner in das Zellgewebe hindurch, hauptsächlich durch Vermittelung der Lymphspalten. Es ist daher die Annahme berechtigt, dass die Mikroben nicht nur per continuitatem, sondern falls Defekte in den auskleidenden Membramen bestehen, auch durch die Wandungen hindurch in das die Gebärmutter umgebende Zellgewebe dringen und diese oder jene Entzündungsart hervorrufen können.

Trudeau: Ueber Tuberkulose des Auges und antituberkulöse Impfung beim Kaninchen. Vortrag. (The New-York Medical Journal. 22. Juli 1893.)

Bis vor Kurzem hat man den Tuberkel-Bacillus für einen seiner Abstammung nach einheitlichen Organismus gehalten, und demselben auch einen ziemlich konstanten Grad von Virulenz zugeschrieben. Neuere Untersuchungen haben gelehrt, dass es zwei verschiedene Arten von Bacillen gibt — den der Säugethiere und den der Vögel. Die in den letzteren gedeihenden Bacillen bilden eine wohl charakterisirte Species für sich und sie haben Eigenschaften, welche der von KOCH ursprünglich beschriebenen Form abgehen. So sind sie z. B. Anaerobien und unterscheiden sich dadurch scharf von den Bacillen des Menschen und der Säugethiere, welche des Sauerstoffs zu ihrer Existenz bedürfen. Der Tuberkelbacillus des Menschen wurde von allen Beobachtern als ganz oder nahezu harmlos für Vögel befunden; der Bacillus der letzteren ist wieder Hunden und Meerschweinchen ganz ungefährlich. Kaninchen sind empfindlicher; injicirt man ihnen ein wenig verflüssigter Reinkulturen unter die Haut, so reagiren sie, selten zwar mit allgemeiner Infektion, um die Einstichstelle aber bekommen sie einen ganz eigenthümlichen Abscess, der allmälig vollständig verschwindet. Intravenösen oder intraperitonealen Impfungen pflegen sie zu erliegen. TRUDEAU wendet sich nun zur Besprechung der verschiedenen «antituberkulösen» Injektions-Versuchen, welche in den letzten Jahren mit ungünstigen Resultaten angestellt wurden und berichtet dann über seine eigenen Experimente. Die Kulturen, die er seinen Kaninchen in Dosen von 0·025—0·05 subkutan injicirte, stammten von Hühnern. Von je 4 Versuchsthieren starb eines in ungefähr 3 Monaten in Folge hochgradiger Erschöpfung aber ohne eigentliche Zeichen von Tuberkulose; die übrigen Thiere litten an den oben erwähnten eigenthümlichen Abscessen, waren jedoch bald wieder hergestellt. Nach ihrer Genesung wurde ihnen und einer gleichen Anzahl Kontrol-Thieren von Kaninchen stammende Kulturen von Tuberkelbacillen in die vordere Kammer des Auges injicirt. Bei den Kontrol-Thieren mit denen früher in keiner Weise manipulirt worden war, traten Tuberkel in der Iris auf, welche verkästen, zerfielen und das Auge rapid zerstörten. Die vorher geimpften Thiere verhielten sich ganz anders. Es trat in allen Fällen eine stürmische Entzündung der Cornea und der Iris auf, welche aber rasch wieder schwand, und — wie Redner an den Thieren demonstrirt — ausser einer leichten Hornhauttrübung an der Stelle des Einstichs keinerlei Folgen zurückliess.

TRUDEAU gibt sich nicht der Illusion hin, auf diese Weise eine komplete oder dauernde Immunität geschaffen zu haben, sieht aber die Thatsache als bewiesen an, dass es möglich ist, beim Kaninchen mittelst Präventiv-Impfungen eine anderweitig künstlich erzeugte tuberkulöse Erkrankung des Auges, die sonst unaufhaltsam weiter schreitet, in ihrer Entwickelung zu hemmen und zu beseitigen. *A. P.*

Dr. Bjeljakow: Ueber den Einfluss der Ohrerkrankungen auf die Entwicklung und den Verlauf des Wahnsinns. (Aus «Boston Med. and Surgic. Journal».)

Dr. BJELJAKOW hat Beobachtungen über diesen Gegenstand in einem Spitale in St. Petersburg angestellt. Seine Beobachtungen beschränkten sich auf Fälle von ausgesprochener Mittelohrentzündung.

Von 135 Sektionen, die er während 4 Jahren vorgenommen hatte, litten 17·12 Perzent der Kranken an innerer Otitis. Von diesen litt einer der Kranken an Melancholie; einer an Paranoia hallucinatoria acuta; acht an Paranoia hallucinatoria chronica; zwei an sekundärer Demenz; drei an epileptischem Wahnsinn; vier an allgemeiner Paralyse; einer an seniler Demenz und drei an Hebephrenie.

Der Autor gelangt zu folgenden Konklusionen:

1. Ein Entzündungsprozess des inneren Ohres ist häufig die Ursache geistiger Störungen, speziell eines Wahnsinns mit hallucinatorischen Begleiterscheinungen.

2. Wenn der lokale Entzündungsprozess einen ungünstigen Verlauf nimmt, so geht der Wahnsinn häufig in sekundäre Demenz über, was sonst diese Form des Irrsinns nicht zu thun pflegt.

Einseitige Gehörshallucinationen sind oft das Resultat einer erhöhten Erregbarkeit der corticalen Centren, das Resultat einer Uebertragung des Reizes von den Gehörsnerven.

3. Beiderseitige Gehörshallucinationen, — welche die Hypothese einer unabhängigen Funktion beider Gehirnhemisphären stützen, — können durch eine Erkrankung des Gehörapparates verursacht werden.

4. Die Reizung des Gehörorgans beschränkt sich häufig nicht bloss darauf, Gehörshallucinationen hervorzurufen, sondern in Folge einer Beeinflussung der anderen Sinne durch diesen Sinn bedingt sie auch andere Hallucinationen, besonders solche des Geschmacks, des Geruchs und allgemeine Sensibilität.

Der Charakter der Sinneshallucinationen wird auch durch die Individualität des Kranken beeinflusst.

5. Bei vielen Kranken, die an Ohrerkrankungen gelitten hatten, fand sich auch eine Hyperästhesie des Gehörs, die zuerst in einer Wahrnehmung von Geräuschen und musikalischen Tönen besteht, und die sich dann in eine krankhafte Sensation verwandelt.

Zu gleicher Zeit ist die Sensibilität für Töne aus der äusseren Welt nicht erhöht, sondern zumeist vermindert.

6. Der vermehrte Speichelfluss, der häufig eine Eiterung des Mittelohres begleitet, wird durch eine Reizung der Chorda tympani und der Nerven des Plexus tympanicus verursacht.

Die hypochondrische Depression und der hypochondrische Schmerz um das Pericardium, der von Zeit zu Zeit diese Patienten quält, kann durch eine Reizung der Nervi vagi des Ramus auricularis und durch eine Fortpflanzung dieses Reizes auf die cerebralen Centren des Gehörs erklärt werden.

7. Der Zusammenhang zwischen Ohrerkrankungen und Wahnsinn, begleitet von Hallucinationen, wird nur in den Fällen beobachtet, in denen die Gehirnfunktionen noch nicht gestört sind.

8. Die Epilepsie scheint bisweilen von einer Erkrankung des Labyrinths abzuhängen.

Die Reizung die von einer Entzündung des Mittelohres herrührt, kann die Form einer falschen allgemeinen Paralyse annehmen.

9. Gehörshallucinationen, obgleich sie bei der allgemeinen Paralyse selten vorkommen, können, wenn sie auftreten, das Resultat einer einseitigen Otitis sein. — In diesem Falle ist die Hallucination im Allgemeinen auf dieselbe Seite des Gehirns beschränkt. *L. L.*

Gilbert Ballet (Paris): **Die Alterationen der Augen bei der allgemeinen progressiven Paralyse.** (Le Progrès Méd., Nr. 23, 1893.)

In einem Vortrage, den Prof. BALLET im «Asile clinique St. Anne» gehalten, wird die Aufmerksamkeit der Aerzte auf einen im Allgemeinen wenig beobachteten Punkt bei dem Studium der allgemeinen progressiven Paralyse gelenkt, nämlich auf die Augenstörungen bei dieser Krankheit.

Der Verfasser weist vor Allem auf die progressive innere Ophthalmoplegie hin (Paralyse des musculus iridis und m. ciliaris); diese sei ziemlich häufig (in 50% der vom Vortragenden vorgeführten Fälle), sie trete in der Regel sehr frühzeitig auf und könne daher als ein werthvolles Symptom für die Diagnose sein. Charakteristisch ist die Art der Entwicklung dieses Symptoms: es entwickelt sich allmälig, progressiv und ziemlich regelmässig, um verschiedene Stadien unterscheiden zu können: 1. Parese der Reaktion auf die Lichtreize, 2. Unterdrückung der Reaktionsbewegung, 3. Unterdrückung dieses Reflexes und Accomodationsparese, 4. Vollständige Lähmung des Licht- und Accomodationsreflexes.

Diese Alterationen entwickeln sich im Allgemeinen asymmetrisch für beide Augen, woraus die gröbliche Thatsache der Pupillenungleichheit sich ergibt, die, als isolirte Erscheinung, die Aufmerksamkeit der Neuropathologen bereits auf sich gelenkt hat. Uebrigens herrscht die Mydriasis vor, nur ausnahmsweise beobachtet man Myosis und fast nur in Fällen von Perienkephalitis, die mit pseudotabischen Symptomen sich kundgibt.

Unabhängig von der erwähnten Ophthalmoplegie beobachtet man noch andere, jedoch weniger charakteristische und weniger wichtige Augenstörungen: Lähmungen eines oder mehrerer Augenmuskeln, die jedoch im Allgemeinen vorübergehend sind; Betäubung, Ictus apoplectiforme, transitorische Amaurose, die man zumeist in den Fällen antrifft, bei denen tabische Erscheinungen vorausgegangen sind.

Schliesslich erwähnt Verfasser den Nystagmus und die Atrophie der Netzhautpapille, sowie andere Veränderungen des Augengrundes, denen aber Verfasser keine grosse diagnostische Bedeutung beilegt, sei es wegen der Schwierigkeit der Erhebung derselben, sei es wegen der diesbezüglich entgegengesetzten Anschauungen der Spezialisten. *A. D.*

Darier und **Hudelo** (Paris): **Syphilis renalis praecox.** (La Méd. Moderne, 22. Juli 1893.)

In der Sitzung vom 20. Juli d. J. der «Société franç. de Dermatologie et Syphiligraphie» zu Paris berichteten die Autoren über den Fall eines Mannes, der, seit 7 Monaten an Syphilis leidend, in die Klinik des Prof. FOURNIER mit allgemeinen Oedemen, intensiver Dyspnoe, Cephalalgie, Ohrensausen, und dem Gefühle des Abgestorbenseins der Finger aufgenommen wurde. Man fand seinen Harn trübe, abundant und $11^1/_2$ *gr* Eiweiss per Liter enthaltend; am Herzen Galoppgeräusch, in beiden Pleurahöhlen reichlicher Flüssigkeitserguss; ausserdem wurden im Munde und an der Zunge Syphilide konstatirt. Diese Erscheinungen traten im vierten Monate nach den ersten Zeichen der syphilitischen Infektion auf; und begannen mit Schmerzen in den Lenden und flüchtigen Oedemen. Nach einem viermonatlichen Spitalaufenthalte, während welchem die specifische Behandlung vorgenommen, das Milchregime verabreicht und mehrere Thoracocenthesen ausgeführt wurden, starb Patient, nachdem in seinem Zustande wiederholt Perioden von Besserung und Verschlimmerung alternirend sich gezeigt hatten. Bei der Autopsie fand man: Anasarka, chronische Bronchitis und diffuse Nierenläsionen; das Herz war dilatirt; Arterien gesund. Die histologische Untersuchung der Nieren ergab das Vorhandensein einer diffusen subakuten Nephritis. Es bestand eine deutlich ausgesprochene Sklerose, eine capsuläre Glomerulitis, und das Epithel der Harnkanälchen befand sich überallhin in einem ausgesprochenen Zustande von körnig-fettiger Entartung. Gefässe gesund.

Die Autoren fragen sich, ob die Gesammtheit dieser Läsionen auf Rechnung der Syphilis zu setzen sind? Bei diesem Kranken konnte eine andere Ursache der Nephritis nicht eruirt werden. Es musste also die Syphilis als die alleinige Ursache angesehen werden. Die Syphilis wäre also im Stande in ihrer sekundären Periode nicht nur die grosse weisse Niere, die parenchymatöse Nephritis, die man in einer gewissen Zahl von Fällen konstatirt hat, hervorzurufen, sondern auch die gemischte oder diffuse Nephritis. Im vorliegenden Falle hat die Entwicklung der Nierenläsion einen Zeitabschnitt von circa 11 Monaten in Anspruch genommen.

Prof. FOURNIER zog aus diesen und ähnlichen Beobachtungen (der von HUDELO in der Sitzung vom 9. März 1893 mitgetheilte Fall von frühzeitiger Nierensyphilis hat auch einen raschen lethalen Ausgang genommen, und wurde über den Sektionsbefund, der mit dem oben angeführten so ziemlich übereinstimmt, in dieser letzten Sitzung von DARIER das Wesentlichste mitgetheilt) folgende Schlussfolgerungen:

1. Die Nierensyphilis kann sehr frühzeitig, bald nach dem Beginn der allgemeinen Syphilis auftreten.

2. Es handelt sich in diesem Falle um eine absolut banale Nierenentzündung in dem Sinne, dass sie alle Merkmale einer vulgären infektiösen Nephritis darbietet, ausgenommen selbstverständlich jene seltenen Fälle, in welchen es sich um Gummata der Nieren handelt.

3. Die auf Syphilis beruhende Nephritis hat einen sehr ernsten Charakter, denn es folgt in der Regel Exitus letalis selbst bei Anwendung der energischesten und am besten geleiteten spezifischen Behandlung. *A. D.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Die Stelle eines ordinirenden Arztes der oculistischen Abtheilung im Krankenhause der Rudolphs-Stiftung ist dem ausserordentlichen Professor der Augenheilkunde an der Wiener Universität, Dr. Otto Bergmeister, verliehen worden.

— Deutschland. Berlin. Der Geheime Medizinalrath Professor Dr. Hermann Senator in Berlin feierte am 8. August das 25jährige Jubiläum als Lehrer der Berliner Universität, bei welcher er zwei Tage später als Hofrath Nothnagel eintrat. Senator habilitirte sich für innere Medizin und Staats-Arzneikunde. Der Jubilar steht im 60. Lebensjahre, 1888 wurde er zum Direktor der Universitäts-Poliklinik ernannt. — Strassburg. Privatdozent Dr. Bayer wurde zum ausserordentlichen Professor der Gynäkologie ernannt. — München. Der a. o. Professor Dr. Tappeiner wurde zum ordentlichen Professor der Pharmakologie an der Universität München ernannt. Dr. Adolf Schmitt hat sich als Privatdozent für Chirurgie und Dr. F. Voit als Privatdozent für innere Medizin habilitirt.

— Frankreich. Lyon. Dr. C. Curtillet wurde zum Vorstand der chirurgischen Klinik ernannt. — Montpellier. Dr. Jaussaud und Dr. Capman wurden zu Vorständen der chirurgischen Klinik ernannt.

* Von dem General-Secretariate des Internationalen medizinischen Kongresses in Rom wird mitgetheilt, dass der Kongress auf April 1894 verschoben werden muss.

Im Namen des vorbereitenden Comités für Oesterreich
Wien am 8. August 1893. Nothnagel.

Diese Zuschrift bringt die officielle Bestätigung einer in der vorigen Nummer unseres Blattes verzeichneten Meldung.

* Wien. Die Abhaltung des I. Samariter-Congresses der im Herbste d. J. in Wien hätte stattfinden sollen, ist nun gleich dem internationalen medizinischen Congress auf das nächste Jahr verschoben worden.

* Berlin. Die militärärztlichen Bildungsanstalten begingen am 2. August in festlicher Weise den Geburtstag ihres Stifters, König Friedrich Wilhelm III. Dr. Grassnick erstattete den Jahresbericht und vollzog die Prämiirungen, und Professor Dr. Jolly hielt die Festrede über «Irrthum und Irrsinn».

* Paris. Einen Wunsch des Gesundheitsausschusses entsprechend wird in den Stellwägen ein Verbot angeschlagen werden, welches das Ausspucken auf den Boden verbietet. Es wäre sehr wünschenswerth, wenn diese Massregel in andere

Städte Nachahmung fände, nicht allein aus hygienischen, sondern auch aus ästhetischen Gründen.

* **Cholera-Nachrichten.** «Das österreichische Sanitätswesen», schreibt: Die bisher vorliegenden Nachrichten über das Auftreten und den Gang der Cholera im heurigen Jahre lassen keinen Zweifel, dass die sanitäre Situation für Oesterreich dermalen eine sehr ernste ist, eine ernstere, als sie im gleichen Zeitpunkte des verflossenen Jahres gewesen war und dass alle Anstrengungen gemacht werden müssen, der Verbreitung der Krankheit, falls sie eingeschleppt werden sollte wirksam entgegenzutreten. — In Russland hat sich die Seuche weiter gegen Westen ausgebreitet, herrscht in grosser Intensität in Podolien, ist in Bessarabien stark verbreitet und in zahlreichen nördlich der Reichsgrenze in nicht allzu grosser Entfernung gelegenen Städten, so in Kiew, Grodno, Bialystok aufgetreten, so dass Galizien und die Bukowina unmittelbar bedroht erscheinen. Zu ebenso lebhaften Besorgnissen gibt das nach den neuesten Nachrichten nicht mehr zu bezweifelnde Vorhandensein der Cholera in Braila in Rumänien und die Möglichkeit eines Fortschreitens derselben entlang der Donau Anlass. Die Einschleppung der Seuche von Frankreich nach Italien und der lebhafte Verkehr zwischen Italien und Oesterreich eröffnet heuer auch an der südlichen Reichsgrenze eine grosse Gefahr, welche nicht unterschätzt werden darf. Zu dieser an den Auslandsgrenzen drohenden Gefahr gesellt sich auch noch das wenn auch bisher sporadische Auftreten der Cholera in einzelnen Comitaten Ungarns, welche in das Gebiet des Oberlaufes der Theiss und ihrer Nebenflüsse fallen und musste insbesondere die Konstatirung mehrerer Cholerafälle unter den auf der ungarischen Strecke der Eisenbahnlinie Szigeth-Woronienka-Stanislau beschäftigten Arbeitern die besondere Aufmerksamkeit und strengsten Vorkehrungen der galizischen Sanitäts-Behörden hervorrufen, umsomehr, als einzelne dieser Arbeiter von Ungarn in den galizischen Bezirk Nadworna übergetreten waren und die Gefahr einer Verbreitung der Krankheit unter den auf der galizischen Strecke des gedachten Eisenbahnbaues beschäftigten Arbeitern nahe liegt.

Ungarn. Vereinzelte choleraverdächtige und Cholerafälle in den Comitaten: Szatmar, Szolnok-Doboka, Beregh, Ugocsa, Marmaros, in letzterem unter Eisenbahnarbeitern. — In Frankreich ist die sanitäre Situation ziemlich unverändert. Die Mehrzahl der cholerainficirten Orte befindet sich im Süden des Landes. — In Italien traten Cholerafälle einerseits in den an Frankreich grenzenden nordwestlichen Gegenden, andererseits im Süden, in Neapel auf, u. zw. in letzterer Stadt vorzugsweise in der Hafengegend. Die Einschleppung erfolgte aus Frankreich. Den letzten Nachrichten zufolge erkrankten in Neapel täglich 15—20 Personen an Cholera. — Rumänien Das amtliche Bulletin über die vom 8. auf den 9. August vorgekommenen choleraartigen Erkrankungen meldet: In Braila sind zu den 26 früheren Fällen 8 neue Fälle hinzugekommen, zwei Personen sind gestorben, eine wurde geheilt, in Spitalsbehandlung befinden sich noch 31. In Sulina sind zu den 28 älteren Fällen 14 neue hinzugetreten, 14 Personen sind gestorben, 4 wurden geheilt, 31 befinden sich in Spitalspflege. In Cernavoda, Tultscha und Galatz sind keine neuen Fälle vorgekommen. Die in Galatz erkrankte Person ist gestern vollkommen genesen. — Russland. Nach den amtlichen Berichten vom 27. Mai bis 17. Juli hatten Cholera-Erkrankungen einen epidemischen Charakter in folgenden Gebieten: Im Kreise Chotin (Gouvernement Bessarabien), in den Kreisen Berditschew, Lipowez, Tarastscha des Gouvernement Kiew, sowie in der Stadt Kiew, im Kreise Fatesch (Gouvernement Kursk) und in der Stadt Moskau; in den Kreisen Bolchow, Mzensk, Kromsk, Orel (Gouvernement Orel) und in der Stadt Orel; in allen Kreisen des Gouvernements Podolien, vornehmlich in den Kreisen Brazlaw, Haissin und Podolsk; im Kreise Nowoszil des Gouvernements Tula und in der Stadt Tula; in den Kreisen Ananjew und Tira-pol des Gouvernements Cherson und in der Stadt Bielostok; endlich in den Gebieten von Kuban und der Don'schen Kosaken, hauptsächlich in Rostow und Don. In den Gouvernements Wladimir, Wolhynien, Woronesch, Wiatka, Jekaterinoslaw, Kaluga, Kursk, Moskau, Mohilew, Nischny, Perm, Twer, Tula, Tobolsk und Tomsk sind nur vereinzelte Fälle unter den Auswanderern und Arrestanten vorgekommen, nicht aber unter der einheimischen Bevölkerung. In den Gouvernements Kasan, Rjäsan, Samara, Saratow, Simbirks, Pensa, Baku, Orenburg, Tambow, Stawropol, Ufa, Astrachan, Tschernigow und Petersburg haben sich nur je eine oder zwei verdächtige Erkrankungen ergeben. In den anderen Gouvernements und Gebieten wurden keine Cholera- oder choleraartigen Erkrankungen konstatirt.

* Todesfall. In Gent Dr. Libbrecht, einer der gefeiertsten Augenärzte Belgiens. — In Prag der em. o. Prof. der Geburtshilfe für Hebammen an der Prager deutschen und böhmischen Universität Dr. Ferd. Weber R. v. Ebenhof.

---

* Brockhaus' Konversations-Lexikon. 14. Auflage. Von diesem ausgezeichneten Werk erscheinen die Bände der 14. Auflage in rascher Aufeinanderfolge; und stets gereicht es zur wahren Befriedigung, auf diese glänzende Erscheinung hinzuweisen. Der uns vorliegende 7 Band reicht von Foscari bis Gilboa, enthält 50 Tafeln und 282 Textabbildungen; und auch in diesem haben wir insbesondere Einsicht in die medizinischen Artikel genommen, deren Durchführung nichts zu wünschen übrig lässt So seien besonders die Abhandlungen über Gehirn, Gehirnerkrankung, Gelenke, Gifte erwähnt, welche auch den Arzt befriedigen müssen, nicht nur die Allgemeinheit, für die schliesslich ein Konversations-Lexikon in erster Linie bestimmt ist.

---

65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.

Programm.

Ohrenheilkunde. Angemeldete Vorträge: 1. Dr. Fischenich (Wiesbaden): Haematom und primäre Perichondritis des Nasenseptums. — 2. Professor Dr. Gottstein (Breslau): Thema vorbehalten. — 3. Dr. Scheibe (Münnchen): a) Einige seltene Geschwülste des Ohres. b) Zwei Fälle von nervöser Schwerhörigkeit und Sclerose (mikroskopische Demonstration). — 4. Generalarzt Professor Dr. Trautmann (Berlin): Thema vorbehalten. — 5. Dozent Dr. Rohrer (Zürich): a) Ueber Perception hoher und tiefer Töne bei Affektionen des Labyrinthes und des Nervus acusticus. b) Mittheilungen über Bildungsanomalien der Ohrmuschel. — 6. Dr. Kayser (Breslau): Ueber Acusticusaffektion nach Kohlenoxydvergiftung. — 7. Sanitätsrath Dr. Levy (Hagenau i Elsass): Ueber das Ergebniss von Gehöruntersuchungen in Schulen und Anstalten mittels eines neuen Acumeters. — 8. Geheimer Medizinalrath Professor Dr. Lucae (Berlin): Ueber einige wesentliche Verbesserungen an meiner Drucksonde und über den therapeutischen Werth derselben bei gewissen Formen chronischer Hörstörung. — 9. Professor Dr. Gradenigo (Turin): a) Die Pathogenesis der Otitis interna im allgemeinen; b) Die Association der Hysterie mit organischen Ohrenkrankheiten. — 10. Dozent Dr. Laker (Graz): Thema vorbehalten. — 11. Professor Dr. Zaufal (Prag): Casuistischer Beitrag zur Heilung otitischer Sinusthrombos mit Demonstration mikroskopischer Präparate. — 12. Professor Dr. Kieselbach (Erlangen): Thema vorbehalten. — 13 Dr. Seligmann (Frankfurt a. M.): Ueber Elektrische Beleuchtung. — 14. Sanitätsrath Dr. Ludwig (Hamburg): Ueber Stapesextraction — 15. Sanitätsrath Dr. Schwabach (Berlin): Ueber die Tuberkulose des Ohres. — 16. Dozent Dr. Haug (München): a) Vortrag: Thema vorbehalten b) Demonstration eines Schläfenbeines mit grossem Defekt im Paukendach. c) Mikroskopische Demonstration von Präparaten über die Transplantation der Schalenhaut des Hühnereies. d) Mikroskopische Demonstration verschiedener Tumoren des Meatus und der Paukenhöhle. — 17. Professor Dr. Kuhn (Strassburg i E): Thema vorbehalten. — 18. Dr. Schubert (Nürnberg): a) Demonstration einer Trommelfell-Lupe b) Felsenbeinpräparate von tödtlich verlaufenen Fällen chronischer Mittelohreiterung.

Laryngologie und Rhinologie Angemeldete Vorträge: 1. Dr. Aug. Haupt (Bad Soden): Meinungsverschiedenheiten über den Werth der Mineralwasserkuren für die Behandlung der Katarrhe des Nasen-Rachen-Raumes und des Kehlkopfes. — 2 Betz (Mainz): Rhinolithiasis als Gewerbekrankheit. — 3. Dr. Helbing (Nürnberg): Mittheilung zur Behandlung der erfrorenen Nasen — 4 Dr. R Kayser (Breslau): Demonstration eines Kehlkopfmodelles. — 5. Dr. L Grünwald (München). Thema vorbehalten. — 6. Dr. Theodor Flatau (Berlin:) Zur Symptomatologie der Keilbeinerkrankungen. — 7. Professor Dr. Schech (München): Laryngitis fibrinosa. — 8. Privatdocent Dr. Seifert (Würzburg): Behandlung der hysterischen Aphonie; Demonstration mikroskopischer Präparate — 9. Privatdocent Dr. Heymann (Berlin): Beitrag zu der Lehre von der Kehlkopfentzündung. — 10 Dr. Kafemann (Königsberg): Ueber einige seltene Tumoren der oberen Luftwege mit Demonstration. — 11 Dr. Max Reichert (Berlin) Ueber meine elektrische Lampe zur Laryngo- und Rhinoskopie.

Dermatologie und Syphilis. A. Aufgestellte Themata: 1. Ist die öffentliche oder die geheime Prostitution die Hauptquelle für die Verbreitung der Syphilis und der anderen venerischen Krankheiten? Referenten: Professor Dr. Lang (Wien) und Privatdocent Dr. Kopp

(München). (Gemeinsam mit der Abtheilung für Hygiene und Medizinalpolizei). — 2. Syphilis der oberen Luftwege. Referenten: Privatdocent Dr. Seifert (Würzburg) und Professor Dr. Jurasz (Heidelberg. Gemeinsam mit der Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie). — 3. Die blasenbildenden Krankheiten der Schleimhäute und der Haut in Hinsicht auf ihre Verwechselung mit syphilitischen Affektionen. Professor Dr. Köbner (Berlin). B. Angemeldete Vorträge: 1. Dozent Dr. Kollmann (Leipzig): Meine letzten Erfahrungen über Injektionen von Thierblutserum bei Syphilis. — 2. Dozent Dr. Kollmann (Leipzig): Fortschritte der instrumentellen Technik in der Gonorrhoebehandlung des Mannes; mit Demonstrationen. — 3. Professor Dr. Köbner (Berlin): Unterstützung von Aetzwirkungen auf Schleimhäute durch Veränderungen physiologischer Sekretionen. — 4. Dr. Friedheim (Leipzig): Experimenteller Beitrag zur Therapie der Tuberkulose. — 5. Galewsky (Dresden): Nervus linearis verrucosus, entsprechend dem Verlauf der Grenzlinien von Vogt. — 6. Dr. Saalfeld (Berlin): Bakteriologische Untersuchungen über Losophan. — 7. Oberarzt Dr. Beckh (Nürnberg): Krankenvorstellung. — 8. Dr. Neuberger (Nürnberg): Krankenvorstellung. — 9. Dr. Görl (Nürnberg): Casuistische Mittheilungen zur elektrolytischen Behandlung an Strikturen der Harnröhre; mit Demonstration von Instrumenten. — 10. Dr. Epstein (Nürnberg): Mikroskopische Demonstrationen. — 11. Dr. Unna (Hamburg): Thema vorbehalten. — 12. Dr. Eichhof (Elberfeld): Thema vorbehalten. — 13. Dr. Herxheimer (Frankfurt a. M.): Thema vorbehalten. — 14. Dozent Dr. Kopp (München): Thema vorbehalten.

Hygiene unz Medizinal-Polizei Angemeldete Vorträge: 1. Privatdocent Dr. Czaplavski (Tübingen): Ueber Aktinomyces. — 2. Privatdocent Dr. Degener (Braunschweig): Ueber den Stand der Abwasserfrage bezügl. der Städte und Industrie. — 3. Landesgerichtsarzt Dr. Demuth (Frankenthal): Zur Frage des Eiweisbedarfes bei der Ernährung des Menschen. — 4. Geheimrath Professor Dr. Finkelnburg (Bonn): Ueber psychiatrische Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege. — 5. Professor Dr. Hüppe (Prag): Thema vorbehalten. — 6. Professor Dr. Koch (Braunschweig): Die Entwicklung des Jugendspieles in Deutschland. — 7. Dr. Th. Oppler (Nürnberg): Mittheilungen uns dem Gebiete der Gewerbe-Hygiene mit Demonstrationen. — 8. Professor Dr. Rosenthal (Erlangen): Ueber Calorimetrie an Thieren. Mit Demonstrationen und Versuchen. — Demonstration an Apparaten. (Dieser Vortrag wird in gemeinschaftlicher Sitzung der physiologischen und hygienischen Sektion am Freitag im physiologischen Institut zu Erlangen gehalten werden.) — 9. Geheimrath Obermedizinalrath Dr. von Kerschensteiner (München): Die Hygienie der Treppen und des Treppenhauses. — 10. Bezirksarzt Dr. Schäfer (Kaisheim): Mittheilungen über die früheren und jetzigen Infektions-Krankheiten im Zuchthaus Gaisheim. — 11. Geheimer Sanitätsrath Dr. Wallichs (Altona): Zu den Todesfällen im Wochenbett. — 12. Ministerialrath a. D. Dr. Wasserfuhr (Berlin): Zum Reichsseuchengesetze. — 13. Dr. Th. Weyl (Berlin): Ueber Müllbeseitigung. — 14. Professor Dr. Wolffhügel (Göttingen): Thema vorbehalten. — 15. Medizinalrath Dr. Wollner (Fürth): Ueber die Fürther Industriezweige und deren Schattenseiten; Quecksilber und Silberbelege, Bronzefabrikation, Spiegelglasschleiferei mit Facetierwerken. — 16. Seminarlehrer Dr. Stimpfl (Bamberg): Die Beziehungen der Physiologie zur Pädagogik, gemeinsam mit den Abtheilungen 9. 10 und 30 am Donnerstag Nachmittag 2½ Uhr. — 17. Professor Dr. G. Fränkel (Marburg): Thema vorbehalten. — 18. Privatdocent Dr. Prausnitz (München): Thema vorbehalten. — 19. Professor Dr. Wolpert (Nürnberg): Ueber Bestimmung der Luftfeuchtigkeit mit Hilfe der Waage. — 20. Dr. Goldschmidt (Nürnberg): Ueber Milzbranderkrankungen bei Arbeitern der Pinselindustrie. — 21. Dr. Sigm. Merkel Physikatassistent (Nürnberg): Experimentelle Studien über Milzbrand in der Nürnberger Pinselindustrie. — 22. Geh. Med.-Rath Dr. Krieger (Strassburg i. E.): Theoretische Bemerkungen über die Desinfektion durch Wasserdampf. — 23. Dr. Niederstadt (Hamburg): a) Die bakteriologische Beschaffenheit des Wassers um Hamburg herum; b) Milchversorgung für grössere Städte. — 24. Sanitätsrath Dr. Biedert (Hagenau i E.): Demonstration des Pannwitzschen Desinfektionens-Apparates und Verschlüsse.

Gerichtliche Medizin. Angemeldete Vorträge: 1. Professor Dr. Seydel (Königsberg): a) Ueber die Erscheinungen an nach Suspension und Strangulation Wiederbelebter und deren Bedeutung für den Gerichtsarzt. b) Thema vorbehalten. — 2. Professor Dr. Reubold (Würzburg): a) Demonstration von Schädelbrüchen b) Bemerkungen zur Geschichte der gerichtlichen Medizin. — 3. Dr. Leppmann (Berlin): Das Tätowiren in seiner kriminalphysiologischen und kriminalpraktischen Bedeutung. — 4. Professor Kratter (Graz): Ueber Gewaltsame Todesveranlassungen. — Kgl. Bezirksarzt Dr Maurer (Erlangen): Zur Diagnose postmortaler Verletzungen an menschlichen Leichen durch Thiere mit Demonstrationen und Abbildungen.

Medizinische Geographie, Klimatologie, Hygiene der Tropen. Angemeldete Vorträge: 1. Dr. Below (Cönnern): Ueber das Gesetz der äquatorialen Selbstregulirung der Organismen hinsichtlich der Acclimatisation und Artenbildung. — 2. W. Krebs (Halle a. S.): Grundwasser und Bodenverhältnisse einiger Städte in gesundheitlicher Beziehung. — Stabsarzt Dr. Sander: a) Die Viehseuchen in Afrika und Mittel zu ihrer Bekämpfung. b) Vorläufige Berichterstattung über die Aussendung der tropenhygienischen Fragebogen durch die deutsche Kolonial-Gesellschaft. — 4. Stabsarzt Dr. Kohlstock: Ueber Malariaerkrankungen, ihren Blutbefund und ihre Behandlung.

Militär-Sanitätswesen. Angemeldte Vorträge: 1. Oberstabsarzt I. Classe Dr. Haase (Berlin): Thema vorbehalten. — 2. Oberstabsarzt II. Classe Dr. Reger (Hannover): a) Der Militärarzt im Dienste der Epidemiologie. b) Die Fortpflanzung der durch Eiterkokken bedingten Krankheiten. c) Die ewige Krankheit, eine epidemiologische Betrachtung. — 3. Direktor Dr. J. L. A. Koch (Zwiefalten): Die Bedeutung der psychopatischen Minderwerthigkeiten für den Militärdienst. — 4. Assistenzarzt I Classe Dr. E. Jacoby (Würzburg): Demonstration einer selbstkonstruirten (fahrbaren) Tragbahre. — 5. Dr. Hessing, Direktor des orthopädischen Instituts (Göppingen): Demonstration neuartiger Kriegsverbände.

Zahnheilkunde. Angemeldete Vorträge: 1. Dr. Eugen Müller (Lenzburg, Schweiz): Ueber Goldkronen und Brückenarbeiten. — 2. Zahnarzt G. Bock (Nürnberg): a) Bissregulirung bei Inversion des Oberkiefers im temporären und permanenten Gebisse mit Demonstrationen. b) Demonstration seiner elektrischen Einrichtung (in seiner Wohnung). — 3. Dr. Berten (Würzburg): Ueber Extraktion mittelst hebelartiger Instrumente. — 4. Dr. Schneider (Erlangen): a) Elektrizität in der Zahnheilkunde unter Anwendung von Accumulatoren. Demonstration der Apparate. b) Mittheilungen aus der Praxis.

Aerztliche Stellen.

Assistenzarztesstelle (Niederösterreich). Im Status der Aerzte der n.-ö. Landesirrenanstalten gelangt mit 1. Oktober 1893 die Stelle eines Assistenzarztes mit der vorläufigen Dienstverwendung in der n.-ö. Landesirrenzweiganstalt in Langenlois zur Erledigung. Für diese Stelle, welche mit einem in monatlichen Anticipativraten fälligen Jahresgehalte von 600 fl. ö. W., einer Dienstwohnung sammt Beheizung und Verpflegung nach der I. Klasse des Anstaltstarifes, eventuell dem entsprechenden Kostrelutum verbunden ist, ist eine vorläufige Dienstesdauer von zwei Jahren und die Verpflichtung der dreimonatlichen Kündigung im Falle des freiwilligen Dienstaustrittes während dieser Zeit festgesetzt. Bewerber um diesen Dienstposten müssen den Nachweis des erlangten Grades eines Doktors der gesammten Heilkunde erbringen, die Absolvirung eines klinischen, psychiatrischen Kurses nachweisen oder sich zum späteren Besuche eines solchen verpflichten und hierüber ein Colloquium mit gutem Erfolge ablegen. Gesuche, welchen auch ein Nachweis der Zuständigkeit, des Alters und der bisherigen Verwendung im ärztlichen Dienste, sowie ein kurzes curriculum vitae anzuschliessen ist, sind an den n.-ö. Landesausschuss zu richten und bis längstens 19. August 1893 bei der Direktion der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien, IX., Lazarethgasse 14, wenn thunlich im Wege persönlicher Vorstellung abzugeben. Anmerkung. (Auszug aus Beförderungsvorschriften für die Aerzte der n.-ö. Landesirrenanstalten.) 1. Assistenzärzte, welche an einer n.-ö. Landesirrenanstalt mindestens durch vier Jahre zur vollen Zufriedenheit gedient haben, können unter Anrechnung dieser Dienstzeit (mit Pensionsanspruch) aufgenommen und besonders verdienstvolle, in den bleibenden Landesdienst übernommene Assistenzärzte zu Sekundarärzten II. Klasse mit einem Jahresgehalte von 800 fl., der Naturalverpflegung nach der I. Klasse (eventuell dem entsprechenden Kostrelutum) und der Wohnung sammt Beheizung befördert werden. 2. Sekundarärzte II. Klasse können nach mindestens zweijähriger Dienstleistung als solche bei vorzüglicher Verwendbarkeit zu Sekundarärzten I. Klasse (IX. Rangsklasse) mit einem Jahresgehalte von 1400 fl. und Anspruch auf zwei Triennalzulagen à 100 fl. (bei zufriedenstellender Dienstleistung), dem halben Quartiergelde nach dem für die Anstalt, an welcher sie jeweilig bestellt sind, festgesetzten Ausmasse (ganzes Quartiergeld für Wien, Klosterneuburg und Kierling-Gugging 500 fl. jährlich) und dem Anspruche auf eine Naturalwohnung nach Massgabe des vorhandenen Raumes, befördert werden. 3. Sekundarärzte I. Klasse können nach ihrer Verwendbarkeit und nach Massgabe eintretender Aperturen weiters zu ordinirenden Aerzten (VIII. Rangsklasse), Primarärzten (VII. Rangsklasse), event. bis zu Anstaltsdirektoren (VI. Rangsklasse) avanciren. 4. Die Gesammtdienstzeit zur Erlangung des vollen Gehaltes als Pension beträgt 34 Jahre. 5. Die Quartiergeldbezüge werden in die Pensionen eingerechnet.

Distriktsarztesstelle in Unterdrauburg (Kärnten) mit einer Jahresremuneration von 550 fl., und zwar 300 fl. aus dem Landesfonde und 250 fl. von der Gemeinde Unterdrauburg. Dem Inhaber dieser Stelle kann erforderlichen Falles auch eine Wohnung von 4 Zimmern mit Zugehör und einem Gemüsegarten gegen einen Jahreszins von 150 fl überlassen werden. Der jeweilige Distriktsarzt ist zur Führung einer Hausapotheke und Einhaltung einer zweimonatlichen Kündigungsfrist verpflichtet. Gesuche sind bis 20. August l. J. an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Wolfsberg einzusenden.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 7 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Zur Reform des Hebammenwesens in Oesterreich". Von Dr. Ekstein in Teplitz, Böhmen.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 20. August 1893** **Nr. 34.**

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen“** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber weitere Verbesserung des Muttermilchersatzes.

Von

Dr. Fr. Hornef, prakt. Arzt in Falkenstein.

Die künstliche Ernährung der Säuglinge ist von altersher gleichbedeutend mit der Darreichung von Kuhmilch. Trotz der Güte und Unersetzlichkeit dieses Surrogates, deutet die erhöhte Morbidität und Mortalität der mit Kuhmilch ernährten Säuglinge darauf hin, dass es eine Reihe von Faktoren gibt, welche hiefür verantwortlich zu machen sind. Von diesen Faktoren, welche auf der eigenartigen Zusammensetzung und landläufigen Verabreichung der Kuhmilch beruhen, ist vor Allen zu nennen die kontinuirliche Verunreinigung.

Es ist bekannt, dass die Kuheuter, die Hände der das Melken besorgenden Person, die Sammel-, Transport-, Aufbewahrungs- und Trinkgefässse je nach dem Grade vorausgegangener Reinigung mit mehr oder weniger zahlreichen Infektionserregern behaftet sind; diese Pilze, welche auch aus der Luft in die Kuhmilch gelangen, haben, und dies besonders im Sommer, während der Zeit zwischen dem Melkakte und dem Konsum, reichliche Gelegenheit sich zu vermehren; in einem einzigen Kubikcentimeter einer solchen Sommermilchprobe fand Professor Escherich $^1/_2$—7 Millionen Pilze. Eine derartig inficirte Milch wird aber durch den Lebensprozess der Pilze sowohl in ihrer Zusammensetzung nachtheilig beeinflusst, als auch mit Ausscheidungs- und Zersetzungsprodukten derselben überhäuft und bringt ihr Genuss die übelsten Folgen für die Gesundheit der Säuglinge mit sich. Durch den Milchkoch- respekt. Sterilisirapparat von Professor Soxhlet sind nun die Nachtheile durch Verunreinigung und Infektion grösstentheils, aber doch nicht gänzlich, beseitigt worden, nachdem trotz Anwendung dieses Apparates Durchfälle beobachtet worden sind. Man ist jedoch desshalb nicht berechtigt, Soxhlet's für die Kinderwelt so segensreiche Erfindung zu missachten. Kann denn von ihr, die lebende Pilze und Keime in der Milch zu tödten vermag, verlangt werden, dass sie auch im Stande sei, den Ausscheidungs- und Zersetzungsstoffen der vielen Millionen dieser Keime und Pilze ihre toxische Wirkung zu nehmen, welche dieselben im Darmkanale entfalten und welche zur Erzeugung schwerer Darmaffektionen hinreichen? Das wäre zu viel verlangt. Und doch, wenn, wie hier, die Forderung gestellt wird, dass dem Säugling eine nicht nur von Pilzen und Keimen, sondern auch von deren toxischen Absonderungs- und Zerfallsprodukten freie Kuhmilch verabreicht werden soll, ist man wiederum auf den Soxhlet'schen Apparat angewiesen; ja, derselbe wird seiner eigentlichen Bestimmung erst zugeführt, wenn nicht erst die schon stark infizirte, sondern die frische, so ziemlich keimfreie Milch am Melkorte selbst sterilisirt wird; dies gilt besonders für die in die Städte importirte Milch, da die Säuglinge auf dem Lande dieselbe ohnehin nur in frischgemolkenem Zustand erhalten, obwohl nicht geleugnet werden kann, dass der Soxhlet auch am Lande seine segensreiche Wirkung entfalten wird. Nicht nur sterilisiren, sondern am rechten Ort und zu rechter Zeit sterilisiren, damit würde eine nicht hoch genug zu schätzende Verbesserung des Muttermilchersatzes erreicht, da derselbe dann an Keimfreiheit der von der Brust weggetrunkenen Muttermilch gleich käme.

Ein zweiter schädlicher Faktor wurde gefunden in dem um das Doppelte vermehrten Caseïngehalt der Kuhmilch; es darf dieser Umstand nicht auffallen, da ja diese von Natur aus zur Ernährung des Kalbes bestimmt ist, welches neugeboren, wenn gesund, ausgetragen und von einer guten Race stammend, etwa 40 Pfund. wiegt und bei einem täglichen Milchkonsum von circa 10 Liter nach 3 Wochen einen Körperzuwachs von 30 Pfund aufweist; während der Säugling nach der gleichen Zeit nur um etwa $1^1/_4$ Pfund zugenommen hat. Es seien in Folgendem die Unterschiede im Wachsthum während der ersten 3 Wochen zwischen Säugling und Kalb im Verhältniss zu deren Milchverbrauch übersichtlich zusammengestellt.

	Gewicht des Neugeborenen	Täglicher Milchverbrauch	Tägliche Gewichtszunahme	Gesammtmilchverbrauch in den ersten 3 Wochen	Körperzuwachs nach den ersten 3 Wochen	Gewicht nach den ersten 3 Wochen	
Kalb	40 Pfd.	10 *l*	700 *gr*	210 *l*	30 Pfd.	70 Pfd.	
Säugling	6 Pfd.	1/2 *l*	30 *gr*	10 *l*	1 Pfd. 130 *gr*	7 Pfd. 130 *gr*	Ernährung mit Muttermilch
	Auf 1 Pfund lebendes Gewicht berechnet:						
Kalb	1 Pfd.	1/4 *l*	18 *gr*	5 1/4 *l*	3/4 Pfd.	1 3/4 Pfd.	
Säugling	1 Pfd.	1/12 *l*	5 *gr*	1 3/4 *l*	1/5 Pfd.	1 1/5 Pfd.	
	Auf 6 Pfund lebendes Gewicht berechnet:						
Kalb	6 Pfd.	1 1/2 *l*	108 *gr*	31 1/2 *l*	4 1/2 Pfd.	10 1/2 Pfd.	
Säugling	6 Pfd.	1/2 *l*	30 *gr*	10 *l*	1 Pfd. 130 *gr*	7 Pfd. 130 *gr*	

Es erzeugen also:

	Liter	Gewichtsansatz	Liter	Gewichtsansatz
Kuhmilch	1 *l*	70 *gr*	10 *l*	700 *gr*
Frauenmilch	1 *l*	60 *gr*	10 *l*	600 *gr*

Man sieht hieraus, dass der Körperansatz beim Kalb, obwohl die Kuhmilch etwa doppelt so viel Eiweiss enthält als die Frauenmilch, nicht doppelt so gross ist als beim Säugling; derselbe ist nur um 10 von 60 oder 16 % grösser; aber auch das ist nur scheinbar der Fall, da ein grosser Theil des Körperansatzes auf die Gewichtszunahme der Knochen entfällt, so dass das Kalb trotz des doppelten Eiweisskonsumes relativ weniger Fleisch ansetzt als der Säugling. Dies ist nur durch den Umstand zu erklären, dass die Kuhmilch weniger eiweisssparendes Fett und Milchzucker enthält, und zweitens dadurch, dass das Kalb durch Gehen, Stehen und Laufen ausgiebige Muskelarbeit verrichtet, während der Säugling liegt und den grössten Theil des Tages über schläft.

Bei dem beträchtlichen Höhen-, d. i. Knochenwachsthum des Kalbes wird es auch verständlich, warum die Kuhmilch nach Soxhlet neben doppeltem Eiweissgehalt 2—3 Mal soviel Aschenbestandtheile, 4 Mal soviel Phosphor und 6 Mal soviel Kalk enthält als die Frauenmilch und liesse sich betreffs der Unterschiede im Längen- und Höhenwachsthum zwischen Säugling und Kalb im Verhältniss zu deren Phosphor- und Kalkverbrauch eine ähnliche Tabelle herstellen wie oben; doch fehlen mir dazu einige Angaben.

Drei weitere Nachtheile der Kuhmilch als Muttermilchersatz wurden im Vorausgehenden soeben berührt und bestehen, wie aus folgender Zusammenstellung ersichtlich ist:

	Wasser	Casëin	Fett	Milchzucker	Asche
Frauenmilch, Mittel aus 107 Analysen:	87·41	2·29	3·78	6·21	0·31
Kuhmilch, Mittel aus 793 Analysen:	87·17	3·55	3·69	4·88	0·71

in einem Mindergehalt an Fett und Milchzucker und einem Mehrgehalt an Salzen.

Diese Nachtheile der Kuhmilch haben eine Verbesserung, eine Korrektion derselben nothwendig gemacht, um sie der Frauenmilch möglichst ähnlich zu machen in Bezug auf die prozentische Zusammensetzung ihrer einzelnen Bestandtheile. Davon wurden bisher ausgeführt die Eiweiss- und Zuckerkorrektion, versucht die Fettkorrektion, unausgeführt blieb die Salzkorrektion.

Die Eiweisskorrektion wurde vorgenommen durch Verdünnung der Kuhmilch mit Wasser von 1 auf 1 1/2—3 Volumina; gegen dieselbe ist nichts einzuwenden, wenn gleichzeitig der durch diese Verdünnung bewirkte und gesteigerte Mindergehalt an Fett und Milchzucker bis zur physiologischen Höhe des Prozentverhältnisses der Frauenmilch ausgeglichen wird.

Die Zuckerkorrektion ergibt sich durch Zusatz von Milchzucker in soeben genanntem Sinne.

Die Fettkorrektion wurde versucht durch Zusatz von gewöhnlichem Milchrahm, durch Benützung von Biedert's Rahmkonserve und durch Substitution von Milchzucker. Von der Anwendung der Rahmkonserve kommt man immer mehr ab, weil ersterer für gewöhnlich mit Keimen stark inficirt ist, die Konserve aber ein Sterilisiren durch Erhitzen nicht verträgt, weil hiedurch der Emulsionszustand des Fettes zerstört würde. Eben desshalb und um der Vielheit der Manipulationen, sowie der Umständlichkeit der Zubereitung aus dem Wege zu gehen, aber auch, um das Ersatzmittel oder die Fettzufuhr quantitativ genau bestimmen zu können, empfiehlt Soxhlet (siehe Aufsatz dieses Autors in Nr. 4 der Münchener mediz. Wochenschr. 1893) die Kuhmilch mit 1/3 Theil einer 18 % Milchzuckerlösung zu versetzen; neben dieser seiner eigenen Mischung die von Heubner-Hofmann, durch welche die Kuhmilch mit dem gleichen Volum einer Lösung gemischt wird, welche 60 *gr* Milchzucker auf 1 *l* Wasser enthält; es soll also der durch Wasserverdünnung entstehende Mindergehalt der Nährflüssigkeit des Säuglings an Fett, welcher 1/3 des Fettgehalt-Solls beträgt, durch das entsprechende dynamische Aequivalent Milchzucker ersetzt werden; die von Soxhlet in genannter Nummer der Münchener mediz. Wochenschr. aufgestellte Parallele veranschaulicht diese Verhältnisse am besten.

Wenn nämlich die Eiweisskorrektion der Kuhmilch vorgenommen ist, was durch Zusatz von genau 55 % Wasser erreicht wird, so beträgt der prozentische Fettgehalt nur noch 2·38; also um 1·40 % weniger gegenüber dem Fettgehalt-Soll von 3·78 %. Wenn man ferner bedenkt, dass das Mittel an Muttermilchkonsum in den ersten 6 Monaten beim Säugling nach Escherich beträgt wie folgt:

im 1. Monat 400 *ccm*		im 4. Monat 970 *ccm*
» 2. » 800 »		» 5. » 1000 »
» 3. » 900 »		» 6. » 1000 »

so lässt sich berechnen, dass der Säugling nach dem Soxhlet-schen und Heubner-Hofmann'schen Vorschlag während des ersten halben Lebensjahres an Fett zu wenig erhält: etwas über 2 *kgr*; an Milchzucker gleichzeitig zu viel: etwa 5 *kgr*. Dies ist aber keineswegs gleichgiltig, wenn man mit Biedert die hohe Bedeutung des Fettes für die Verdauung, abgesehen von anderen physiologischen Verrichtuugen innerhalb des Organismus, würdigt und andererseits mit Soxhlet (siehe beregten Aufsatz) eine Art spezifische Nährwirkung des Milchzuckers annimmt. Mit andern Worten: Das beste Ersatzmittel für Fett ist wieder Fett; und wenn das eruirte Fett-Manco (von 1·4 *gr* auf 100 *gr* Kuhmilch nach Wasserverdünnung) durch ein keimfreies, im Emulsionszustand befindliches und bleibendes, dem Mengenverhältniss nach leicht zu bestimmendes natürliches oder künstliches Fettpräparat ersetzt würde, so wäre damit die Lösung des Problems der Fettkorrektion der Kuhmilch gegeben. Im Folgenden wird gezeigt werden, dass ein diese Bedingungen alle erfüllendes Präparat bereits besteht.

Zu Anfang des vorigen Jahres durch eine Brochure von Dr. Lahmann auf eines seiner Präparate, die auch schon von Escherich Seite 236 der Münchener mediz. Wochenschr. von 1889 angeführte und empfohlene vegetabile oder Pflanzenmilch aufmerksam gemacht, konnte sich der Unterzeichnete um so eher zu einem Versuche damit entschliessen, als er selbst in seiner Praxis bei Behandlung der kindlichen Magen- und Darmkatarrhe mit der frisch bereiteten Mandelmilch als Konstituens sehr gute Erfolge erzielt hatte. Die Versuche mit der vegetabilen oder Pflanzenmilch aber ergaben hingegen ein geradezu glänzendes Resultat. Säuglinge, die tage- und wochenlang den grössten Theil des Genossenen erbrechen, und an Diarrhöen litten, deren aufgetriebener Leib, kühle Extremitäten, anämischer und abgemagerter Körper das Schlimmste vorhersagen liess, wurden bei möglichster Einschränkung medikamentöser Therapie nach Gebrauch der Pflanzenmilch in kurzer Zeit wieder hergestellt und zeigen seitdem ein ununterbrochenes Gedeihen. Zur Bekräftigung des eben Gesagten seien vor Allem einige Fälle angeführt.

K. G. in Au, 7½ Monate alt, erkrankte im Juni 1892 an Gastroenteritis; Brechen und Abführen; grosse Abmagerung; weder unverdünnte, noch in beliebigen Graden verdünnte Milch wird vertragen, eher noch Mus; nach Anwendung der Pflanzenmilch trat innerhalb 14 Tagen Genesung ein; Medikamente wurden keine verabreicht.

H. Z. in Falkenstein, Achtmonatkind, erkrankte im Alter von 3 Monaten an heftigem Brechdurchfall; da nicht gleich ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde, so bildete sich eine chronische Gastroenteritis aus, welche, da keinerlei Nahrung, auch die üblichen Kindermehle nicht, behalten wurde, den kleinen Patienten so entkräftete, dass mehrmals dessen Verscheiden von den Eltern befürchtet wurde. Nach fortgesetztem Gebrauch der Pflanzenmilch erholte sich derselbe so gut, dass er nach etwa 10 Wochen als Modell für einen Blasengel dienen konnte; auch in diesem Fall hatte keinerlei Medikation stattgefunden.

Th. P. in Witzenzell, 4 Monate alt, genas von Magen- und Darmkatarrh nach etwa achttägigem Gebrauch der Pflanzenmilch.

A. R. in Falkenstein, 6 Wochen alt, an akutem Magen- und Darmkatarrh erkrankt, erhielt nur Pflanzenmilch zur Bekämpfung dieser Krankheit und erholte sich nach 8 Tagen.

Ganz auffallend aber zeigte sich die Wirkung der Pflanzenmilch bei dem 5 Monate alten Säugling X. R. in Falkenstein, einem Achtmonatkind, das bei ungenügender Funktion der mütterlichen Brustdrüsen seit der Geburt grösstentheils auf Kuhmilch angewiesen war. Das Kind wog in der 5. Woche nicht ganz 2000 *gr* und hatten die Gesichtszüge ein greisenhaftes Aussehen. Die Gewichtszunahme vom 30. Jänner bis 2. März, also in 4 Wochen, betrug aber 650 *gr*, nachdem während dieser Zeit Pflanzenmilch verabreicht worden war; seit dieser Zeit zeigt sich fortschreitende Entwicklung des Fettpolsters.

Die Mütter sämmtlicher Kinder, d. h. der genannten Patienten, rühmen ruhiges Verhalten in der Nacht, Mangel an Verdauungsbeschwerden, schnelles Wachsthum und Gewichtszunahme.

Derartig praktische Erfolge lassen es als unanfechtbare Thatsache erscheinen, dass die Pflanzenmilch selbst es ist, durch deren Vermengung mit Kuhmilch eine in jeder Beziehung für den Säugling passende Nährflüssigkeit erzielt wird, welche dem Nährwerthe und der Leichtverdaulichkeit, sowie der Keimfreiheit der Frauenmilch in nichts nachsteht.

Einer kurzen theoretischen Betrachtung der Ursachen dieser in hohem Grade hygienisch-therapeutischen Wirkung der Pflanzenmilch dürfte aus dem Grunde nicht zu entrathen sein, weil die Empfehlung eines solchen Mittels zum Zwecke der Erzielung einer möglichst weitgehenden Verbreitung eine fast ausschliessliche Domäne des Arztes ist.

Das Präparat Pflanzenmilch, von hellbrauner Farbe, der Konsistenz wie etwa Liebig's Fleischextrakt, wird aus Mandeln, Nüssen etc. gewonnen; nach einer Analyse von Stutzer ist seine Zusammensetzung folgende:

Wasser	Pflanzeneiweiss	Fett	Zucker	Salze
20·62	12·00	34·72	31·00	1·64

Wenn man sich die Pflanzenmilch mit 10 Volumen Wasser verdünnt denkt, so enthält sie im Vergleich zu der Frauenmilch 50 % an Eiweiss, Zucker und Salzen, aber 92 % Fett; also prozentisch gleiches Verhalten von Eiweiss, Zucker und Salzen bei Präponderanz des Fettgehaltes.

Diese letztere Eigenschaft der Pflanzenmilch ist es aber, welche sie in hohem Grade befähigt, die Fettkorrektion zu erfüllen; zumal das vegetabile Fett, welches sich neben Eiweiss in den Mandeln und Nüssen findet, demjenigen nicht unähnlich sein kann, welches sich in den Drüsenzellen der Milchdrüse durch Zerfall von Eiweiss bildet und neben diesem in der Milch vorkommt. Dieses vegetabile Fett ist ferner als frei von Keimen zu betrachten; es wird nämlich die Pflanzenmilch, in kondensirte Form gebracht, durch mehrstündiges Verweilen im Dampfbad bei 80° Reaumur sterilisirt. Die Pflanzenmilch hat ferner die Fähigkeit, mit lauwarmem Wasser (zuvor gesotten) eine feinste Emulsion zu bilden. Und schliesslich ist auch die Fettmengenbestimmung eine leichte, da die Zusammensetzung des Präparates eine konstante ist und ein mittlerer Esslöffel voll etwa 8 *gr* Fett enthält.

So dürften also sämmtliche Bedingungen, die man an ein zur Fettkorrektion der Kuhmilch bestimmtes Mittel zu stellen hat, erfüllt sein. Sagt doch schon Prof. Escherich Seite 236 der Münchener mediz. Wochenschr. von 1889, dass die Pflanzenmilch Dr. Lahmann's noch am ehesten im Stande sein dürfte, den Fettmangel der Kuhmilch zu ergänzen.

Neben diesem grossen Vorzug der Pflanzenmilch besteht eine Hauptwirkung aber auch darin, dass nach Vermischen der Kuhmilch mit einer Auflösung von Pflanzenmilch das Casëin der ersteren im Magen des Säuglings in ähnlich feinen Flocken gerinnt, wie das der Frauenmilch. Zustande kommt diese feinflockige Gerinnung des Kuhmilchcasëins jedenfalls durch die Interposition von Pflanzeneiweiss und zahlreicheren Fettmolekülen zwischen die Moleküle des Kuhmilchcasëins oder deren Komplexe.

Dass der Salzgehalt bei der Lösung des Casëins ebenfalls eine Rolle spielt, hat Soxhlet für die Kalksalze z. B. ausgesprochen; jedoch nur insofern, als sie auf die Art der Gerinnung des Casëins Einfluss haben.

Die Salze in unseren Nahrungsmitteln und in der Milch haben aber für die Ernährnng des Organismus eine grosse und grössere Bedeutung, als wissenschaftlicherseits gegenwärtig angenommen zu werden scheint. Dieselben, bekanntlich nicht nur zum Aufbau der Knochen, sind ferner zur Regulirung des Säftestromes, sowie zu Dienstleistungen bei chemisch-analytischen und synthetischen Prozessen in den Zellen z. B. der verschiedenen Drüsen berufen, sondern sie spielen auch bei der Entgasung der Gewebe (Bindung der Kohlensäure an das kohlensaure Natron des Blutes) sowie zur Erzielung einer möglichst hohen Lösungsfähigkeit der Verdauungssäfte eine grosse Rolle. So ist auch eine verschiedenartige Zusammensetzung der in der Säuglingsmilch enthaltenen Salze keineswegs gleichgiltig und dies um so weniger, als der quantitative und qualitative Unterschied im Salzgehalte der Frauen- und Kuhmilch ein sehr grosser ist. Es wurde schon erwähnt, dass nach Soxhlet die Kuhmilch 2—3 Mal so viel Aschenbestandtheile, 4 Mal so viel Phosphorsäure und 6 Mal so viel Kalk enthält als die Frauenmilch; andere Analysen, wie von Wildenstein, Weber und Haidlen lassen erkennen, dass die Kuhmilch sehr arm an Kochsalz und Schwefelsäure, dagegen reich an Natron ist; die Frauenmilch dagegen reich an Kochsalz und Schwefelsäure, und arm an Natron (welches nicht an Chlor gebunden ist); ausserdem enthält die Kuhmilch das 3—4fache an Bittererde und das 6—7fache an phosphorsaurem Eisenoxyd.

Obwohl die Zahl der Analysen eine zu kleine ist, um einen Normalsalzgehalt der Frauen- und Kuhmilch festzustellen, so kann doch behauptet werden, dass der Natronmangel in der Frauenmilch (Analyse Wildenstein) einen Nachtheil darstellt, hervorgerufen durch unzweckmässige Lebensweise (Fleisch, Brod, Kartoffeln — keine Vegetabilien); ebenso, dass der Kochsalzgehalt der Kuhmilch, welcher der Frauenmilch gegenüber 50 % beträgt, durch die weitere Verdünnung der Kuhmilch entschieden zu gering wird. Beiläufig sei hier bemerkt, dass der Unterzeichnete die Wahrnehmung gemacht hat, dass in fast allen Fällen von Rhachitis die Kochsalzzufuhr die minimalste, = 0 war, abgesehen von sonstiger ungenügender Ernährung und Pflege. Der Ueberschuss an Phosphor und Kalk ist auch nach Verdünnung der Kuhmilch mit Wasser noch beträchtlich und ein nicht weiter zu beseitigender Nachtheil derselben.

Aber abgesehen von der Verschiedenheit der Zusammensetzung der Salze zwischen Kuh- und Frauenmilch gibt es auch bei jeder einzelnen derselben Schwankungen im Salzgehalte je nach der Jahreszeit, je nach der Nahrung und

dem individuellen Gesundheitsgrade, sowie dem Alter der Säugenden.

Die Konstanz des Salzgehaltes ist aber ebenso nothwendig als die der übrigen Nahrungsstoffe der Milch und die Erhaltung des Gleichgewichtes zwischen den Körper- und Blutsalzen ein so wichtiger Faktor, dass Störungen in der Zufuhr lebenswichtiger Salze die Lebensthätigkeit der Zellen beeinträchtigen, also Krankheiten hervorrufen können; es sei nur erinnert an den Scorbut etc.

Um solche Schwankungen auszugleichen, sind der Pflanzenmilch Salze zugesetzt; dieselben sind ein Extrakt von Vegetabilien (grünen Gemüsen etc.), das — ein Gegenstück von LIEBIG's Fleischextrakt — von teigiger Konsistenz und schwarzbrauner Farbe, der Pflanzenmilch die hellbräunliche Farbe verleiht und dieselbe haltbar und gut löslich macht.

Ein Zusatz von Salzen ist aber schon desshalb erwünscht und nothwendig, weil durch deren (besonders das Kochsalz und nicht an Chlor gebundenes Natron ist gemeint) Zufuhr die Resorption von Phosphor und Kalk vermindert und deren Ausscheidung beschleunigt wird.

Die Pflanzenmilch darf also in jeder Beziehung den Anspruch erheben, ein rationelles Präparat zu sein, welches Erfolge hinter sich hat und haben der Erfinder Dr. LAHMANN und die Firma HEWEL & VEITHEN in Cöln a/Rh. um die Herstellung und Einführung desselben sich ein grosses Verdienst erworben.

Die Anwendungsweise ist sehr einfach; ein halber oder ganzer Löffel voll, je nach dem Alter des Kindes, wird mit lauwarmem Wasser, das vorher gekocht hat, verrührt und mit einem oder zwei Theilen Kuhmilch aufgekocht; das Nähere besagen die Prospekte genannter Firma.

Den Herren Kollegen aber, — und ein jeder wird schon in Anbetracht der häufigen Erfolglosigkeit medikamentöser Therapie bei Lebensschwäche, Magen-Darmkatarrhen der Säuglinge nach einem richtigen Nähr- und Heilmittel gefahndet haben — kann ein Versuch mit Dr. LAHMANN's Pflanzenmilch im Interesse der kleinen Welt nur auf das Wärmste empfohlen werden, besonders jetzt in der heissen Jahreszeit.

Ueber subphrenische Abscesse.

Von

Dr. S. J. Meltzer.*)

(Schluss.)

Um meine Ansicht präzise auszudrücken, fasse ich wie folgt zusammen:

Die Auswanderung und die Ansiedlung der Mikroorganismen der Pneumonie in den benachbarten Räumen gibt die Ursache für die Bildung eines metapneumonischen Abscesses ab, der sich dann entweder oberhalb oder unterhalb des Diaphragma lokalisiren kann. Wenn die Pneumonie entweder nahe den Costalflächen oder den intralobären Flächen der Lungen localisirt ist, so resultirt die Auswanderung der Mikroorganismen wahrscheinlich immer, oder nahezu immer in der Bildung eines supraphrenischen Empyems. Wenn aber der pneumonische Herd nahe der Zwerchfellfläche der Lungen gelegen ist, so hängt das Endresultat von dem Zustande der Pleura diaphragmatica ab. Wenn diese nicht entzündet ist, und wenn die Stomata der Lymphkanälchen des Diaphragma nicht obturirt sind, so können die auswandernden Mikroorganismen ihren Weg direkt in den Raum unterhalb des Diaphragma finden, und das Resultat wird ein subphrenischer Abscess sein. Wenn aber der Auswanderung der Mikroorganismen irgend welche Entzündung vorausgegangen war, welche auf diese Art die Kanäle, die in den Raum unterhalb des Diaphragma führen, obturirt, so werden die Mikroorganismen oberhalb des Diaphragma zurückbleiben und so ein supradiaphragmatisches Empyem bilden.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 29, 31, 1893.

Ich habe hier vorausgesetzt, dass die Mikroorganismen die Lymphkanälchen des Diaphragma leicht passiren können, und zwar in der Richtung vom Thorax gegen das Abdomen. Es könnte nun den Anschein haben, als ob diese Voraussetzung im Widerspruche zu den wohlbekannten Experimenten von v. RECKLINGHAUSEN*) stehen würde, der die Beobachtung gemacht hatte, dass verschiedene Arten corpusculärer Elemente durch die Lymphkanälchen des Zwerchfells aus der Bauchhöhle auf die Brustfläche des Zwerchfells gelangen konnten, dem es aber nicht gelungen war, den Uebergang irgend welcher Elemente aus der Brustfläche des Diaphragma auf die Bauchfläche derselben zu beobachten. v. RECKLINGHAUSEN selbst jedoch erklärt diesen Misserfolg dadurch, dass das Einführen irgend einer Art von Fremdkörpern in die Pleurahöhle sofort eine Pleuritis setzt, welche auf diese Art die Stomata der Lymphkanälchen obturirt, und er stellt nicht die Möglichkeit in Abrede, dass die nicht afficirten Stomata und Lymphkanäle des Zwerchfells sehr wohl einen Uebergang auch sogar in der Richtung von der Thoraxhöhle nach der Bauchhöhle vermitteln können.

Vielleicht werden neue Experimente mit Mikroorganismen bessere Resultate zu Tage fördern. Vor Allem dürfen wir nicht vergessen, dass in dem Falle der Auswanderung von Mikroorganismen aus den Lungen durch das Diaphragma, dieses letztere, im Gegensatze zu den künstlichen Experimenten mit der Zwerchfellsfläche der Lunge in engem Contact bleibt, und dass die Mikroorganismen direkt aus den Stomata der Lungen in die Stomata des Zwerchfells übergehen könnten, ohne überhaupt mit irgend einer pleuritischen Fläche in Berührung zu kommen.

Es sind somit wenigstens zwei und vielleicht drei Fälle von subphrenischem Abscess in der Literatur zu verzeichnen, bei denen die primäre Ursache in einer lobären Pneumonie bestanden hatte, und es ist die Möglichkeit vorhanden, dass in der Wirklichkeit mehr Fälle dieser Art vorkommen, dass sie aber, unerkannt, als metapneumonische Empyemata einhergehen.

Die in Rede stehenden Fälle stehen unter Umständen in einem Widerspruche mit der herrschenden Ansicht, dass die primären Ursachen der subphrenischen Abscesse immer innerhalb der Bauchhöhle lokalisirt seien. Ausser der genannten Gruppe von metapneumonischen - subphrenischen Empyemen, finden wir in der Literatur drei andere Fälle von subphrenischem Abscess verzeichnet, deren primäre Ursache als oberhalb des Diaphragma lokalisirt angegeben wird. In einem Falle, dem von FALKENHEIM[1]), finden wir, dass der subphrenische Abscess durch eine tuberkulöse Caverne bedingt wird. Wir können aber kaum diesen Abscess in eine Reihe mit den anderen bringen. Die Caverne verursachte ein Empyem, welches das Diaphragma perforirte und so, unter andern Abscessen innerhalb der Bauchhöhle, auch eine Ansammlung von Eiter zwischen der Leber und dem Diaphragma bedingte. In zwei anderen Fällen, in denen von HERRLICH[2]) und NOWACK[3]), wird Endocarditis als Ursache des subphrenischen Abscesses angegeben. Hier jedoch war die unmittelbare Ursache des subphrenischen Abscesses thatsächlich innerhalb der Bauchhöhle lokalisirt, da es der Abscess oder der Infarct der Milz war, der den subphrenischen Abscess bedingte, obgleich der Abscess und der Infarct der Milz in ihrer Reihe durch die vorangegangene Endocarditis verursacht waren.

Ein Fall mit einer ganz eigenthümlichen Krankengeschichte wurde in der letzten Zeit aus der Greifswalder chirurgischen

*) v. Recklinghausen. Zur Fettresorption. Virchow's Archiv, Bd. XXVI, p. 172

[1]) Falkenheim. Mittheilung aus der mediz. Klinik zu Königsberg, 1888.

[2]) Herrlich. Ueber subphrenische Abscesse. Deutsche mediz. Wochenschr., 1886, p. 139.

[3]) Nowack. Schmidt's Jahrbücher, Bd. CCXXXII, p. 73 und 200.

Klinik berichtet[1]). Die Ursache des subphrenischen Abscesses war in keiner der beiden Körperhöhlen lokalisirt. Es handelte sich um Paronychia bei einem 17jährigen Knaben; es wurde eine radikale Incision gemacht, und die Heilung verlief gut. Neunzehn Tage nach der Incision traten Symptome eitriger Pleuritis in Folge von Erkältung auf. Die Diagnose wurde auch thatsächlich auf Empyem gestellt, und HELFERICH resecirte die neunte Rippe, aber die Anwesenheit der Milz in der Abscesshöhle zeigte, dass der Abscess unterhalb des Diaphragma lokalisirt war. Die Genesung erfolgte schnell. — Der diesbezügliche Bericht ist sehr kurz, aber aus der Ueberschrift ist zu entnehmen, dass HELFERICH die vorausgegangene Paronychie als die primäre Ursache des subphrenischen Abscesses betrachtet. Der Zusammenhang ist ganz dunkel; aber es war vielleicht ein Infarct der Milz vorhanden; es findet sich im Bericht nichts, das dagegen spricht. Wir könnten dann annehmen, dass Endocarditis das fehlende Glied zwischen der Paronychie und dem subphrenischen Abscesse war.

Während ich in dem Vorhergehenden das Vorkommen von Fällen von subphrenischem Abscess, denen keine abdominale Affektionen, sondern denen Krankheiten innerhalb des Brustraumes vorausgegangen waren, diskutirt habe, so will ich jetzt kurz von denjenigen Fällen von Empyem sprechen, denen ausschliesslich ausgesprochene abdominale Symptome vorangegangen waren. Zunächst möchte ich diejenigen Empyeme erwähnen, die ihren Ursprung in einem Magengeschwür, welches direkt die Pleurahöhle perforirte, haben.

Ein solcher Fall wurde unlängst von v. KOEGERER[2]) berichtet.

Es waren alle physikalischen Symptome eines Pyopneumothorax vorhanden, ohne irgend welche Beschwerden von Seiten der Lungen; die Anwesenheit eines einfachen Magengeschwüres konnte jedoch mit Sicherheit nachgewiesen werden.

Nach der herrschenden Ansicht würde dies ein Fall von Pyopneumothorax subphrenicus gewesen sein. Die Autopsie that dar, dass das Geschwür direkt in die Pleurahöhle durchgebrochen war, nachdem sich einige Adhäsionen zwischen dem Magen und dem Diaphragma gebildet hatten. Der ganze lufthältige Abscess befand sich oberhalb des Zwerchfells und nicht unterhalb desselben.

Es finden sich mehr Fälle dieser Art in der Literatur, ich werde mich aber nur noch auf einen andern solchen Fall berufen, der wegen seiner Korrektheit in der Krankengeschichte eine spezielle Erwähnung verdient.

Es ist dies der Fall von STURGES[3]), der von PFUHL[4]) als ein Fall von Pyopneumothorax subphrenicus citirt wird, und einen von den zehn Fällen, die von LEYDEN gesammelt wurden, darstellt. Beim Lesen des Originalartikels von STURGES fand ich, dass seine Diagnose dahin ging, dass die Quelle für den Pyopneumothorax im Magen und nicht in den Lungen gelegen war, aber er behauptet nicht, dass der Pyothorax selbst unterhalb des Zwerchfells gelegen war. Wenn seine Diagnose korrekt war, so war es ein Fall gleich dem, der von v. KOEGERER mitgetheilt wurde und nicht ein subphrenischer Abscess.

Ausser dieser Art von Fällen gibt es auch Fälle von Empyem, welche verschiedene akute Abdominalaffektionen wie Typhus, allgemeine oder circumskripte Peritonitis, u. s. w. begleiten, oder auf dieselben folgen. Bei den Komplikationen oder den Folgezuständen dieser Krankheiten finden wir physikalische Zeichen eines Ergusses in den untern Theil des Thorax und eine Krankengeschichte, die auf ein abdominales Leiden hinweist. Nach der Ansicht von LEYDEN müssen wir erwarten in allen solchen Fällen einen subphrenischen Abscess zu finden. Dennoch finden wir thatsächlich nur Empyeme.

[1]) H. Helferich. Jahresbericht über die chirurgische Klinik der Universität Greifswald während des Etatsjahres 1889 und 1890 Leipzig 1892.

[2]) v. Koegerer. Pyopneumothorax sinister ex ulcere ventriculi perforante. Prager Med. Wochenschr. 1890, Nr. 255.

[3]) Sturges. Lancet. 1874, p. 196.

[4]) Pfuhl. Ein oberhalb der Leber gelegenes periton. Exsudat. Berlin. Klin. Wochenschr., 1872.

Ich muss jedoch hinzufügen, dass die Diagnose eines Empyems in diesen Fällen bisweilen thatsächlich inkorrekt sein kann. Dies wird durch eine der ganz jüngsten Mittheilungen aus der Strassburger Klinik illustrirt. In der Berliner klinischen Wochenschrift vom 10. April 1893, theilt WEINTRAUD[1]) folgenden Fall als einen Fall von Typhus-Empyem mit, d. h. ein Empyem im Gefolge von Typhus.

Bei einem Patienten mit mässigem Typhus war einiger dumpfer Schall auf einem kleinen Bezirke auf der Rückseite des Thorax zu finden, die man einer Lungenhypostase zuschrieb. Aber, da der dumpfe Schall auf der linken Seite nicht gänzlich schwand, nachdem die Defervescenz eingetreten war, und der Patient nur langsam genas, so wurde eine Explorativpunktion innerhalb des gedämpften Bezirkes gemacht, die einen Eiter zu Tage förderte, der reichlich den Typhusbacillus enthielt. Zwei Tage später traten besorgnisserregende peritonitische Symptome auf, die aber nach achttägiger Behandlung mit Opiaten schwanden. Einige Tage später genas der Patient mit einer überraschenden Schnelligkeit.

WEINTRAUD diagnostizirt diesen Fall als Empyem, ohne denselben irgendwie zu diskutiren, und bemerkt bezüglich der spontanen Genesung, dass die Entleerung des Empyems durch die Lungen der Beobachtung nicht entgangen sein würde. Es findet sich darin keine Erwähnung betreffend das Verhalten des Darms.

Es scheint nun, dass dies eher ein Fall von subphrenischem Abscess als von Empyem war. Der vorausgegangene Typhus, die Winzigkeit des gedämpften Bezirkes, das weitere ganz plötzliche Auftreten der Peritonitis ohne irgend welche plausible Ursache, dann die spontane und ganz rapide Genesung, und vielleicht auch die Anwesenheit des EBERTH'schen Bacillus im Abscess, — dies Alles spricht zu Gunsten eines subphrenischen Abscesses im Gefolge von Typhus. Der Abscess brach zuerst in die Peritonealhöhle durch und fand später seinen Weg in den Darmkanal, indem er so eine spontane und schnelle Genesung bewirkte.

In einem von LEYDEN's Fällen hatte der subphrenische Abscess seinen Weg auch in den Darmkanal gefunden. Wenn WEINTRAUD nur an subphrenischen Abscess gedacht hätte, so würde er möglicher Weise zu demselben Schlusse gelangt sein. — Abgesehen von dem theoretischen Interesse, kommt der Diagnose in solchen Fällen eine grosse praktische Bedeutung zu. Während WEINTRAUD, da er glaubte, dass sein Fall ein Fall von Empyem sei, und dass die Genesung durch Absorption erfolgt war, — empfiehlt, mit der Radicaloperation nicht voreilig zu sein, so betrachte ich im Gegentheil seinen Fall als einen Beweis dafür, dass der noch so sehr unschuldig aussehende Abscess plötzlich in die Bauchhöhle durchbrechen und allgemeine Peritonitis verursachen kann, von welchen Fällen nur ein sehr geringer Procentsatz mit Genesung endigen wird, dadurch, dass sich der ganze Abscess in den Darmkanal entleert!

Zur Behandlung der Trigeminus-Neuralgien.

Von

Dr. Hans Hirschkron, Wien.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Frau Fl. aus Wien, Währing, steht seit ungefähr 5 Jahren in meiner Behandlung. Die Frau, kräftig und gesund aussehend, stammt aus vollständig gesunder Familie. Sie selbst gibt an nie krank gewesen zu sein. Von einer nervösen Disposition ist weder bei ihr noch in ihrer Familie etwas zu finden. Die 3 Kinder der Patientin sind kräftig und gesund. Vor ungefähr 5 Jahren sah ich die Patientin zum ersten Mal. Die Diagnose war schon von Weitem zu stellen. Mit einem Seidentuche in der Hand, drückte sie die schmerzhafte Gesichtsseite, ein Anfall

[1]) Weintraud. Ein Fall von Typhus-Empyem. Berl. Klin. Wochenschr. 1893, Nr. 15.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 30, 1893.

folgte auf den anderen, so dass ich erst nach einer viertel Stunde die wundgeriebene Wange betasten konnte. Diese Reibung mit dem Seidentuche brachte der Patientin angeblich während des Anfalles eine Erleichterung. Mitten im Gespräche bricht Patientin plötzlich ab, macht mit Mund und Zunge Säugebewegungen, sofort beginnen die Zuckungen in der betreffenden Gesichtshälfte und gehen in Kontraktionen von minutenlanger bis 1/4 stündiger Dauer über, während welcher Zeit Patientin stets die Wange mit dem Tuche reibt. Vor ungefähr 1 1/2 Jahren soll Patientin nach ihrer Angabe einen Anfall von 2 stündiger Dauer gehabt haben; 1/2 stündige Anfälle habe ich bei dieser Frau selbst beobachtet. Die Centralorgane dieser Frau waren nach genauer Untersuchung der Herren Hofrath Prof. v. Krafft-Ebing, Prof. Benedikt und Dr. v. Frankel und meiner wiederholten Untersuchung vollständig gesund. Nun wurde Patientin von Herrn Prof. Benedikt operirt. Es trat eine Pause von 5 Monaten ein. Nach dieser Zeit trat das Leiden in der alten Art und Weise wieder auf. Sie hatte alle 3 Minuten einen Anfall, also gegen 400 Anfälle täglich. Die stärksten Morphiuminjektionen blieben ohne Einfluss, ebenso andere Antineuralgika. Herr Dozent Dr. v. Frankel, zum Konsilium gerufen, sprach sich für die Anwendung des Doppelpinsels aus, nachdem ich schon früher eine ähnliche aber mildere Behandlung eingeleitet hatte. Nach der ersten Sitzung hatte Patientin eine schmerzfreie, aber keinesfalls ruhige Nacht, so dass Patientin die abermalige Anwendung dieser Methode nicht zugab. Nun zog sich der Zustand durch Wochen hin Durch eine Reise gezwungen, übergab ich diese Patientin für kurze Zeit an Herrn Dr. Ignaz Kohn, welcher der Patientin Bromidia verordnete, ein Mittel das ihm schon in einem Falle gute Dienste geleistet. Die Wirkung dieses Mittels will ich weiter unten des Genaueren besprechen und breche deshalb hier die Krankheitsgeschichte ab.

Zur Bekämpfung der Trigeminusneuralgie wurden im Laufe der Zeit fast schon alle Mitteln unseres Heilschatzes herangezogen. Bei den leichteren Formen kommt man schon oft mit äusseren Mitteln zum Ziele, während die schweren Formen allen Mitteln Trotz bieten.

Mein Chef, weil. Prof. Rosenthal pflegte zu sagen, dass die Schmerzen einer rheumatischen Trigeminusneuralgie schon auf Wattebäuschchen, die mit Chloroform getränkt ins Ohr gebracht wurden, schwinden, wovon ich mich oft zu überzeugen Gelegenheit hatte. Ferner hat man extern angewendet: Kälteapplikation (Leiter'schen Kühlapparat), Vesicantien, Einreibungen, Massage und Elektricität. Viele Patienten nehmen zu Beginn des Anfalls einen Schluck kalten Wassers in den Mund, welches dann auf der Höhe des Anfalls explosionsartig entleert wird und so den Anfall koupiren soll. Aber auch Wärme thut manchen gut. So liegen Patienten oft stundenlang mit dem Kopf auf dem Kissen und verhindern dadurch neue Anfälle.

Vesicantien und Einreibungen sind meiner Erfahrung nach werthlos. Leslie (Edinb. Medic. Journal) empfiehlt gepulvertes Kochsalz als Schnupfpulver. Ich sah davon nur einen vorübergehenden Erfolg in einem Falle.

Die Massage, wie sie bei Trigeminusneuralgie manuell oder instrumentell mit dem Perkussionshammer oder dem Percuteur von Granville geübt wird, ist oft wegen der Schmerzhaftigkeit der kranken Gegend nicht durchführbar.

Ein sehr werthvolles Heilmittel ist die Elektricität. Vor Allem findet der galvanische Strom häufig Verwendung und zwar gibt man eine breite Plattenelektrode (Kathode) in die Nackengegend, die zweite kugelförmige Elektrode (Anode) kommt auf den Schmerzpunkt zu liegen. Man wendet Ströme von 1—4 Milliampères an in einer Dauer von 5 Minuten. Mehr Erfolg erzielte ich jedoch mit dem faradischen Pinsel. Die Pinselbehandlung der Neuralgien stammt von Duchenne. Diese Methode wurde von Moritz Mayer in Berlin zuerst bei der Trigeminusneuralgie in Anwendung gezogen. Sie fand jedoch bei den Nervenärzten nicht viel Anklang, ja es bestand sogar eine Scheu in der Nähe des Auges zu elektrisiren. (Bernhardt). Ich wendete diese Methode unter Prof. Rosenthal in der Weise an, dass ich eine Plattenelektrode ins Genick setzte, während ich den Pinsel auf die schmerzhafte Stelle applicirte und mittelstarke Ströme einwirken liess. Der Erfolg war ein bedeutend besserer als mit der galvanischen Behandlung. Herr Dozent Dr. Lothar R. v. Frankl-Hochwart benützte einen Doppelpinsel zur Behandlung der Trigeminusneuralgien. Derselbe besteht aus einem metallenen Querstabe, an welchen zwei Pinseln verschiebbar angebracht sind. Der eine Pinsel wird an die Austrittsstelle des Nerven angelegt, der andere in einiger Entfernung im Verlauf des Nerven. Man beginnt mit schwachen Strömen und steigt während der Sitzung selbst bis zu maximalen Stromstärken. Die Dauer der ersten Sitzung soll 1—2 Minuten, die der folgenden 2—3 Minuten betragen. Ist die Pinselapplikation dem Kranken sehr schmerzhaft, so injicire man vorher Cocain. Dr. Frankel hielt die Zeit während des Anfalles für die günstigste zur Behandlung. Die Patienten fühlen sich nach Anwendung des Pinsels bedeutend erleichtert und die Zahl der Anfälle wird entschieden geringer.

Nach meinen Erfahrungen kann ich die Pinselbehandlung sehr empfehlen. Sie hat mir auch bei anderen schmerzhaften Affektionen, als Muskelrheumatismus, Plantarneuralgie gute Dienste geleistet.

Die Operation, Durchschneidung und Ausschneidung des Nerven wurde in früherer Zeit häufiger geübt. Sie hat jedoch nur temporären Erfolg. Nach Pausen von 1/2—1 Jahre kehren die Anfälle wieder. Von den inneren Mitteln verdient vor Allem das Natrium salicylicum in Dosen von 1·00, Früh und Abends ein Pulver, angewendet zu werden. Am besten wird es in leichtem Theeaufguss genommen. Nach mehreren Tagen sah ich in Folge dieses Mittels leichtere Formen schwinden. Bei schwereren Formen nützte oft eine kombinirte Behandlung: Natr. salicyl. intern und Galvanisation. Leistete das Leiden auch jetzt noch Widerstand, so wendete ich oft Natr. salicyl. intern und den faradischen Pinsel auf die schmerzhafte Stelle mit gewünschtem Erfolg an. Dabei kamen mittelstarke Ströme von 2—3 Minuten Dauer in Anwendung. Ich erinnere mich einer Frau aus Mariahilf, der bei einer Neuralgie des ersten Astes diese Behandlung schon nach der ersten Sitzung Ruhe und Heilung brachte. Ich ziehe daher jetzt diese Methode allen anderen vor und erziele bei den rheumatischen Formen stets Erfolg.

Die in Folge von Malariainfektion auftretenden Trigeminusneuralgien setzen genau zur selben Zeit immer ein und dauern 2—3 Stunden, dann machen sie ein- und zweitägige Pausen, genau wie die Intermittensanfälle. Das beste Mittel dagegen ist Chinin. hydrochl. in Dosen von 0·5 und zwar 4—5 Stunden vor dem zu erwartenden Anfall gegeben. Versagte Chinin, so ist arsenige Säure in Form von Solut. Fowleri in steigenden Dosen, anfänglich 3 Mal täglich 5 Tropfen bis auf 3 Mal täglich 10 Tropfen steigend anzuwenden. Sie ist jedoch bei weitem weniger zuverlässlich als Chinin und muss so lange gegeben werden, bis sich Conjunctivitis als erstes Zeichen der Arsenvergiftung einstellt.

Sind die Ursachen des Leidens bekannt, so ist es selbstverständlich erste Pflicht, diese zu entfernen. Von den übrigen Antineuralgicis habe ich in erster Linie das Antifebrin und Phenacetin in Dosen von 0·5 schätzen gelernt. Lassen diese im Stiche, so kann man versuchen: Phenacet. 0·5 mit 0·02 Codein, ferner Antipyrin zu 1·00 oder Natr. salicyl., Natr. bromat. āā 1·00. Herrn Prof. Rosenthal gelang es durch grose Dosen von Paulinia sorbilis die Anfälle für längere Zeit zu beseitigen. Das Butyl. Chloralhydrat mildert die Schmerzen, wird aber wegen seines üblen Geschmackes nicht gerne genommen. Die Verschreibung ist folgende:

Rp.	Butyl. chloral.	2·00—5·00
	Spirt. Vini rectf.	10·00
	Glycerini	20·00
	Aq. dest.	120·00

MDS. 2—3 Esslöffel voll auf einmal zu nehmen.

Die Tinct. Gelsemii wurde stets als eine Art Specificum gegen diese spezielle Art von Neuralgie angewendet. Ich selbst

habe nie von dem Gebrauch derselben einen nennenswerthen Erfolg gesehen, man gibt sie für sich 3 Mal täglich 10 Tropfen.

Ueber Injektionen von Karbolsäure habe ich keine eigene Erfahrung. Die Cocaininjektionen nützen allein angewandt in den seltensten Fällen. In Verbiadung mit der Applikation des faradischen Pinsels an der Austrittsstelle des Nerven führen sie oft zum Ziele.

Die Antipyrininjektion, die wir auf der Abtheilung des Herrn Prof. ROSENTHAL häufig anwandten, war ohne Erfolg.

Das Chloralhydrat bringt nur in den seltensten Fällen Erleichterung.

Mit etwas mehr Zuversicht kann man das Opium anwenden, am besten intern, nicht subkutan gegeben. Die beruhigende Wirkung tritt jedoch erst bei höheren Dosen ein, die manchmal die Maximaldosis streifen, überdies muss man mit den Dosen stets steigen, um einen Effekt zu erzielen. Gewöhnlich verschreibt man das Extr opii aquos. in Pillenform mit etwas Rheum. Man beginnt mit kleinen Dosan und geht rasch in die Höhe. Die Patienten werden ruhiger, die Verstimmung lässt nach, die Schmerzen sind weniger anhaltend und weniger intensiv. Was das Morphium betrifft, so ist seine Wirkung die des Opium jedoch im verstärkten Masse. Morphiuminjektionen von 1% sind meist vollkommen nutzlos, man muss meist 2—3% Lösungen anwenden. Die Wirkung des Morphium ist nur eine vorübergehende; da es kein Heilmittel ist, so soll man mit der Anwendung desselben sparsam sein, es jedoch bei heftigen Anfällen den Kranken nicht versagen. Ein Fall von frischer Trigeminusneuralgie ist mir in Erinnerung, der durch eine Morphiuminjektion seiner Heilung zugeführt wurde; ob dies nicht auch ohne Injektion möglich gewesen wäre, ist in Frage gestellt.

Bei dem Falle der Frau Fl. führte ich Bromidia an, welches Mittel Herr Dr. KOHN während meiner Abwesenheit bei der Patientin verordnete. Der Erfolg war ein so überraschender, ein so schlagender, dass es mir, bei meiner Rückkehr mitgetheilt, förmlich als ein Märchen erschien. Die Patientin berichtete mir selbst kurz und deutlich: «Als ich zwei Kaffeelöffel des mir von Dr. KOHN verordneten Medikamentes genommen, war das Leiden wie abgeschnitten.» Ich kenne die Kranke jahrelang, die Anfälle liessen stets allmählig nach nie mit einem Schlage. Am Tage meiner Abreise konnte Patientin kaum sprechen, so folgte ein Anfall auf den anderen. Das Ganze war also für mich ein Räthsel. Ich überlegte und hielt es für besser mit der Publikation zu warten, bis eine neue Attaque auftrete. Vor ungefähr 14 Tagen wurde ich abermals zur Frau Fl. gerufen. Um die Wirkung von Bromidia rein zu erproben, reichte ich ihr einige Tage die verschiedensten Antineuralgica, welche ebenso wie früher keinen Nutzen brachten.

Endlich nahm sie auf mein Anrathen 2 Kaffeelöffel voll Bromidia. Darauf schlief sie von 1 Uhr Nachts bis ungefähr 11 Uhr Vormittags. Der heftige Schmerz hatte sich auf ein leises Stechen, welches gewöhnlich nach Ablauf der Krankheit zurückbleibt, reducirt. Der Prozess war in 6 Tagen vorüber, während er sonst mindestens 8 Wochen dauerte. Ich versuchte nun Bromidia bei anderen chronischen Trigeminusneuralgien, wie sie eben in der Sprechstunde erscheinen. Herr Sch. aus Penzing, der viele Jahre ununterbrochen an Trigeminusneuralgie litt, behauptete, dass die Anfälle nach dem Gebrauch von Bromidia um ein Drittel weniger und die Nächte besser geworden seien. Ungefähr dasselbe berichteten auch andere Kranke. In jedem Theelöffel Bromidia ist 1·00 Chloral, 1·00 Bromkalium, sowie je 0·008 von echtem Extr. cannabis indicae und Hyoscyamus mit aromatischen Extrakten enthalten.

Ich bin weit davon entfernt, Bromidia als Panacee anzusehen, aber fest steht für mich seine günstige Einwirkung auf die Trigeminusneuralgie. Ich habe mich zu dieser Publikation gedrängt gefühlt, um zu einer weiteren Prüfung dieses Mittels aufzufordern. Speciell bei der Trigeminusneuralgie, wo man oft rathlos dasteht und geradezu froh ist, diesen herzerschütternden Zustand durch irgend ein Mittel mildern zu können, fordert eben jedes neue Mittel zur eingehenden und genauen Prüfung auf.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Kongress zum Studium der Tuberkulose.

Abgehalten zu Paris vom 27. Juli bis 2. August 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

(Fortsetzung.)

Diskussion über den Vortrag Dr. Hérard's.

Dr. NOCARD: Ich will mich in meinen Bemerkungen nur auf die Tuberkulose der Rinder beschränken. Ich glaube, dass die Heredität bei den Rindern nur eine accessorische Rolle spielt. Die Fälle, in denen man Foetuse von Kälbern antrifft, die bereits tuberkulös sind, bilden seltene Ausnahmen. Es ist auch eine ausserordentlich grosse Seltenheit, bei den jungen Kälbern tuberkulöse Affektionen anzutreffen.

Man hat geltend gemacht, dass sich in den Eingeweiden der Kälber latente tuberkulöse Herde und disseminirte Bacillen finden können. Ich glaube aber, dass diese Anschauung nicht begründet sei.

Ich habe bereits bemerkt, dass man in den inficirten Ställen die Tuberkulose nur bei den erwachsenen Thieren findet, die das dritte Lebensjahr bereits überschritten haben; diese Affektionen sind aber selten bei den jungen Thieren bis zum Alter von zwei Jahren.

Hier einige Beispiele: Bei einer grossen Ausbeute fand ich unter 62 Rindern mittelst des Tuberkulins 41 tuberkulöse Thiere. Nun waren aber fast alle erwachsenen Thiere tuberkulös, während die jüngeren der Krankheit entschlüpft waren, mit Ausnahme eines Kalbes, welches von einer Kuh, die an tuberkulöser Mastitis gelitten hatte, gesäugt wurde.

In einem anderen Falle fanden sich unter 105 Thieren — von denen 55 erwachsene Thiere waren — 41 tuberkulöse Thiere, von den 50 jungen Thieren waren nur 4 oder 5 tuberkulös. Die jungen Thiere hatten sich nichtsdestoweniger in demselben inficirten Stalle aufgehalten und wurden von tuberkulösen Müttern genährt. Was die Chancen einer Infektion bei den jungen Thieren herabsetzte, das war der Umstand, dass sie lange auf der Weide blieben, und dass sie nicht in demselben Maasse wie die Erwachsenen Thiere der Ansteckung ausgesetzt waren. Die Gemeinsamkeit der Luft genügt nicht, sondern die Luft muss mit tuberkulösen Staub verunreinigt sein und nur diejenigen Thieren werden tuberkulös, welche dieser inficirten Luft ausgesetzt sind und dies während einer längeren Zeit.

Man könnte nun dem gegenüber den Einwand vorbringen, dass die jungen Thiere, die auf das Tuberkulin hin nicht reagirten, dennoch latente Keime in sich trügen, die auf das Tuberkulin nicht antworteten. Nun haben mir aber meine diesbezüglichen Versuche bewiesen, dass die Thiere, die nicht bei der ersten Infektion auf das Tuberkulin hin reagiren, wenn man sie isolirt, auch nicht nach Ablauf von neun Monaten auf dasselbe reagiren.

Das besagt so viel, dass sie nicht tuberkulös geworden sind. Das beweist, dass es sich in den meisten Fällen um eine Ansteckung und nicht um Heredität handelt.

Dr. EMPIS: Beim Menschen ist die Tuberkulose fast immer hereditär. Genügt die Ansteckung, um Tuberkulose hervorzubringen? Was mich betrifft, so glaube ich es nicht.

Ich habe nicht einen einzigen sicheren Fall gesehen, sei es den einer Ehefrau oder eines Ehemannes, der durch seinen tuberkulösen Mitgenossen angesteckt worden sein würde.

Es ist somit nothwendig, dass das Terrain vorbereitet sei, damit eine Ansteckung stattfindet.

Das frühzeitige Stadium, in welchem sich die Tuberkulose bei den Kälbern manifestirt, steht in Beziehung zu dem, was wir beim menschlichen Geschlechte beobachten, wo Kinder, die in ihrer Jugend prächtig aussehen, später von der Tuberkulose ergriffen werden. Ich glaube, dass die Kälber ebenso wie die Kinder diathetisch, dass sie vom Keime imprägnirt seien.

Dr. HÉRARD: Ich glaube, ebenso wie Dr. EMPIS, dass die Tuberkulose hereditär sei, aber ich meine, im Gegensatze zu seiner Ansicht, dass die Ansteckung im Haushalte unwiderleglich sei.

Dr. NOCARD: Eben deshalb, weil ich den Einwand von Dr. EMPIS vorausgesehen hatte, wollte ich meine Versuche mit neunmonatlicher Distanz wiederholen. Neun Monate sind eine beträchtliche Zeit in dem Leben eines Kalbes. Heute behaupte ich entschieden, dass die Tuberkulose bei den Rindern nicht hereditär sei.

Was die Kinder betrifft, die spät tuberkulös werden, so ist es viel eher statthaft anzunehmen, dass sie spät angesteckt wurden. Sie sind schwächlich, weil sie von schwächlichen Eltern geboren wurden — nichts mehr als das.

Dr. L. H. PETIT: Die Geschichte der Tuberkulose in gewissen Familien erlaubt es, ziemlich genau den Antheil, der bei der Fortpflanzung derselben auf die Heredität des Terrains, auf die Heredität des Keimes und auf die Ansteckung kommt zu bestimmen.

Die wiederholten Schwangerschaften bei einem lymphathischen Weibe scheinen bei den Kindern eine ziemlich grosse Prädisposition zum Acquiriren der Tuberkulose hervorzurufen. Vielleicht könnte man sogar auch annehmen, dass der Lymphatismus der Mutter nur eine verdünnte Form des tuberkulösen Terrains sei, und dass die Keime die bei der Mutter nicht zur Evolution gekommen waren, indem sie bei den Kindern ein geschwächteres und günstigeres Terrain für ihre Proliferation gefunden haben, daselbst zur Entwicklung gelangt sind. Mit anderen Worten, die Tuberkulose ist bei der Mutter latent geblieben und ist bei den Kindern, deren Widerstandskraft eine geringere war, zum Vorschein gekommen.

Man muss sich bemühen, dieser Prädisposition entgegenzutreten, indem man für gesunde und kräftige Ammen sorgt, und indem man die Kinder auf dem Lande grossziehen lässt.

Unter keinen Umständen darf die Mutter, welche zur Tuberlose prädisponirt, ihre Kinder selbst stillen.

Diese Prädisponirten, wenn sie zufällig in die Lage kommen, ein inficirtes Haus zu bewohnen, acquiriren leicht Lungentuberkulose.

Die Desinfektion der durch die Tuberkulösen inficirten Wohnungen ist somit eine sehr dringend gebotene Massregel.

Dr. DUCOR: Bei zwei Kranken, die mit äusserer Tuberkulose behaftet waren, studirte ich die Antecedentien, indem ich dieselben bis auf mehrere Generationen zurückverfolgte, und ich habe die Ueberzeugung gewinnen können, dass keine tuberkulösen Erkrankungen aufzufinden waren. Diese Fälle zeigen wohl, dass die Ansteckung als solche chirurgische Tuberkulose hervorbringen kann.

Prof. VERNEUIL: In zahlreichen Fällen beobachtet man, dass sich in Folge eines Traumas eine Coxalgie oder eine POTT'sche Krankheit entwickelt und zwar bei einem Kinde, welches bis dahin gesund war. Kann man in solchen Fällen annehmen, dass es sich um eine Ansteckung handelt?

Selbstverständlich konnte das Trauma den Mikroben in diese tiefen Regionen nicht einimpfen.

Das Trauma hat nur Gewebe von geringerer Widerstandskraft geschaffen, wo sich dann Mikroben, die bis dahin latent waren, entwickelt haben. Nun konnten sich ja aber die Bacillen von vornherein nicht gerade an dem lädirten Punkte finden. Dieselben wurden vielmehr dem Blute entnommen. Es hat sich also in solchen Fällen um einen latenten Mikrobismus gehandelt. Dieser Mikrobismus ist es, der die Heredität bei Kindern tuberkulöser Eltern schafft.

Dr. G. ARTHAUD: Nach der Statistik meiner Kranken, die sich auf die Zahl von 5000 belaufen, konnte ich in 1000 Fällen die relative Häufigkeit der hereditären und der erworbenen Tuberkulose feststellen.

In den Fällen, in denen ich vollständige Angaben erhalten konnte, habe ich konstatirt, dass die Individuen, welche tuberkulös werden, häufig gar keine hereditären tuberkulösen Antecedentien aufweisen können.

Hingegen konnte ich mich in zahlreichen Fällen davon überzeugen, und in einer unwiderlegbaren Art und Weise, dass es sich um Ansteckung gehandelt hatte.

Dennoch theile ich die Ansicht des Herrn Dr. HÉRARD und ich glaube auch, dass die Heredität eine wichtige Rolle spiele.

Da die Zahl meiner Beobachtungen eine ziemlich beträchtliche ist, so glaube ich Zahlen anführen zu können, die sich in hohem Grade der Wirklichkeit nähern, und zwar beobachtet man, meinen Erfahrungen nach, die Heredität in 40 % von Fällen von Lungentuberkulose, und die Ansteckung, die der Hauptfaktor bleibt, in 60 % derartiger Fälle.

Dr. COUDRAY: Ich habe in 75 Fällen von äusserer Tuberkulose, betreffend Kinder im Alter von 8 Monaten bis zu 15 Jahren, nach der Heredität geforscht. Ich habe dieselbe nur in 10 Fällen angetroffen, also in einem Verhältnisse von 15 %. Innerhalb dieser 75 Fälle ist nur ein einziger kongenital; darunter finden sich sehr wenige Fälle im Alter von einem bis zu zwei Jahren, das Maximum im Alter von 3—6 Jahren. Diese Beobachtungen stehen im Einklange mit denen von Dr. NOCARD über die relative Seltenheit der Tuberkulose bei allen jungen Thieren.

Unter den 65 Fällen, in welchen die Heredität — gleichgiltig wie man dieselbe interpretirt — fehlte, konnte die accidentelle Veranlassung nicht festgestellt werden — in 9 Fällen konnte man ein Trauma als Ursache zulassen, namentlich in 2 Fällen in einer ganz frappanten Art — in 4 Fällen folgte die Tuberkulose auf accidentelle Lungenzustände, wie z. B. Bronchitis, Bronchopneumonie — in 3 Fällen kam eine mangelhafte Ernährung in Betracht, und in 1 Falle handelte es sich um eine Angina. Dieser Fall verdient besondere Beachtung, denn die tuberkulöse Affektion bestand hier in einem Malum Potti cervicale.

Daraus geht hervor, dass bei der äusseren oder chirurgischen Tuberkulose die Ansteckung eine vorherrschende Rolle spielt.

* * *

Ueber die Injektionskrankheiten als Erreger («agents provocateurs») der Tuberkulose.

Prof. Verneuil: Ich wünsche über 2 Fälle zu berichten, in denen der verhängnissvolle Einfluss einer Infektionskrankheit nicht blos auf die Entwicklung einer Lungenuberkulose, sondern sehr wohl auf die Entwicklung einer chirurgischen Tuberkulose zum Ausdrucke kommt.

Ein Mädchen, das heute 7 Jahre alt ist, von tuberkulöser Heredität, hatte im Alter von 4 Jahren eine sehr ausgedehnte Tuberkulose der Drüsen am Halse. Nach sorgfältiger Auskratzung mittelst des scharfen Löffels heilte die Tuberkulose, aber kurze Zeit darauf hatte die Kranke ein Malum Potti. Nach einer Allgemeinbehandlung in der Dauer von 2 Jahren, nach der Anwendung der Injektion mit Jodoform-Aether, heilte das POTT'sche Uebel und bleibt auch während der Dauer von 6 Monaten radikal geheilt. Zu dieser Zeit bekommt das Kind Masern, die im Uebrigen gutartiger Natur waren; nun erscheinen kurze Zeit nach den Masern die geschwellten Lymphdrüsen und das Malum Potti von Neuem, und bei diesem Wiedererscheinen sind die Charaktere der Krankheiten sehr schwere.

Das Kind genas von diesem zweiten Anfalle, aber es unterliegt keinem Zweifel, dass dieser zweite Anfall auf Rechnung der interkurrenten Morbillen kam.

Ein zweiter Fall betrifft ein junges Mädchen, das im Uebrigen ganz gesund ist, von kräftigen Eltern abstammend, ohne irgend welche Belastung, das an einer intensiven Malaria gelitten hatte. Nach dieser Malaria stürzte das Kind zufällig leicht auf die Stirn und auf die Schulter auf. Nun bedingte dieses leichte Trauma eine tuberkulöse Nekrose des Os frontale, des Os malleolare, der Clavicula und des Os maxillare; dazu kommen noch zahlreiche Drüsenabscesse, die das Leben des jungen Mädchens gefährden.

Dr. LEGROUX: Als Beleg für das, was soeben Prof. VERNEUIL vorgebracht hat, kann ich einen Fall anführen, der ein Kind betraf, das zwar Lymphatismus aufgewiesen hatte, das aber sonst ganz gesund war, und welches nach den Initialsymptomen eines Keuchhustens die ausgesprochenen Zeichen einer Coxalgie darbot.

Ich kann ebenso den Fall eines andern Kindes anführen, welches unmittelbar nach Morbillen alle Symptome einer tuberkulösen Meningitis darbot, der es auch erlag.

Diese Thatsachen sind übrigens den Aerzten wohl bekannt und sie beweisen abermals, dass man in Fällen von Infektionskrankheiten, die bei Kindern auftreten, die hygienischen Vorsichtsmassregeln verdoppeln müsse, wenn die Kinder der Tuberkulose verdächtig sind.

Dr. Cannelis (Athen): Ich war in der Lage konstatiren zu können, seit den grossen Grippe-Epidemien, welche Europa in den letzten Jahren heimgesucht haben, dass diese Infektion ganz besonders zur Lungentuberkulose prädisponirt. — Seit jenen Epidemien sehen wir täglich Tuberkulöse, die — ganz mit Recht — den Anfang ihrer Krankheit auf die Zeit beziehen, zu der sie von der Grippe ergriffen wurden.

Nach diesen Beobachtungen zu urtheilen, glauben wir Grund zu haben, zu behaupten, dass die Grippe sehr wohl eine Ursache für die Lungenphthise sein könne.

Ein bemerkenswerther Punkt in dieser Angelegenheit ist der Umstand, dass die Individuen, welche tuberkulös werden, nach der Grippe fortwährend husten. Die Phthise folgt ohne Unterbrechung auf den Katarrh.

(Fortsetzung folgt.)

Kongress der Irrenärzte Frankreichs und der französischsprachigen Länder.

Abgehalten in La Rochelle vom 1. bis 9. August 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

(Fortsetzung.)

Ueber die falschen Zeugenaussagen der Irren vor Gericht.

Dr. Cullerre, aus La Roche sur-Yon: Die Probleme bezüglich der Aussagen der Irren vor Gericht haben bisher den Scharfsinn der Gerichtsärzte nicht sehr in Anspruch genommen, zweifellos deshalb, weil die Gelegenheiten, diese Probleme zu studiren, sich nicht häufig dargeboten haben. In den berühmtesten Abhandlungen, die der gerichtlichen Medizin der Irren gewidmet sind, findet man kaum eine Erwähnung der Möglichkeit, dass ein solcher Kranker die Justiz durch seine Aussagen zu täuschen im Stande ist, und damit man sich gegen diese quasi hypothetische Gefahr schützt, begnügt man sich damit, einige allgemeine Lehren theoretischer Art aufzuzählen, um sein Gewissen zu befriedigen und um sich nicht, wie es scheint, den Vorwurf zuzuziehen, dem Publikum ein unvollständiges Werk überliefert zu haben.

Aber, einerseits schreitet die Wissenschaft immer vor, die Domäne der Verrücktheit wird eine immer grössere, und sie findet heute als solche ihren legitimen Platz in der Wissenschaft, die ihr noch vor ganz kurzer Zeit nicht zugestanden wurde, andererseits ändern sich die Sitten, die Zahl der Irren nimmt zu; diejenigen — und sie werden immer zahlreicher — die unser modernes Leben überreizt, nehmen trotz der Internirung, der sie ausgesetzt sind, mehr Antheil an unserem alltäglichen Leben — woraus auch folgt, dass sie mit den Gerichtsangelegenheiten immer mehr in Berührung kommen, in denen ihre Intervention, namentlich vom Standpunkte der Zeugenaussagen, die bösesten Folgen nach sich ziehen kann. —

Die falsche Zeugenaussage der Irren vor Gericht präsentirt sich in sehr verschiedenen Formen.

Um sie alle in's Auge zu fassen, ist es nothwendig, das Wort «Zeugenaussage» nicht blos in dem Sinne einer Zeugenablegung aufzufassen, sondern in dem Sinne einer Bezeugung, einer affirmativen Erklärung, einer Anzeige, das heisst in der weitesten Bedeutung des Wortes.

Dr. Cullerre gibt hierauf eine Uebersicht über den grössten Theil der Fälle, in denen die Irren vor Gericht falsche Zeugenaussagen machen können, und schliesst seinen diesbezüglichen Bericht mit folgenden Betrachtungen ab:

Die Zeugenaussage der Irren birgt immer Ungewissheit in sich. Auch dürfen dieselben nicht zugelassen werden, einen Eid abzulegen und in der gewöhnlichen Form ihre Zeugenaussagen zu machen.

Höchstens dürfen dieselben in der Absicht einer Information so wie die Kinder und die Minderjährigen angehört werden. Gewisse partielle Formen der Geistesverwirrung sind in der That mit einer exakten Beobachtung der Aussenwelt verträglich, aber wofern Jemand keine gründlichen Kenntnisse der Geisteskrankheiten besitzt, so kann er nie dessen sicher sein, dass der Geisteskranke, der an partieller Verrücktheit leidet, in die Beantwortung der Fragen, die man an ihn richtet, keine Illusionen und keine delirirenden Interpretationen hineinbringt. Georget hat dieses Problem mit folgenden Worten sehr schön formulirt: Welches Vertrauen kan man den Aussagen dieser Kranken beimessen? Viele können sehr wohl über das, was sie beobachten, Rechenschaft geben; aber man muss die Grenze ihrer Verrücktheit gut kennen, um dem Glauben zu schenken, um sicher zu sein, dass sie ihrer Erzählung der Thatsachen keine Illusionen beimengen. Wenn es sich um wichtige Dinge handelt, so darf man nicht einmal den Mittheilungen dieser halb vernünftigen Irren gänzlich vertrauen; man muss sich erst durch andere Zeugenaussagen darüber Aufklärung verschaffen. Was die total unvernünftigen Irren betrifft, so kann man ihren Erzählungen keineswegs vertrauen, denn diese disponiren dazu, Chimären für Wirklichkeit zu halten. Sie können zweifellos bisweilen richtige Informationen geben, aber in den meisten Fällen ist dem Wahren Falsches beigemengt, und man kann über ihre Aussagen vage Konjekturen anstellen. Kurz, ich glaube, dass bei einem Kriminalprozesse die Aussage eines Irren fast gar keinen Werth haben kann.

Die Geisteskranken können in gewissen Fällen fälschlich gegen sich selbst Zeugenschaft ablegen. Wenn die Geisteskrankheit wohl charakterisirt ist, so ist es im Allgemeinen leicht, diese Selbstanklagen auf ihren wahren Ursprung zurückzuführen. Aber, wie Morel bemerkt, es geschieht oft, dass diese Selbstanklagen in der Inkubationsperiode der Verrücktheit gemacht werden, zu einer Zeit, in der man die Existenz des Uebels kaum vermuthen kann, und einige diesbezügliche Beispiele sind auch dazu angethan, zu beweisen, dass unter diesen Umständen ein richterlicher Irrthum nicht absolut ausgeschlossen sei.

Die Irren, die sich am häufigsten selbst anklagen, sind die Melancholiker. Ihre falschen Geständnisse bilden die logischen Resultate ihrer delirirenden Konzeptionen, die unter dieser Form eine konkrete Gestalt anzunehmen sich bestreben.

Die Mehrzahl dieser selbstanklägerischen Melancholiker sind Alkoholiker. Dieselben werden dazu geführt, sich eine imaginäre Schuld zuzuschreiben in Folge einer Schwächung der Kontrollsfähigkeit des Gewissens über den Lauf der Gedanken. Indem diese Kranken der Angst und dem Schrecken ergeben sind, halten sie eine Hallucination, eine Erinnerung, einen Traum für Wirklichkeit und beschuldigen sich eines Verbrechens, das sie begangen zu haben sich einbilden. Die Schnelligkeit, mit der das Gewissen — unter dem Einflusse der Abstinenz — ihrer wieder Herr wird, nimmt im Allgemeinen diesen falschen Aussagen jedwede gerichtsärztliche Bedeutung.

Die falschen Geständnisse der Hysterischen haben ihren Ursprung in einer analogen Quelle, in der Hallucination und in dem Traume, aber sind von einer viel grösseren Bedeutung, insofern als die Ueberzeugung, deren Ausdruck sie bilden, unbestimmt lange bei dem Kranken persistirt und da keine Rückkehr des normalen Gewissens dieselben modificirt. Glücklicherweise, wenn dieselben auch zu einer von uns bereits entfernten Periode häufig vorgekommen zu sein scheinen, so sind sie jetzt viel seltener geworden.

Endlich trifft man das Geständniss einer imaginären Schuld im Verlaufe gewisser psychischer Paroxysmen an, die eine erworbene oder hereditäre Degeneratio mentalis ergeben. Patienten, die an moralischem Irresein leiden, klagen sich häufig an, Verbrechen begangen zu haben, die sie sich nicht haben zu Schulden kommen lassen, und zwar aus Stolz und aus Exaltation, welche sie veranlasst, ihre Persönlichkeit in den Vordergrund zu stellen, indem sie sich allenfalls auch gern zum Helden irgend einer verruchten That machen u. s. w.

Die falschen Aussagen solcher Zeugen können der Justiz Verlegenheiten bereiten, aber bei einem wohl geleiteten wissenschaftlichen Examen stellt sich die Wahrheit doch heraus.

Die Lehre, die sich aus diesen verschiedenen Kategorien von Thatsachen ergibt, lautet definitiv dahin, dass das spontane Geständniss eines Verbrechens nichts Entscheidendes enthält, und dass, wenn nicht der Beweis erbracht werden kann, man Grund hat, beim Autor des Geständnisses Verrücktheit zu vermuthen, und dass man ihn einer gerichtsärztlichen Untersuchung zu unterziehen habe.

Fast alle Formen der Verrücktheit begünstigen bei den Irren die Tendenz, gegen Andere falsche Anklagen zu erheben. Aber diese Denunciationen besitzen nur dann eine wirkliche gerichtsärztliche Bedeutung, wenn sie von Psychopathikern herrühren, die in Folge ihres anscheinend normalen Geisteszustandes die Personen, die damit beauftragt sind, ihre Zeugenschaft entgegenzunehmen, zu täuschen im Stande sind.

Diese scheinbar-geisteshellen Psychopathiker gehören alle den hereditär Verrückten an; — es sind die stetig und ziellos Herumwandelnden, die raisonnirenden Verfolgten oder Verfolger und die Hysterischen. Sie bieten alle vom nosologischen Standpunkte ein gemeinschaftliches Zeichen dar, nämlich: Schwäche oder Verkehrtheit des moralischen Sinnes. Dieselben denunciren fälschlich aus Hass, aus Rache, aus der Lust, Böses zu stiften; dies wird bei einigen zu einer fixen Idee, die alle ihre Schritte, alle ihre Handlungen und ihr ganzes Leben leitet.

Wir haben vor Allem die Aufmerksamkeit auf die verfolgten Verfolger lenken wollen, deren lügnerische Denunciationen und unbegründete Revindikationen die Ursache zahlreicher richterlicher Irrthümer sein können und wahrscheinlich auch sind.

Wir haben die Hysterischen in eine Gruppe mit den Hereditären und den Degenerirten gebracht, und wenn wir auch daran festhalten, dass ein grosser Theil dieser Kranken sehr wohl in diese Kategorie hineingehört, so müssen wir aber auch daran erinnern, dass ihre falschen Zeugenaussagen auch in einer anderen Quelle als in der Verkehrtheit ihrer moralischen Sensibilität ihren Ursprung nehmen können und in der That auch häufig nehmen, und dass diese falschen Behauptungen dann die Folge einer delirirenden Idee — aus einem Traume oder einer Hallucination abgeleitet — seien. Diese Thatsache wirft ein grelles Licht auf eine gewisse Zahl von seltsamen und monstruösen Anklagen, die, in gutem Glauben, von Hysterischen gegen Unglückliche plötzlich erhoben werden, die, da sie nicht in der Lage waren, ihre Unschuld darzuthun, mit einem unverdienten Schandfleck und mit einer unverdienten Züchtigung davongehen. Wenn diese Thatsache von den Aerzten besser gekannt und von den Richtern mehr beachtet sein wird, so wird man in der Zukunft die sehr verhängnissvollen richterlichen Irrthümer, deren wir in einer noch nicht weit zurückliegenden Vergangenheit sehr viele Beispiele auffinden könnten, vermeiden können.

Dr. CHARPENTIER: Ich bin der Ansicht, dass einer jeden Zeugenaussage, die von einem Irren gemacht wird, ein ärztliches Certifikat vorausgehen sollte.

Dr. DOUTREBENTE: Im Prinzipe sind alle Zeugenaussagen der Irren falsch; man darf ihnen gar keinen Glauben beimessen, aber in der Praxis ist dem nicht immer so. Wenn es sich um Irre handelt, die nicht verantwortlich gemacht werden können, oder die internirt sind, so werden ihre Zeugenaussagen nicht in Betracht gezogen, aber die Sache verhält sich nicht so, wenn sich der Irre in Freiheit findet. Seine Aussagen werden oft angehört, wenn der Richter nicht vorher eine ärztliche Untersuchung vornehmen liess. Es ist somit in dieser Beziehung eine gewisse Modifikation geboten. Es kommt bisweilen bei uns Irrenärzten selbst vor, dass wir den Angaben von Irren, die wir gut kennen, die wir seit langer Zeit behandeln, Glauben schenken; es gilt aber als allgemeine Regel, dass eine aufmerksame Untersuchung der durch die Irren gemachten Denunciationen zeigt, dass sie falsch seien.

Dr. A. VOISIN: Ich hatte unlängst eine Hysterische in Behandlung, die, nachdem sie von ihren cerebralen Störungen (maniakalische Unruhe, Hallucinationen) vollkommen genesen war, mir erzählte, dass sie soeben genothzüchtigt worden sei. Die Einzelnheiten, die mir diese Frau mittheilte, der Ton, in dem sie sprach, klangen so aufrichtig, dass ich eine Untersuchung veranlasste. Ich konnte nun konstatiren, dass in der Erzählung nichts Wahres enthalten war.

Dr. MABILLE: Dinge dieser Art, die lügnerischen Aussagen und Denunciationen der Irren trifft man noch ziemlich häufig an. Ich kannte eine Kranke, die während langer Zeit wegen vorübergehender und intermittirender Geistesstörungen internirt war, und die, neunzehn Jahre nach dem Verlassen der Anstalt, ihren Mann anklagte, dass er sie vergewaltigt, und der es auch gelungen war, ihn gerichtlich verfolgen zu lassen. Als ich nun als gerichtsärztlicher Experte vernommen wurde, hatte ich keine grosse Mühe, nachzuweisen, dass diese Frau eine falsche Denunciation gemacht hatte, dass dieselbe noch an geistigen Störungen litt. Nichtsdestoweniger war aber der Mann der Frau verhaftet und während vierzehn Tagen im Gefängniss behalten worden.

Dr. JULES VOISIN: Man acceptirt in der Justiz die Aussagen der Epileptiker, wenn diese Aussagen drei Tage nach einer Krise gemacht werden. Meiner Ansicht nach wird in diesem Falle ein Fehler begangen, denn gewisse Epileptiker bleiben acht, vierzehn Tage und selbst noch länger nach der stattgehabten Krise in einem Zustande, in welchem ihre Gehirnfunktionen gestört sind, in einem Zustande, der es ihnen nicht erlauben würde, Zeugenschaft abzulegen. So lange dieser Geisteszustand persistirt, sind die Epileptiker den Hallucinationen und den Illusionen unterworfen, an die sie sich nicht mehr erinnern, wenn sie die normalen geistigen Fähigkeiten erlangt haben. Man sollte nach dieser Richtung eine Modifikation des bestehenden Gesetzes verlangen.

Dr. BRIANT: Es ist interessant, hier an die Denunciationen der Irren zu erinnern, welche zu gleicher Zeit von zwei Individuen gemacht werden; diese Denunciationen scheinen um so ernster zu sein, als sie sich dadurch gegenseitig verstärken. Ich war nahe daran, das Opfer einer Denunciation dieser Art zu sein, und zwar von Seiten einer ehemaligen Patientin aus meiner Klinik, die, in Gemeinschaft mit ihrem Manne, mich beschuldigte, sie willkürlich internirt zu haben.

Dr. DOUTREBENTE: Ich möchte bei dieser Gelegenheit an die Beobachtung einer Dienstmagd erinnern, die nach dem Tode ihres Herrn, der während seines ganzen Lebens an Verfolgungsdelirien gelitten hatte, einen der Neffen des Verstorbenen beschuldigte, seinen Onkel bestohlen und vergiftet zu haben. Dieser junge Mann wurde verhaftet; man nahm eine Exhumirung der Leiche vor, und erst nach einer gerichtsärztlichen Untersuchung konnte man das Falsche der Denunciation des Dienstboten darthun. Das Mädchen hatte ebenso wie ihr Herr an Verfolgungswahnsinn gelitten.

Dr. MABILLE: Es ist am Platze, die Art und Weise, auf welche die Alkoholiker falsche Zeugenaussagen oder Denunciationen machen, zu betonen. Sie behalten die Erinnerung an Hallucinationen, an Illusionen, die sie verfolgen und ihre Anklagen sind das Resultat des Umstandes, dass sie das hallucinatorische Bild, das dieselben täuscht, konserviren.

Dr. CHRISTIAN: Die Leichtigkeit, mit der man die Denunciationen der Irren acceptirt, ist wahrlich eine ausserordentliche; gegen dieses leichte Vorgehen müssen wir protestiren.

Dr. BRIANT: Als Abschluss zu der Diskussion, die soeben stattgefunden hat, empfehle ich dem Kongresse, folgenden Vorschlag zu formuliren:

«Der Kongress drückt den Wunsch aus, dass die kompetenten Behörden die Zeugenschaften der Irren nur mit Reserve acceptiren.»

Dieser Vorschlag wird einstimmig angenommen. *Qu.*

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Lehre vom Hypnotismus.

Eine kurzgefasste Darstellung von **Prof. Dr. Heinrich Obersteiner.**

Verlag von M. Breitenstein. Leipzig und Wien. 1893.

Der Autor gibt in aller Kürze und doch mit vollkommener Klarheit, und ohne an irgend einem Punkt seiner Erörterung eine Lücke merken zu lassen, eine Uebersicht über den heutigen Stand der Lehre vom Hypnotismus. Er spricht über das Hypnotisiren, über die verschiedenen Erscheinungen des Hypnotismus im Gebiete der Mobilität, Sensibilität, in der vegetativen und psychischen Sphäre, über die Suggestiverscheinungen; er gibt, soweit dies nach dem heutigen Stande der Wissenschaft möglich ist, eine physiologische Analyse des hypnotischen Zustandes, und sagt schliesslich sehr gesunde und treffende Worte über die therapeutische Verwerthung und über die forensische Bedeutung des Hypnotismus, welche letztere er

mit Recht ausschliesslich im Gebiete des Strafrechts, nicht aber, wie andere Autoren, auch in dem des Civilrechts findet. Auch seiner Einwendung gegen den seinerzeit ausgesprochenen Vorschlag, die Hypnose zum Zweck eines gerichtlichen Verhörs auszunützen, wird Jedermann beistimmen. So hat das vorliegende Büchlein nicht nur den Werth eines guten Repetitoriums der Lehre vom Hypnotismus, sondern auch den eines Resumé's, welches ein trefflicher Beobachter aus einer Reihe allmählig erworbener selbstständiger Erfahrungen zieht. Die kleine Schrift sei in dieser doppelten Hinsicht bestens empfohlen. *A. S.*

Jahrbuch der praktischen Medizin.

Herausgegeben von **Dr. S. Guttmann**, geh. Sanitätsrath in Berlin. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1893.

Der vor wenigen Wochen erschienene letzte Jahrgang dieses Jahrbuches schliesst sich seinen Vorgängern aufs würdigste an. Das Werk als Ganzes entwickelt sich mit jedem neuen Band mehr zu einem werthvollen Nachschlagebuch, und es gewinnt an wissenschaftlicher Bedeutung dadurch, dass auch den nicht rein praktischen Fächern, wie Anatomie, Physiologie, allgemeine Pathologie, pathologische Anatomie grosse Abschnitte gewidmet sind. Die Bearbeitung der einzelnen Kapitel vertheilt sich wie folgt: Anatomie. BARDELEBEN, Jena. — Physiologie. GRÜTZNER, Tübingen. — Allgemeine Pathologie und pathol. Anatomie. RIBBERT, Zürich. — Chirurgie. KOLACZEK, Breslau. — Innere Medizin. SEELIGMÜLLER, Halle; LEWALD, Hannover; SCHWALBE, Berlin; ROSENHEIM, Berlin; FÜRBRINGER, Berlin; FREYHAN, Berlin. — Geburtshilfe und Gynäkologie. CZEMPIN, Berlin. — Kinderkrankheiten. BAGINSKY, Berlin; STRELITZ, Berlin. — Haut- und venerische Krankheiten. JOSEPH, Berlin. — Augenheilkunde. HORSTMANN, Berlin. — Ohrenheilkunde. KOCH, Braunschweig. — Krankheiten der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes. MICHAEL, Hamburg. — Arzneimittellehre und Toxikologie. BUCHWALD, Breslau. — Klimatologie und Balneologie. BEETZ, München. — Gerichtliche Medizin. WIENER, Graudenz. — Medizinalwesen. WIENER, Graudenz; ADLER, Wien. — Oeffentliche Gesundheitspflege. PFEIFFER, Wiesbaden. — Militärmedizin. SCHILL, Dresden. Das vortrefflich ausgestattete Jahrbuch bedarf kaum mehr einer besonderen Empfehlung; es ist ja im besten Sinne populär.

Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel.

Einleitung in die Geschichte des Aussatzes.

Von **G. N. Münch**,

Ord. ö. Professor der Universität zu Kiew.

Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. 1893.

Die unter dem Titel «Dermatologische Studien» zusammengefassten, periodisch erscheinenden Abhandlungen aus dem Gebiete des Spezialfaches, in deren bisher erschienenen Heften meist Arbeiten UNNA's und der Hamburger Schule niedergelegt sind, widmen ihren vorliegenden sechszehnten Band einer mit seltenem Fleiss ausgearbeiteten medizinisch-philologischen Abhandlung MÜNCH's über den Aussatz des alten Testaments; eine kritisch-historische Studie, die durch gründlichste Kenntniss des benützten reichhaltigen und vielseitigen literarischen Materials, beweiskräftige Argumentation und scharfsinnige Interpretation der vielgedeuteten biblischen Termini, in medizinischer sowie philologischer Hinsicht gleich ausgezeichnet ist und dem um die Erforschung der Lepra in Russland verdienten Dermatologen, einen ersten Platz in der Reihe der Kommentatoren der biblischen Krankheit einräumt.

Entsprechend der gewählten historischen Aufgabe: die ältesten Spuren des Aussatzes aufzufinden, bilden hauptsächlich das Kapitel XIII. des 3. Buches MOSE (LEVIT) und die über dasselbe abgegebenen Erklärungen der Kommentatoren, den Inhalt der analytischen Untersuchungen des Autors, die sich zunächst auf die Erläuterungen der medizinischen Anschauungen erstrecken und Verfasser zu dem Ergebniss gelangen lassen, dass die biblische Zaraath mit Aussatz nicht identisch sei. Anlässlich seiner Lepra-Untersuchungen konnte Verfasser in Turkestan zwei von einander den Erscheinungen wie auch dem Verlaufe nach differente, auch von den Eingeborenen verschieden bezeichnete Krankheiten finden, deren eine «Machau» (von einigen Eigenthümlichkeiten, namentlich der relativen Häufigkeit von primären Nervenformen abgesehen) unserem gewöhnlichen Aussatze entspricht, während die andere als Pjess'j bezeichnete, identisch ist mit jener früher wenig beachteten Form von Vitiligo, auf welche erst durch BÄRENSPRUNG und SIMON die Aufmerksamkeit der Dermatologen hingelenkt wurde. In dieser turkestanischen Pjess'jkrankheit erblickt Verfasser alle Zeichen, die als der biblischen Krankheit eigen angegeben werden und betrachtet, indem er die in Kapitel XIII. des 3. Buches MOSE gegebene Gesetzordnung bezüglich der Zaraath als die allerfrüheste klassische Schilderung der Pjess'jkrankheit bezeichnet, die Zaraath, mit der turkestanischen Pjess'j (also auch mit der Vitiligo) in medizinischer wie legaler Beziehung, als vollständig identisch.

An die Analyse der medizinischen Anschauungen schliesst sich die philologische Deutung der Definitionen und Erläuterungen der Termini des Kapitel XIII. an, wobei sich Verfasser nur der Uebersetzung der Septuagenta und der Mischna als solcher Quellen bedient, welche ihre Definitionen und Erläuterungen unmittelbar aus der Zeitepoche erhalten hatten, zu der das interessirende Leiden gehört. Auch diese mit der vollendeten Fertigkeit eines Philologen vom Fache redigirte kritische Würdigung der Termini führen Verfasser zur Ueberzeugung, dass es zwischen der biblischen Zaraath und dem Aussatz keinerlei Verwandtschaft gebe. *N.*

Zeitungsschau.

Aus der medizinischen Klinik in Strassburg i. E.

Dr. Felix Klemperer, Assistent der Klinik. **Zur Bedeutung des Herpes labialis bei der Cerebrospinalmeningitis.** — (Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 29, 1893.)

Verfasser hat 3 Fälle von Meningitis beobachtet, in denen eine Mehrzahl gewichtiger Symptome für die tuberkulöse Natur des Prozesses sprach; dass es sich dennoch um nichttuberkulöse, epidemische Meningitis gehandelt hat, ist in zwei von den Fällen durch den Ausgang in Heilung in hohem Masse wahrscheinlich, im dritten durch die Autopsie sicher geworden. In allen 3 Fällen trat im Verlaufe der Krankheit ein Herpes auf, aus dem Verfasser zweimal Entzündungserreger züchten konnte. Verfasser frägt nun: Waren wir berechtigt, aus dem Bestehen des Herpes labialis die epidemische Natur der Erkrankung mit Bestimmtheit zu diagnosticiren?

Verfasser hat in den vergangenen Monaten noch 19 Fälle von Herpes labialis untersucht.

In sämmtlichen 19 Fällen fanden sich Bakterien und zwar keine spezifischen, sondern in allen Fällen Kokken, Glieder der grossen Gruppe der gewöhnlichen Entzündungserreger, Diplokokken, Streptokokken oder Staphylokokken.

Wenn Verfasser aus den seinen Befunden einen Schluss ziehen darf, so glaubt er, dass die gefundenen Mikrokokken die Ursache des labialen Herpesausschlages sind.

Dürfen wir nun den Herpes labialis als durch die Ansiedelung entzündungserregender Mikrokokken bedingt betrachten, so drängt sich sofort die enge Beziehung auf, in der die Krankheiten, bei denen der labiale Herpes sich gewöhnlich findet, zu eben denselben Mikroorganismen stehen. Durchgehends sind es Affektionen, die entweder durch diese Entzündungserreger bedingt sind (Pneumonie, Angina) oder bei denen diese Mikrokokken wenigstens als Komplikation, durch Mischinfektion, eine wesentliche Rolle spielen (Gelenksrheumatismus, Endocarditis). Gerade bei den durch spezifische Bakterien verursachten Krankheiten, beim Typhus, bei der Diphtherie, bei der Tuberkulose ist der Herpes labialis ungemein selten. Es legt dies den Gedanken nahe, dass der Herpes und die fieberhafte Grundkrankheit, bei der er auftritt, ätio

logisch in direktem Zusammenhang stehen, dass der Herpes eine besondere Lokalisation des die Grundkrankheit bedingenden Virus darstellt. Aber wenn der Herpes auch nur der Ausdruck einer Mischinfektion oder einer Sekundärinfektion ist, immer scheint er doch ein Zeichen dafür zu sein, dass bei der Krankheit, die er begleitet, gewöhnliche, nichtspezifische Entzündungserreger als ätiologisches oder komplicirendes Moment eine Rolle spielen.

Ist diese Deduktion richtig, so würde die Antwort auf die oben aufgestellte Frage dahin lauten, dass in der That der Herpes labialis bei der Meningitis zur Diagnose einer nichtspezifischen, sogenannten epidemischen Hirnhaut-Entzündung berechtigt. *F.*

G. Lewin: Caries sicca syphilitica und Atrophie des Zungengrundes. (Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 62, 1893.)

Dr. G. Lewin stellte in der Sitzung vom 4. Juli 1893 in der Dermat. Vereinigung Berlins, einen jungen Mann vor, der 1882 syphilitisch sich inficirte. Er wurde mehrfach mit Inunktionen und Jodkali behandelt. Vor 3 Jahren bemerkte er auf der linken Stirnseite eine kleine Geschwulst, die vor 1 Jahre zu wachsen begann. Allmählich hat sich eine tiefgehende Gummigeschwulst entwickelt. Bei der Palpation fallen die harten vorspringenden Knochenränder auf; sie beweisen, dass der Process auf den Knochen übergegangen ist und eine Caries sicca der Lamina externa ossis frontis zur Folge gehabt hat. Ausserordentlich deutlich ist bei diesem Kranken die glatte Atrophie der Zungenwurzel entwickelt. Nachdem Virchow auf diese Atrophia laevis radicis linguae als Zeichen der konstitutionellen Syphilis hingewiesen hat, hat Lewin seit einer Reihe von Jahren umfangreiche Beobachtungen angestellt und auf das klinische Symptom zur Feststellung der Diagnose schon vor 3/4 Jahren hingewiesen. Interessant ist in diesem Falle eine fast vollkommene Anästhesie des sonst sehr empfindlichen Schlundes. — In der Diskussion bemerkt Dr. Lassar, dass er Caries sicca syphilitica des Os frontale und des Os parietale gesehen habe; Dr. Mankiewicz, dass die Anästhesie des Pharynx eine häufige Erscheinung bei hysterischen und leicht erregbaren Individuen sei. Dr. G. Lewin glaubt, dass die Anästhesie nicht auf rein funktionellen Störungen beruhe, sondern möglichenfalls mit der Degeneration der nervösen Endapparate (N. glosso-pharyngeus) zusammenhänge.

Aus der medizinischen Klinik des Herrn Professor **Eichhorn** in Zürich.

J. Leva: Zur Lokalisation der Aphasien. (Virchow's Archiv, Band 132, Heft 2. — Allgemeine Medizinische Central-Zeitung. Nr. 62, 1893).

Um zu dem Ausbau der seit drei Decennien von zahlreichen Forschern geförderten Aphasielehre einen Beitrag zu liefern, unterzog sich der Verfasser der Aufgabe, die Fälle von Aphasie zu durchmustern, die auf der medizinischen Klinik des Herrn Professor Eichhorst in den letzten Jahren zur Beobachtung kamen. Dabei richtete er sein Augenmerk ganz speciell auf die Frage nach der Localisation der verschiedenen Sprachstörungen. Naunyn hatte bereits 1887 eine Zusammenstellung über die Localisation der aphasischen Störungen zu geben versucht, bei der durch eine einfache sehr übersichtliche Einzeichnung die Rindenfelder für die verschiedenen Formen der Aphasie bestimmt wurden.

Diese Bestimmungen gelangen mit Sicherheit für die motorische Aphasie, nur mit grosser Wahrscheinlichkeit für die Aphasie mit Worttaubheit und nur sehr fraglich für die dritte Form (Naunyn's unbestimmte Aphasie).

Der Grund dieses nur partiellen Erfolges liegt in der zu kleinen Zahl der brauchbaren Fälle. Leva verfügt nun über mehrere Fälle, die nach dieser Richtung brauchbar sind und in das Naunyn'sche Schema eintragbar wären.

Es handelte sich in dem einen Falle um eine totale Aphasie jedoch mit besonderem Hervortreten der sensorischen Aphasie, wo ein streng localisirter Krankheitsheerd vorliegt in der obersten Schläfenwindung (und zwar in deren mittleren Theil), 2 *mm* weit auf den oberen Rand der mittleren Schläfenwindung übergreifend.

In dem zweiten Falle sind die erwähnten Stellen intact, dafür aber die unmittelbar angrenzenden Partien, der untere Rand der mittleren und die ganze untere Schläfenwindung von einem circumscripten Herde eingenommen, ohne dass eine Spur von aphasischen Störungen bestanden hätte. Ist der erste Fall als ein von der Natur glücklich angestelltes Experiment zur Erzeugung einer sensorischen Aphasie zu betrachten, so ist der letztere Fall ein nicht weniger gelungenes Gegenexperiment, welches streng beweist, welche den Rindenfeldern der Aphasie ganz benachbarte Hirnstellen lädirt sein können, ohne aphasische Störungen zu machen. Im dritten Falle besteht rein motorische Aphasie mit typischer Localisation in der untersten Stirnwindung; im vierten trifft eine vorwiegend sensorische Aphasie abermals mit einer Läsion der ersten Schläfenwindung zusammen, daneben findet sich aber doch auch eine Betheiligung des untersten Theiles der dritten Stirnwindung ohne Zeichen motorischer Aphasie. Weiterhin verfügt Verfasser über drei sehr übereinstimmende Fälle, wo ausgesprochene aphasische Störungen bestanden hatten, denen jedoch bei der Section keine nach dem Urtheil des Obducenten makroskopisch erkennbaren Läsionen in den dafür verantwortlich zu machenden Centren entsprachen. Bei allen diesen drei Fällen fanden sich Herde im linken Linsenkern, die verschieden weit gegen die Hirnrinde und die Insel sich hin erstreckten, aber dieselben irgends erreichten. Hier handelte es sich jedenfalls um Fernwirkungen, bedingt durch veränderte und gestörte Circulationsverhältnisse in den betreffenden Centren. In zweien dieser Fälle findet sich denn auch ausdrücklich angegeben, dass die Rinde gegen die Fossa sylvii bezw. Stirn- und Schläfenhirn serös durchtränkt war.

In allen diesen drei Fällen wurde die Beobachtung durch den in 1—3 Wochen eintretenden Tod abgeschnitten, andernfalls wären wohl, wie man annehmen darf, die aphasischen Störungen allmählich zurückgegangen. Diese Fälle geben uns die wichtige Lehre, dass wenn aphasische Störungen nur kurze Zeit vor dem Tode bestanden haben oder wenn sie innerhalb kurzer Zeit vollständig zurückgegangen sind, wir mit der Diagnose der Localisation der Aphasie im Hirn sehr zurückhalten sollen. Die seltenen in der Literatur angeführten Fälle, in welchen durch locale Herde bedingte aphasische Störungen zurückgegangen sein sollen, sind nicht ganz einwandsfrei.

Aus der I. medizinischen Universitätsklinik in Berlin.

Prof. Dr. E. Leyden: Ueber Polyneuritis mercurialis. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31, 1893.)

Verfasser knüpft an eine ausführliche Krankengeschichte die Besprechung der mercuriellen Neuritis, mit Berücksichtigung der hierüber vorhandenen Literatur.

Patient, 23 Jahre alt, Schneider, acquirirte im Juni 1892 eine Gonorrhoe und ein Ulcus durum. Die Gonorrhoe heilte nach 5—6 Wochen. Die im November auftretenden sekundären Erscheinungen wurden durch mehrere Wochen mittelst Schmierkur behandelt. 3 Tage nach Beendigung der Kur stellten sich ziehende Schmerzen im Oberarm und Oberschenkel, später sich auch auf den Unterarm und Unterschenkel ausbreitend, ein. Dabei grosse Mattigkeit. 12. Februar Spitalsaufnahme. Daselbst noch 5 Quecksilbereinspritzungen. Hierauf Transferirung auf die medizinische Klinik.

Stat.: Patient blass, mager. Drüsen am Hals und in der Leistengegend vergrössert, nicht schmerzhaft. Reissende, brennende, niemals ganz aufhörende Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten. Druck auf die grossen Nervenstämme schmerzhaft. Die motorische Kraft in den Extremitäten herabgesetzt, Händedruck schwach. Deutliche Ataxie bei allen Bewegungen, Hinfallen bei geschlossenen Augen. Patient vermag allein ohne Unterstützung nicht zu gehen. Sehnenreflexe fehlen vollständig. Sensibilität von der Mitte des Unterschenkels und vom Ellbogen nach abwärts herabgesetzt. Blasenfunktion normal. Kein Gürtelgefühl. Keine Pupillenstarre.

Therapie: Antipyrin, Chloral, Morphium. Bettruhe, gute Nahrung. Jodkali, später Liquor ferri albuminati.

Allmäliger Nachlass der Schmerzen. 25. Mai Schmerzen und Ataxie geschwunden, nur noch eine gewisse Schwäcne und Unsicherheit der Bewegungen vorhanden.

Der Krankheitsfall ist als akute Ataxie (Pseudotabes peripherica) zu bezeichnen und gehört in die Gruppe der multiplen Neuritis (Polyneuritis).

Entscheidend für die Differentialdiagnose zwischen Neuritis und Tabes ist: 1. das schnelle Auftreten der Krankheit, 2. Fehlen von Blasenbeschwerden, Gürtelgefühl und Pupillenstarre, 3. die eigenthümliche Vertheilunng der Sensibilitätsstörungen an den Vorderarmen und Unterschenkeln, Freibleiben der Fusssohlen.

Aetiologisch führt Verfasser die Entstehung auf die Quecksilbereinwirkung und nicht auf die vorangegangene Syphilis zurück und verweist hiebei auf die Analogie des beschriebenen Falles mit den toxischen Formen der Neuritis, das Auftreten nach der Quecksilberkur und die Heilung bei Abstinenz von Quecksilber ohne Einleitung einer neuen antisyphilitischen Behandlung.

Verfasser citirt hierauf die über Quecksilberlähmungen vorhandene Literatur. Er selbst hat schon 1888 die Mercurlähmungen erwähnt.

Neben anderen Autoren ist besonders LETULLE hervorzuheben, dessen Arbeit (Archives de Physiologie normale et pathologique v. 1887) sich hauptsächlich auf die chronische gewerbliche Quecksilbervergiftung bezieht. LETULLE gibt an, dass die Lähmungen meist motorisch sind, doch führt er auch Fälle mit Sensibilitätsstörungen und Ataxie an.

Verfasser erwähnt noch als weitere Belege für die Quecksilberlähmung einen Fall von FORESTIER, mit Lähmung aller vier Extremitäten nach einer längeren Quecksilberkur bei einem 25jährigen Mann und einen Fall von Sublimatvergiftung (Prof. KÉTLI in Budapest), wo sich am 8. Tage Schwäche der unteren Extremitäten einstellte, die von einer progressiv nach aufwärts gehenden Lähmung und Exit. let. gefolgt war. Es hatten zum Schluss auch bedeutende Sensibilitätsstörungen bestanden.

Schliesslich wird darauf aufmerksam gemacht, dass man bei schweren Nervenerkrankungen, wie z. B. Tabes, die mit Syphilis in Verbindung gebracht werden, im Hinblick auf die erwähnten Fälle mit eingreifenden Quecksilberkuren sehr vorsichtig sein müsse. *B. S.*

Faisans (Paris): **Das Coffeïn-Delirium.** (Bull. Médical, Mai 1893.)

Der Autor berichtet über drei Fälle von Coffeïnintoxikation, in welchen das Coffeïn subkutan angewendet wurde. Es trat eine Hirnerregung, Agrypnie und Delirium auf. Dieses letztere war im Allgemeinen hallucinatorischen Charakters, mit vorwiegend Gesichtshallucinationen, und trieb die Patienten zu Selbstmordversuchen.

Verfasser bemerkt, dass in zwei Fällen Neuropathie vorhanden war; der dritte Fall betraf einen Alkoholiker. Er räth daher das Coffeïn bei Neuropathikern und Alkoholikern mit Vorsicht anzuwenden und die Wirkung des Medikamentes genau zu überwachen. *A. D.*

Laveran (Paris): **Eiterung des Dickdarmes in einem Falle von Abdominaltyphus.** (La Méd. Moderne, 22. Juli 1893. — «Soc. des Hôpitaux.» Sitzung vom 21. Juli 1893.)

Es handelt sich um einen Mann, der alle Zeichen eines Ileotyphus darbot. Die Roseolaflecke waren sehr zahlreich. Im Verlaufe dieser klassischen Form von Typhus klagte Patient über lebhafte Schmerzen im linken Hypochondrium. In den letzten Tagen traten deutliche Zeichen einer akuten Peritonitis hinzu. Anfangs waren es nur Symptome einer lokalisirten Peritonitis, die sich jedoch bald generalisirte. Der Kranke starb, und bei der Autopsie fand man die Läsionen der akuten Peritonitis, sowie weite Perforationen in der Höhe des Colon transversum vor. Eine mass 3 *cm* in der Länge. Im Dünndarme existirte keine Perforation. Im Dickdarm gab es ausserdem eine grosse Anzahl Geschwüre. Man hat über ähnliche Fälle schon wiederholt berichtet (LEUDET, HOMOLLE, GUENEAU), indess zählt der vorliegende zu den seltensten Beispielen dieser Art. In der Literatur fand Verfasser nur zwei Beobachtungen angeführt, in welchen es sich um Ulcerationen des Dickdarms handelte. Diese zwei und die Beobachtung des Verfassers seien auch deshalb von Interesse, weil die typhösen Ulcerationen in den verschiedenen Entwicklungsstadien sich befanden. Sie nehmen denselben Verlauf wie im Dünndarm.

RENDU bemerkte in der Diskussion, dass er nur zwei Fälle von Colotyphus beobachtet hat, er sei jedoch oberflächlichen Ulcerationen des Dickdarms schon häufig begegnet. Der Kranke jedoch, der den wenig Colotyphus dargeboten hatte, litt an Meteorismus und an wenig Diarrhoe, so dass die Diagnose lange schwankend blieb. Merkwürdig sei es, dass hiebei nicht die geringsten Zeichen einer Dysenterie vorhanden waren. Diese Thatsachen bieten ein ganz besonderes Interesse. *A. D.*

Vincent (Lyon): **Ovariotomie bei jungen Mädchen.**

Dr. VINCENT machte in der Sitzung vom 15. Mai l. J. der «Société de Médecine» zu Lyon eine zweite Mittheilung über Ovariotomie im Kindesalter. Er stellte ein 10jähriges Mädchen vor, bei welchem er vor kurzem die Ovariotomie mit ganzem und raschem Erfolge vorgenommen hat, trotz des Fiebers, das vor der chirurgischen Intervention bestand und das in Folge einer Punktion, die auf dem Lande gemacht wurde, aufgetreten zu sein scheint.

Der abgetragene Tumor wog ungefähr 11 Pfund. Er zeigte sich zusammengesetzt aus einer Anhäufung kleiner Cysten, die nur durch mehr oder weniger dicke Coagula von einander getrennt waren. Es musste ein sehr ausgiebiger Bauchschnitt ausgeführt werden. Es bestanden Adhärenzen mit dem Colon transversum und dem grossen Epiploon. Ferner konstatirte man eine Verdickung des Peritoneums. Das Vorhandensein dieser Peritonitis veranlasste den Verfasser die Tamponade des kleinen Beckens mittelst Jodoformgaze vorzunehmen. Die Operation hatte rücksichtlich der Peritonitis ein günstiges Resultat ergeben, denn es verschwand das Fieber und nach drei Wochen war das Mädchen so weit hergestellt, als ob sie niemals an einem Ovarialtumor gelitten hätte.

Verfasser berichtet hierauf über die bisher in der Literatur bekannten Fälle von Ovarialtumoren im Kindesalter. Er selbst hat drei solche Fälle beobachtet. Der erste Fall betrifft die Autopsie eines Kindes unter 1 Jahre; der zweite ein 12jähriges Mädchen. Dieses letztere starb durch Shoc oder in Folge eines Uebermasses von antiseptischen Kautelen. Diesbezüglich hebt Verfasser hervor, dass die Antisepsis auf Instrumente, äusserer Integumente des Chirurgen und der zu Operirenden beschränkt bleiben soll; das Peritoneum verträgt gut nur die A s e p s i s. In diesem zweiten Falle hat man gekochtes Salzwasser mit dem Bauchfell in Berührung gebracht, die Operateure unterliessen es jedoch ihre mit Sublimatlösung getränkten Hände mit dem gekochten Wasser auszuwaschen. Der dritte Fall endlich ist der oben beschriebene. *A. D.*

Chauveau und **Kaufmann: Die Pathogenese des Diabetes.** — (Medical Record, XLIV, 4, 22. Juli 1893.)

Die unmittelbare Ursache der vermehrten Zuckermenge im Blute Diabetischer ist bis heute ein strittiger Punkt. CHAUVEAU und KAUFMANN haben auf experimentellem Wege die Fragen zu beantworten gesucht, ob beim Diabetes das Blut zuckerreicher wird, weil die Gewebe aufhören, die ihnen gebotene und nöthige Menge Zucker entsprechend zu verarbeiten oder aus dem Grunde, weil die Leber reichlichere Mengen von Glykose erzeugt, und dann noch in dieser Thätigkeit abnormer Weise von anderen Hilfsorganen unterstützt wird. Mit anderen Worten: Ist der Verbrauch an Zucker vermindert oder ist seine Produktion vermehrt?

Die Autoren haben, um diese Frage zu lösen, vergleichende Analysen am arteriellen und am venösen Blute angestellt. Da gibt es denn nun drei Möglichkeiten. Das venöse Blut erweist sich (wie physiologisch) ärmer an Zucker, als das arterielle; in diesem Falle handelt es sich gewiss um eine übermässige Produktion von Zucker. Zweitens, es besitzen die beiden Blutproben einen annähernd gleichen Gehalt an Zucker, was für einen verminderten Verbrauch an Zucker

in den Capillaren spricht. Es kann sich endlich das Verhältniss so gestalten, dass das venöse Blut mehr an Zucker enthielt, als das arterielle und das beweist, dass in allen Geweben des Organismus Bildung an Zucker statt hat. Die Untersuchungen, welche mit der grössten Präcision ausgeführt wurden, ergaben auch, dass physiologisch das venöse Blut relativ zuckerreicher ist als das arterielle. Dasselbe wurde auch konstatirt bei allen Fällen von Diabetes in Folge Läsionen des Nervensystems oder Exstirpation der Pankreas-Drüse. Die Autoren versprechen, bald weitere Resultate veröffentlichen zu wollen. *A. P.*

Dr. Sears: Irresein als Folge chirurgischer Operationen. (Boston Medical and Surgical Journal.)

Sears hat 185 diesbezügliche Fälle gesammelt, von denen 60 die Folge gynäkologischer Operationen waren, und unter diesen befanden sich 34 Ovariotomien und 5 Hyterectomien. Die anderen 17 Fälle betrafen das ganze Gebiet der Gynäkologie, und darunter fand sich ein Fall, in welchem blos nach der Einführung eines Speculum eine geistige Störung auftrat. Des Weiteren waren 10 Fälle die Folge von Amputation der Brust, während 62 Fälle das Resultat von Augenoperationen waren, von denen alle, mit Ausnahme weniger, Cataractoperationen waren. 45 Fälle gehörten dem Gebiete der allgemeinen Chirurgie an, von denen 13 Fälle auf Operationen an den Extremitäten kamen, 4 Fälle betrafen Rectumoperationen, 4 Fälle stellten die Radicalbehandlung von Hernien dar, weiters waren es Operationen wegen Appendicitis, Psoasabscess, Entfernung der Niere, Cystotomie in der Regio, suprapubica, Resektion des Sternum, Resektion des Unterkiefers, Hydrokele, Varicokele, Hydatid der Leber u. s. w. Die Zahnextraktion kam in vier Fällen in Betracht. Zwei Fälle ereigneten sich bei der Chloroformnarkose ohne Operation, und bei dem Catheterisiren kam ein solcher Fall vor. In der Zusammenstellung der einschlägigen Fälle von Kirnau, die 186 Fälle betraf, fanden sich 65 gynäkologische Operationen und 35 Operationen wegen Cataracta. Es ist somit das Vorherrschen dieser zwei Kategorien von Operationen, der gynäkologischen und ophthalmologischen Operationen, etwas Bemerkenswerthes, und dieses Moment ist von einem ätiologischen Gesichtspunkte interessant. Es scheint jetzt die allgemein acceptirte Ansicht zu sein, dass das Moment, welches diesen Fällen zu Grunde liegt, in einer Erschöpfung der Ernährung des Gehirns oder in einer perversen Gehirnernährung liege, und dass die Ursachen, welche diesen Zustand hervorbringen, auch die Erklärung für den abnormen geistigen Zustand geben. Als hervorragendes Moment kommt auch das Alter mit der Degeneration der Blutgefässe, welche dasselbe begleitet. Die diesbezüglichen statistischen Zahlen, über welche der Autor verfügt, waren nicht derartig, dass sie ihn dazu berechtigen könnten, eine sehr günstige Prognose zu stellen. Von 91 Fällen, in denen das Endresultat bekannt war, genasen 54 oder 60 Percent, 21 starben und 16 blieben irrsinnig.

Wenn Genesung eintrat, dann trat sie gewöhnlich innerhalb von sehr wenigen Wochen ein; in manchen Fällen persistirten die geistigen Symptome nur einige Tage oder nur einige Stunden; die Prognose ist aber auch nach Verlauf von vielen Monaten nicht schlecht: Die Wunde heilt gut trotz der geistigen Störung, sofern der Patient sie nicht mechanisch beleidigt, indem er die Verbände abreisst. *L. L.*

Dr. Hermann Wittzack (Frankfurt a. M.): **Harnsaure Diathese und Piperazin.** (Münchener med. Wochenschrift, Nr. 28, 1893.)

Verfasser hat das Piperazin in einem Falle von Arthritis deformans und 5 Fällen von Harngries angewendet und hiebei folgende Beobachtungen gemacht:

1. Steigerung der Diurese.
2. Herabsetzung des spezifischen Gewichtes und der sauren Reaktion des Urins.
3. Keine Störung des Allgemeinbefindens.
4. Die subkutanen Injektionen von Piperazin selbst in kleinsten Dosen (0·05—0·10) sind schmerzhaft und gefährlich.
5. Zwischen den Wirkungen der reinen Basis und dem salzsauren Piperazin besteht kein Unterschied, doch ist das Salz als weniger hygroskopisch vorzuziehen.
6. Nur eine längere Zeit konsequent durchgeführte Darreichung einer nicht zu kleinen Menge (1 *gr* täglich durch 14 Tage) ist erfolgreich.

Verfasser theilt die Krankengeschichte einer an Arthritis deformans leidenden 67 jährigen Dame ausführlich mit, wo im Verlauf von 4 Jahren sich unter lebhaften Schmerzen Deformitäten der Hand-, Fuss- und Kniegelenke ausbildeten. Die Behandlung bestand in den ersten 3 Jahren in Badekuren in Wiesbaden und Trinkkuren mit verschiedenen Quellen (Kronenquellen, Wiesbadener Gichtwasser u. A.). Natr. salicyl. wurde nicht vertragen. Alle diese Kuren waren von vorübergehendem Erfolg. Piperazin zuerst subkutan, später intern (täglich 1 *gr* in 150 Wasser) gereicht, zeigte eklatante Wirkung.

Nach Verbrauch von 20 *gr* waren die Schmerzen geschwunden; nach 70 *gr* war eine überraschende Besserung eingetreten, so dass Patientin Treppen steigen, verschiedene Handarbeiten verrichten konnte u. s. w. Die Besserung hält seit Monaten an.

Verfasser hat nun den Urin der Patientin längere Zeit hindurch nach der von Pfeiffer angegebenen Methode untersucht.

Pfeiffer (Ueber Harnsäure und Gicht. Berl. klin. Wochenschrift, 1892, Nr. 16 u. f.) hat nämlich gefunden, dass bei Gichtkranken in der anfallsfreien Zeit Harnsäure leichter aus dem Harn ausfällt, als bei gesunden und er hält den Beweis für das Vorhandensein der Gicht für erbracht, wenn «in einer Urinprobe (100 *ccm*) als Theil der von 24 Stunden gesammelten Gesammturinmenge der Versuchsperson nach dem Filtriren durch 0·20—0·50 Harnsäure im Filtrat auf Zusatz von Salzsäure (nach Heintz) nach Stehenlassen von 24 bis 48 Stunden höchstens nur noch Spuren von Harnsäure erscheinen.»

Der Harn der Patientin zeigte keinen nennenswerthen Ueberschuss an Harnsäure; niemals haben sich in dem scharf saueren Urin beim Stehen harnsaure Krystalle an dem Boden und den Wänden des Gefässes abgesetzt.

Der zu einer Zeit, wo weder Trink- noch Badekuren gebraucht wurden, untersuchte Harn der Patientin zeigte das oben für den Gichturin von Pfeiffer angegebene Verhalten.

Nach Einwirkung des Piperazins fand sich im Harn eine Zunahme der Gesammtmenge der Harnsäure. Doch trat dies erst nach längerem Gebrauch des Mittels ein.

Verfasser polemisirt hierauf gegen Mordhorst (Ueber die harnsäurelösende Wirkung des Piperazins und einiger Mineralwässer. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 45—47), der das Wiesbadener Gichtwasser übermässig anpreist und fasst seine Erfahrungen über die Urinuntersuchungen nach Piperazinmedikation dahin zusammen, dass das Piperazin Harnsäure im Organismus sammelt und sie in gebundener Form in den Urin überführt, dass der piperazinhältige Harn jedoch nicht im Stande ist, bereits vorhandene harnsaure Konkremente zu lösen; die Wirkung des Piperazins beruht also nur auf der theilweisen Verhinderung der Ausscheidbarkeit freier Harnsäure an bereits vorhandene Harnsäurekrystalle.

Verfasser berichtet noch ausführlich über zwei Kranke mit Ausscheidung von Harngries, denen Piperazin bedeutende Erleichterung ihrer Beschwerden brachte und empfiehlt schliesslich dieses Mittel in allen Fällen von harnsaurer Diathese auf das wärmste (unbeschadet «des segensreichen Heilapparates der Brunnen- und Badekuren», die nicht jedem Patienten zur Verfügung stehen). *B. S.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

(Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Liebreichs Polemik gegen Koch. — Die Aerzte-Kammerwahlen in Berlin.

Berlin, Ende Juli 1893.

Wir treten in die Ferien, um von der aurea praxis und den Sorgen der «Grossstadtluft» auf einige Zeit Abschied zu nehmen.

Aber, als ob die Bäume nicht in den Himmel wachsen sollten, haben wir zum Schluss der Saison — nicht zu reden von der Fülle wissenschaftlichen und sozialärztlichen Materials während des Semesters — noch so viel auf den Weg mitbekommen, dass wir über ein otium cum dignitate nicht klagen können. Wir heben von diesen Viaticis nur die beiden bedeutsamsten hervor: Das eine bildet die Kritik unseres Pharmakologen LIEBREICH über die von KOCH geschaffenen Untersuchungsmethoden der Cholera-Dejectionen (aus der letzten Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft). LIEBREICH hält diese Methoden für unzulänglich. Wir entnehmen der interessanten Verhandlung Folgendes:

Im einzelnen besteht die Untersuchung von Cholera-Abgängen in der Herstellung von gefärbten Deckglas-Präparaten zum Nachweis der Cholera-Vibrionen in deren Züchtung einmal auf Gelatine-Platten, sodann in Pepton-Lösungen, in der Anstellung der Cholera-roth-Reaktion mit Pepton-Kulturen und schliesslich in der Infektion von Meerschweinchen mit Cholera-Kulturen. Von den Pepton-Kulturen behauptet LIEBREICH, sie seien durchaus unzuverlässig. Die Pepton-Präparate fielen allzu verschieden aus; man habe nichts Einheitliches und Bestimmtes in den Händen. Auch die Cholera-roth-Reaktion sei nicht zu verwerthen. Sie sei nicht charakteristisch für Cholerakulturen. Ueberdies könne sie, wenn andere Bakterien zugleich mit Cholera-Vibrionen in der Pepton-Kultur vorhanden seien, trotz der Cholera-Vibrionen ausbleiben. Auch die Thierversuche seien nicht beweisend, zunächst nicht der von KOCH angegebene Infektions-Modus, nach dem bei Meerschweinchen der Magensaft durch Sodalösung abgestumpft und der Darm durch Opium-Einspritzung zur Ruhe gebracht wird, ehe man Cholera-Kulturen in den Magen einführt. Aber auch die PFEIFFER'sche Methode sei nicht stichhaltig. PFEIFFER erzeuge bei Meerschweinchen durch Einbringung von Cholerakultur in die Bauchhöhle angeblich ein für Cholera charakteristisches Krankheitsbild. Nach LIEBREICH haben aber andere das Nämliche durch das Einbringen anderer Bakterien erreicht. Weiterhin bemängelt LIEBREICH an der PFEIFFER'schen Methode, dass PFEIFFER als Mengenmass die Menge von Cholera-kultur benutzt, die an einer Platinöse von Kulturen haften bleibt. Das sei ganz unbestimmt und nicht wissenschaftlich. Sodann zu der Morphologie des KOCH'schen Kommabacillus übergehend, behauptet LIEBREICH, der von KOCH in Indien gefundene Bacillus sei ein anderer als der bei der Cholera in Deutschland und Frankreich nachgewiesene. Von den indischen Cholera-Vibrionen sage KOCH, dass sie Milch unverändert lassen; für die in Deutschland und Frankreich aufgefundenen treffe dies nicht zu. Hinsichtlich der Form der Cholera-Vibrionen variirten die Angaben der einzelnen Forscher sehr. B FISCHER in Kiel, KOCH's Begleiter auf der Cholera-Expedition nach Aegypten und Indien, habe an seinen Kulturen wahrgenommen, dass die Kommaformen sich zu Stäbchen umbildeten. FINKELNBURG gebe noch andere Variationen der Kommaformen an. Professor PETER in Paris habe behauptet, Stäbchenbakterien könnten sich krümmen und die Kommaform annehmen. Nach dem FISCHER'schen Nachweise müsse man die PETER'sche Annahme zum wenigstens als möglich bezeichnen. Die Krankheits-Erscheinungen, die PETTENKOFER bei dem Infektionsversuche an sich selbst zeigte, seien im wesentlichen auf psychische Einflüsse zurückzuführen. Sehr wichtig sei, dass man bei Personen, die keinerlei Störungen zeigten, den Kommabacillus gefunden habe. Im weiteren erklärt sich LIEBREICH energisch gegen die namentlich von BEHRING betriebenen Bestrebungen in der Heilung von Krankheiten (Blutserum-Therapie) die sich auf die Ergebnisse der Bakterienkunde stützen. Er verweist diesen gegenüber auf die Lehren, die man aus der physiologisch-anatomischen Erfahrung — ihr Kern sei die Zellenlehre — gewonnen habe. Diese allein müssten massgebend sein. Denn im Wesentlichen sei es immer der aus Zellen sich aufbauende Organismus, von dem es abhänge, ob ein Krankheits-Erreger seine verderbliche Wirkung auszuüben vermöge oder nicht. Worauf es dabei ankomme, das sei der Zustand und die Funktionsfähigkeit der Zellen. Tauben seien normal gegen Milzbrand immun. Lasse man die Thiere aber hungern und schwäche dadurch ihre Zellen, so komme es trotz der ursprünglichen Immunität zur Ansteckung. An der Besprechung des Vortrages betheilgten sich Prof. BRIEGER, Prof. Bernhard FRAENKEL, Bezirksphysikus Dr. LITTHAUER und Privatdocent Dr. LASSAR. Prof. BRIEGER, Vorsteher der Krankenabtheilung des KOCH'schen Institutes, verwies LIEBREICH gegenüber kurz auf die Kulturversuche auf verschiedenen Nährboden, die Abschwächung der Kulturen u. A. m. LIEBREICH im einzelnen zu widerlegen, müsse er sich versagen, weil er dazu einen Kursus der Bakteriologie vortragen müsste. Zum Schlusse widerspricht er der LIEBREICH'schen Auffassung von dem Wesen der Choleraroth-Reaktion. Prof. B. FRAENKEL verwies LIEBREICH gegenüber darauf, dass die chemischen und anderen Prüfungen bei der Cholera-Diagnose nur das Ziel haben, die mikroskopisch festgestellten Bakterien genauer zu bestimmen. Bei allen diesen Proben habe man stets das Mikroskop zur Hand, als das Bedeutsame erachte der Bakteriologe immer den sichern mikroskopischen Befund. Ihm gegenüber spielten die andern Prüfungen nur eine untergeordnete Rolle. Dr. LITTHAUER stimmt LIEBREICH darin zu, dass der Kräftezustand des Organismus von wesentlicher Bedeutung sei. Hingegen verficht er im Gegensatze zu LIEBREICH thatkräftig den Satz, dass man in dem KOCH'schen Cholera-Vibrio thatsächlich den Erreger der Cholera zu sehen habe. Er verweist darauf, welchen hervorragenden Nutzen die Kenntniss des Kommabacillus bei der Bekämpfung der Cholera im vorigen Jahre gewährt habe; insbesondere wie dadurch die bisherige Erfahrung von der Bedeutung des Wassers für die Cholera-Verbreitung eine höhere Grundlage erhalten habe. Dr. LASSAR machte eine kurze medizinisch-geschichtliche Bemerkung.

Dieser Vortrag des Pharmakologen, quasi ein Verstoss gegen den Bakteriologen, enthielt noch nach anderer Richtung hin manche schwache Punkte. Was z. B. eine Oese bedeutet beim Bakteriologen, das ist kein durchaus so vages Ding, wie Herr LIEBREICH es hinzustellen versuchte. Die Stäbchenform des Kommabacillus braucht nur ein optischer Ausdruck zu sein für die Rückenlage des Bacillus. Der Versuch von PETTENKOFER, ebenso wie der von EMMERICH, brauchen nicht auf psychischen Einfluss zurückgeführt werden, sondern erklären sich ungezwungener als leichte Cholerafälle. An Letzteres, an eine Abstufung der Cholera, wie bei anderen Krankheiten, von leichten, ambulanten bis zu den schwersten Fällen, hat man bis vor Kurzem anscheinend nicht gedacht. Und mit Recht wird deshalb, u. A. in den jüngsten Cholerakursen an dem hiesigen Institut für Infektionskrankheiten, dieser Punkt nachdrücklich hervorgehoben.

So gibt uns das vorliegende Thema noch Manches zu denken — Nutrimentum spiritus für die Ferien.

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten und Notizen.

Charcot †.

Auf seinem Landsitz Morvant ist am 16. August Charcot plötzlich gestorben, es heisst, dass er einem Anfall von Angina pectoris erlegen ist. Mit ihm ist nicht nur einer der allerbedeutendsten modernen Aerzte, sondern auch eine der allermarkantesten Persönlichkeiten hingeschieden, die dem grossen Publikum, der Menge, ja man kann sagen, der Welt bekannt waren. Charcot — der Name war populär im schönsten Sinne des Wortes, und es war eine Popularität, die sich, ein wahrhaft seltener Vorgang, aus inneren Gründen entwickelt hatte, eine Popularität, welche ihr Besitzer thatsächlich seiner wissenschaftlichen Bedeutung verdankte. Im Jahre 1825 wurde Jean Martin Charcot in Paris geboren, im Jahre 1853 promovirte er an der dortigen Fakultät zum Doktor der Medizin. Kaum zehn Jahre später wurde er ordinirender Arzt an der Salpêtrière — jenem Krankenhause, das man sich heute kaum anders als in Verbindung mit seinem Namen denken kann. Seine ersten Arbeiten bezogen sich hauptsächlich auf die pathologische Anatomie des Nervensystems; und seit dem Jahr 1873 wirkte Charcot als Professor der pathologischen Anatomie, als Nachfolger Cruveilliers. Seine stets wachsende Berühmtheit datirte jedoch erst von 1882, in welchem Jahre er seine Vorlesungen an der Klinik für Nervenkrankheiten begann, die mit der Zeit einen Weltruf erlangten. Und man muss sagen, diese Vorträge, (die zum Theil in den letzten Jahren durch die

trefflichen Freud'schen Uebersetzungen auch den deutschen Aerzten zugänglich gemacht wurden), lassen selbst so, wie sie uns gedruckt vorliegen, ohne Unterstützung der lebendigen und imponirenden Persönlichkeit, über die Charcot wie Wenige verfügte, den ausserordentlichen Eindruck begreifen, den man aus seiner Klinik mit nach Hause nahm. Die hervorragendsten Leistungen hatte Charcot auf dem Gebiete der Diagnostik jener Nervenfälle aufzuweisen, welche in die dunkeln Grenzgebiete zwischen Neurose und Psychose fallen; so zeugen seine Forschungen über Hysterie von der schärfsten Beobachtungsgabe und der tiefsten Auffassung. Dass seit vielen Jahren das Studium des Hypnotismus und der Suggestion auf seiner Klinik betrieben wurde, ist allgemein bekannt, und gerade der Gegensatz, in welcher in dieser Frage die Schule der Salpêtriére mit derjenigen von Nancy steht, war für die Entwicklung der hypnotischen Lehre von besonderem Werthe. — Es wird sich noch Gelegenheit ergeben, in eingehender Weise auf die literarische Wirksamkeit des grossen Verstorbenen zurückzukommen; für heute wollen wir uns nur der Kundgebung tiefster Trauer anschliessen, mit welcher heute die ganze medizinische, ja die ganze gebildete Welt des ausgezeichneten Mannes denkt, der, wenn auch als achtundsechzigjähriger, doch in der Blüthe des Könnens, des Schaffens und Lehrens, seiner Schule, seinen Kranken und seiner Wissenschaft entrissen wurde.

.* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Der ausserordentliche Universitäts-Professor und Prosector im Rudolphsspitale in Wien Dr. Anton Weichselbaum wurde zum ordentlichen Professor der pathologischen Anatomie und zum Vorstande des pathologisch anatomischen Instituts an der Universität in Wien ernannt. Mit dieser Ernennung hat der erst kürzlich erfolgte Vorschlag des Professoren-Kollegiums die kaiserliche Sanktion erhalten, und es ist uns eine angenehme Pflicht, den ausgezeichneten Gelehrten und zugleich die Wiener medizinische Schule zu beglückwünschen. Weichselbaum wurde im Jahre 1845 in Schiltern (Niederösterreich) geboren. Er absolvirte seine medizinischen Studien im Josephinum; als Regimentsarzt war er dem Garnisonspitale Nr. 1 in Wien zugetheilt. 1878 wurde er Privatdozent im Jahre 1882 Prosektor des Rudolphsspitales, 1885 wurde er ausserordentlicher Professor und Vorstand des Institutes für pathologische Hystologie und Bakteriologie. — Die Wiener medizinische Fakultät gewinnt an ihm einen Mann, der als Mensch wie als Gelehrter aufrichtiger Sympathie und Hochachtung sich erfreut.

— Prag. Der ausserordentliche Professor an der Universität in Innsbruck, Dr. Paul Dittrich, ist zum ausserordentlichen Professor der gerichtlichen Medizin an der deutschen Universität in Prag ernannt worden.

— Russland. Der ausserordentliche Professor der Universität Kiew, Kolleg.-Rath Dr. Podwyssotzki wurde zum ordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie an dieser Universität; der Privatdozent der Moskauer Universität, Dr. Mitropolski — zum ausserordentlichen Professor der speziellen Pathologie und Therapie in Moskau ernannt. — Zum Präsidenten des vom 3.—11. Jänner 1894 in Moskau stattfindenden IX. Kongresses russischer Naturforscher und Aerzte ist der Professor der Moskauer Universität K. A. Timirjasew und zum Sekretär der Professer derselben Universität A. A. Tichomirow ernannt worden.

— London. Die Königin von England hat dem langjährigen Leibarzt des Prinzen von Wales, Dr. W. H. Broadbent, die Baronetwürde verliehen.

* I. Internationaler Samariter-Kongress in Wien 1893. Das hochachtungsvoll gefertigte Präsidium beehrt sich hiemit die Mittheilung zumachen, dass die Abhaltung des I. Internationalen Samariter-Kongresses in Wien, mit Rücksicht auf die unsichere sanitäre Lage Europas, bis zum Jahre 1894 verschoben wurde. Für das Präsidium:

Wien, 9. August 1893. Dr. Theodor Billroth.

* Berlin. Für das Jahr 1894 sind seitens der medizinischen Fakultät folgende Aufgaben ausgeschrieben: 1. Für den königlichen Preis für 1893 soll die Preisfrage in der abgeänderten Form wiederholt werden: «Ueber die Stickstoffbilanz bei Kranken, die an Herzklappenfehlern leiden». 2. Für den königlichen Preis für 1894 soll die Aufgabe gestellt werden: «Die Fakultät verlangt experimentelle Untersuchungen an Säugethieren über den Einfluss der bewegten Luft auf den Stoffverbrauch, die Wärmeproduktion und die Wärmeabgabe. 3. Für den städtischen Preis: «Es soll durch sorgfältige mikroskopische Untersuchungen festgestellt werden, und zwar bei Menschen und bei Säugethieren, in welcher Weise die Regeneration der Uterusschleimhaut nach der Geburt geschieht, insbesondere wie die Uterusdrüsen wieder hergestellt werden».

* Erlangen. Die medizinische Fakultät hat anlässlich des hundertundfünfzigjährigen Jubiläums der Universität den Physiologen Huxley in London und den Chemiker Emil Fischer in Berlin zu Ehrendoktoren ernannt.

* In Hamburg ist von Staatswegen ein hygienisches Institut begründet worden, dessen Leitung Dr. med. Dunbar, früher Assistent am hygienischen Universitäts-Laboratorium in Giessen unter Professor Gaffky, übernommen hat.

* Paris. Der nächste Tuberkulosencongress wird im Jahre 1896 stattfinden, zum Präsidenten wurde Nocard bestimmt.

* Frankreich. Der Kongress der französischen Irrenärzte hat beschlossen, in Zukunft auch Neurologen als Mitglieder zuzulassen. — In der Schlusssitzung der Assoc. française pour l'avancement des sciences wurde als Versammlungsort für das nächste Jahr Caen (Präsident Mascart) — für 1895 Bordeaux (Präsident Emille Trélat) bestimmt.

* Cholera. Am 17. August kamen im politischen Bezirke Nadworna, und zwar in Delatyn 3, in Mikuliczyn 4, in Dobrotow 3, in Dora 1, in Jamna 1 Erkrankung, in Delatyn 2, in Mikuliczyn 2, in Dobrotow 1 und in Jamna 1 Todesfall an Cholera vor. Im politischen Bezirke Sniatyn, Gemeinde Tulukow, erkrankte und starb an Cholera am 17. August eine Person. Aus dem politischen Bezirke Breszko wird gemeldet, dass am 17. August in Jasien 1 und in Szczepanow 1 Erkrankung, dann 2 Todesfälle an Cholera eintraten. Auch im politischen Bezirke Kolomea in der Gemeinde Iwanowce erkrankten und starben am 17. August 2 Personen unter verdächtigen Anzeichen. Die bakteriologische Untersuchung ist bezüglich dieser Fälle sowie bezüglich jener, die sich bisher im politischen Bezirke Brzesko ereigneten, noch nicht abgeschlossen. Durch die voranstehend gemeldeten Fälle erhöht sich die Zahl der bisherigen Cholera-Erkrankungen in den erwähnten Bezirken auf 72, jene der Todesfälle auf 43. In ganz Galizien sind, wie aus Lemberg gemeldet wird, bisher 50 Personen an Cholera gestorben; schon in 16 ostgalizischen Gemeinden ist die Epidemie aufgetreten. — — Frankreich. In Marseille wird in der Woche vom 29. Juli bis 4. August die Zahl der täglich vorgekommenen verdächtigen Todesfällen mit 9, 5, 6, 3, 4, 3, 4, = 34 angegeben. Die Sterblichkeit ist im Monate Juli erheblich gestiegen. Es betrug die Zahl der Todesfälle in April 942, im Mai 1040, im Juni 1185, im Juli 1498. In Nantes wurden vom 13. bis 27. Juli 44 Cholera-erkrankungen gemeldet, von denen 80 letal endeten. In der Vendée, in Montpellier und mehreren Orten der weiteren Umgebung von Cette wurden vereinzelte Fälle konstatirt. — Eine Mittheilung aus Genua berichtet, dass daselbst täglich ein bis vier Cholera-erkrankungen mit einer durchschnittlichen Lethalität von 50 Percent vorkommen, eine Mittheilung aus Neapel, dass in Torre Annunziata 7 (3†), in Bosco nächst Torre 1, in Vico Equense 3, auf der Insel Capri 2 Cholerafälle konstatirt wurden, in Neapel selbst täglich nur wenige Fälle vorkommen. — Rumänien. Cholera herrscht in Braila, Sulina, Černawoda und sind vereinzelte Fälle auch in Tultscha aufgetreten. Vom 6. bis 13. August wurden aus Braila 101 (50†), aus Sulina 152 (73†), aus Černawoda 24 (8†) Erkrankungen gemeldet. Neuestens ist die Cholera auch in Galatz aufgetreten.

* Todesfälle. In Paris starb der bekannte Psychiater Dr. E. Blanche. — In Pest ist Dr. G. Neupauer, Assistent an der ophthalmologischen Klinik, gestorben. — Prof. Cramer, Direktor der Irrenheilanstalt in Marburg, 62 Jahre alt, ist gestorben. — In Ostrowo, in der Provinz Posen, ist der General-Arzt des 5. deutschen Armeekorps, Dr. Schrader, ehemals Leibarzt des Kaisers Friedrich, auf einer Inspektionsreise plötzlich vom Schlage getroffen worden.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 27. August 1893** **Nr. 35.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2·50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12·50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber die Leukocythose und deren Bedeutung (nach Jaksch) für die Diagnose und Prognose der lobären Pneumonie der Kinder.

Von

Dr. Antonio Carini in Palermo.

In einem im Jahre 1891 veröffentlichten Werke, welches von zahlreichen Kinderärzten Herrn Prof. HENOCH, zu dessen Huldigung anlässlich seines Geburtstages, gewidmet wurde, erschien auch eine höchst wichtige Arbeit von Prof. JAKSCH (Graz) unter dem Titel: «Beiträge zur Kenntniss der lobären Pneumonie der Kinder».

In diesem Aufsatze wird vom Verfasser an der Hand zweier Fälle von lobärer Pneumonie, deren Verlauf tödtlich endete, mit einer seltenen Exaktheit der Beobachtung die häufige Komplikation der Pericarditis hervorgehoben; weiters macht der Autor darin genaue Angaben über die Menge des Harnstoffs und der Phosphate bei pneumonischen Kindern während des Fiebers und während der Apyrexie und widmet schliesslich ein ganzes Kapitel der Leukocythose als wichtiger Behelf behufs Feststellung der Diagnose und Prognose der lobären Pneumonie der Kinder.

Ich selbst erkannte bereits im Jahre 1890 die grosse praktische Bedeutung dieses letzteren Punktes und habe seither meine Aufmerksamkeit dem Studium der Leukocythose bei Kindern, die an genuiner Pneumonie erkrankt waren, ganz besonders zugewendet. Um die Verminderung der rothen Blutkörperchen zu bestimmen, habe ich mich des FLEISCHL'schen Hämometers sowohl zu Beginn als auch im Verlaufe der Krankheit bedient.

Bevor ich jedoch die Ergebnisse meiner Untersuchungen mittheile, will ich in aller Kürze von der Leukocythose sprechen.

Diese Krankheit, nicht zu verwechseln mit der Leukämie, die nach den Studien VIRCHOW's, eine Blutalteration ist, die mit den hyperplastischen Prozessen der lymphatischen Organe (Milz, Lymphdrüsen, Darmfollikel, Knochenmark) zusammenhängt, wurde nur in der letzten Zeit ins Auge fasst.

Während die Leukocythose durch eine vorübergehende Vermehrung der weissen Blutzellen gekennzeichnet ist, besteht hingegen die Leukämie in einer besonderen Krase, in einer excessiven Bildung von Leukocythen mit beträchtlicher Verminderung der rothen Blutkörperchen. Die erstere geht nicht mit einer Irritation der lymphatischen Organe einher, während die Leukämie lienalen, lymphatischen und medullären Ursprungs sein kann, je nachdem die Milz, das lymphatische System oder das Knochenmark afficirt sind. Ein solcher Unterschied wurde zuerst von VIRCHOW hervorgehoben, der die Leukocythose als wesentlich verschieden von der Leukämie erkannte.

Damit Leukämie vorhanden sei, muss das Blut verändert und das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutzellen von der Norm 1 : 400—1 : 500 auf 1 : 60—1 : 40—1 : 20—1 : 10 reducirt sein. Damit hingegen Leukocythose vorliege, genügen nur geringe Schwankungen in dem Verhältniss der Leukocythen zu den rothen Blutkörperchen.

Nun können sowohl im physiologischen Zustande als auch unter pathologischen Bedingungen Schwankungen in der Menge der weissen Blutzellen stattfinden. Im ersteren Falle geschieht dies während der Verdauung, wenn der Chylus durch die Darmzotten den Blutkreislauf erreicht, im letzteren Falle unter dem Einflusse eines Magen Darmkatarrhs mit Schwellung der Mensenterialdrüsen oder nach schweren Blutverlusten, oder endlich, nach NASSE, bei vielen mit Schwellung der Milz oder der Lymphdrüsen einhergehenden akuten Krankheiten (Erysipel, Pyämie, Typhus reccurens, Ileotyphus). Es besteht auch Leukocythose bei jeder Exsudatbildung, was nach JOAS sekundär in der Weise zu Stande kommt, dass Leukocythen aus dem Entzündungsherde auswandern.

THOMAS hat als Erster die Leukocythose bei der Pneumonie der Kinder studirt. JAKSCH hat auf die Häufigkeit der Leukocythose und das gleichzeitige Bestehen der Pericarditis bei der genannten Affektion hingewiesen.

Im Nachfolgenden theile ich die Resultate meiner Beobachtungen in fünf Fällen von lobärer Pneumonie mit.

I. A. F., 7 Jahre alt, wurde in das «Ospedale S. Saverio» am 13. Mai 1890 aufgenommen. Der Körper ist gut entwickelt. Die Krankheit begann vor 5 Tagen. Kein Milztumor, keinerlei Drüsenerkrankung. Seltene Hustenstösse. Puls 130, Respiration

40, Temperatur 39·5°. Bei der physikalischen Untersuchung des Thorax findet man rechts hinten und unten Dämpfung und bronchiales Athmen.

Die Blutuntersuchung wurde gleich am Tage der Aufnahme vorgenommen. Hämoglobinmenge nach dem FLEISCHL-schen Hämometer 75%. Vermehrung der Leukocythen, die man nach der EHRLICH'schen Methode mittelst Färbung durch Eosin genau beobachten konnte.

Am 19. 1890 wird der Schall tympanitisch, das Bronchialathmen ist schwächer; hie und da crepitirende Rasselgeräusche; die Hämoglobinmenge ist gestiegen (90%). Am 24. Mai tritt der Kranke in die Rekonvalescenzperiode. Hämoglobin 95%. Leukocythen spärlich; deren Verhältniss zu den rothen Blutkörperchen fast normal.

II. R. G., 4 Jahre alt, wird zur Konsultation auf die Poliklinik am 20. Juni 1890 gebracht. Die Mutter theilt mir mit, dass das Kind am Abend vorher von starken Konvulsionen mit Fieber befallen worden war. Körper ziemlich gut entwickelt, Hautfarbe blass, Dyspnoe. Temperatur 40·3. Die physikalische Untersuchung ergibt nichts positives. Auch findet man keine Drüsenschwellung.

Blutuntersuchung: Zahlreiche kernhältige rothe Blutkörperchen; viele farblose, gekörnte Körperchen, die eine grosse Affinität zum Eosin zeigen. Hämoglobinmenge nur 75%.

Am 22. Juni gesteigerter Husten; hinten rechts unten Dämpfung und Bronchialathmen. Der Knabe hat hochgradige Beschwerden. Man verordnet eine expektorirende Mixtur und warme Umschläge um den Thorax. Leukocythose besteht fort.

27. Juni. Temperatur 39·2. Dämpfung weniger ausgesprochen; hie und da ein leicht tympanitischer Schall wahrnehmbar. Bronchiales etwas schwächer.

Blutuntersuchung: Hämoglobin 80%. Leukocythen in geringer Zahl. Desgleichen geringer die Menge der kernhaltigen rothen Blutkörperchen.

30. Juni. Temperatur 37·3. Der Zustand des Kranken bedeutend gebessert. Oertlich subtympanitischer Schall mehr ausgebreitet; diffuse krepitirende Rasselgeräusche; vesiculäres Athmen. Hämoglobinmenge 90%. Leukocythen sehr spärlich.

III, R. N., 7 Jahre, wurde in's Krankenhaus am 16. Februar 1891 aufgenommen. Temperatur 40·2. Hochgradige Dyspnoe. Seit vier Tagen krank. Seltener Husten. Diagnose: asthenische croupöse Pneumonie des rechten Oberlappens.

Blutuntersuchung: Zahlreiche eosinophile Zellen, viele feingekörnte Leukocythen und mit polimorphen Kernen. Hämoglobinmenge 65%. Prognose infausta. Patient stirbt noch am selben Abend.

Autopsie: serös-eitrige Flüssigkeit in der linken Pleurahöhle und im Pericardium. Lobäre Pneumonie linkerseits und croupöse Infiltration der rechten Lungenspitze. Hypertrophie des Herzens. Durch die bakteriologische Untersuchung wurde die Diagnose: lobäre Pneumenie bestätigt.

IV. R. E., 3 Jahre, wurde in meine Privatordination am 1. Dezember 1891 gebracht. Das Kind fühlte sich schon am Tage vorher unwohl und wurde von Krämpfen und hohem Fieber befallen. Temperatur 39·2. Respiration und Lungenschall abgeschwächt an der Basis der rechten Lunge. Links normaler Zustand. Hie und da Husten. Am Rachen nichts Abnormes.

Blutuntersuchung: Hämoglobin 75%. Geringe Leukocythose. Kernhaltige rothe Blutkörperchen vermehrt.

2. Dezember. Ausgesprochen oligoämischer Zustand. Bei der Auskultation findet man zwischen Wirbelsäule und rechter Scapula unten gegen aussen auf der hinteren Axillarlinie die Erscheinungen mehr ausgesprochen als sie es am Tage vorher waren. Kein vesiculäres Athmen, dafür diffuses bronchiales Athmen.

Blutuntersuchung: Temperatur 40·1, Hämoglobin 69%. Leukocythose mehr ausgeprägt.

Am 5. Dezember, da die kleine Patientin ins Krankenhaus aufgenommen wird, findet man, dass ihr Zustand ein sehr schwerer ist. Sie stirbt zwei Tage später.

Sektion: rechts fibrinöse Pleura-Pneumonie, links eitrige Pleuritis; Pericarditis; Hypertrophie des rechten Ventrikels.

V. S. B., 15 Monate, wird auf die Poliambulanz, Abtheilung für medizinisch-chirurgische Krankheiten, am 3. März 1892 gebracht. Das Kind ist seit zwei Tagen mit Athembeschwerden und Fieber krank. Blutarmuth; schwache Konstitution. Temperatur 40·1, etwas Husten. Bei der objektiven Untersuchung findet man nichts Besonderes ausser einem rauhen Respirium links.

Blutuntersuchung: Hämoglobin 51%; viele kernhaltige rothe Blutkörperchen; beträchtliche Leukocythose.

Diagnose: lobäre Pneumonie links.

5. März. Temperatur 39·4. Hämoglobinmenge gesteigert (75%); Leukocythose mittlere Intensität; in der fossa supraspinata sinistra Lungenschall abgeschwächt, bronchiales Athmen.

7. März. Erhebliche Besserung. Das Kind hat profuse Schweisse gehabt. Temperatur 36·6; Hämoglobin 80%. Bronchiales Athmen fortdauernd, jedoch begleitet von krepitirenden Geräuschen.

12. März. Kind rekonvalescent; das bronchiale Athmen hat aufgehört; reichliches Rasseln.

* * *

Schlussbetrachtungen.

Nach den Arbeiten TALAMON's (1883); FRÄNKEL's, WEICHSELBAUM's, HELLSTROM's, KLEBS', KOCH's, EBERTH's, FRIEDLÄNDER's (1886), SÄNGER's und NETTER's (1888) hat die Diagnose der lobären Pneumonie eine vorzügliche Bestätigung durch die bakteriologische Untersuchung der Sputa gefunden. Bei den Kindern jedoch vermissen wir oft diese Bestätigung, denn es ist nicht immer möglich, den Auswurf zu haben; zuweilen ist es auch bei Kindern viel schwieriger als bei Erwachsenen eine Pneumonie zu diagnosticiren, wenn nämlich die physikalischen Zeichen nicht deutlich vorliegen, oder wenn andere Symptome insbesondere zu Beginn des Prozesses, die Entwicklung der Affektion maskiren.

Bei kleineren Kindern, sagt GERHARDT, bei welchen die subjektiven Symptome fehlen, kommen die Sputa nur äusserst selten zu Gesicht, ist der Husten unbedeutend, und kann die Dyspnoe durch das vorhandene Fieber hinreichend erklärt werden; und wenn noch dazu die Aufmerksamkeit des Arztes durch andere Symptome abgelenkt wird, so darf es nicht Wunder nehmen, dass die Pneumonie häufig mit anderen Krankheiten verwechselt wird.

In solchen Fällen also, in welchen die Diagnose zweifelhaft erscheint, kann die Konstatirung der Leukocythose oder der Verminderung der Hämoglobinmenge in Zusammenhalt mit den anderen Symptomen, dem Husten oder dem gedämpften Schall, oder dem unbestimmten Athmen, von grosser Bedeutung für die Diagnose sein.

Bei den fünf Fällen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, lieferte mir das Vorhandensein der Leukocythose (2. und 5. Fall) ein Kriterium, um eine lobäre Pneumonie zu vermuthen; in den übrigen (1., 3. und 4. Fall) war sie mir ein Behelf zur Bestätigung dieser Diagnose.

In allen fünf Fällen zeigte sich das Hämoglobin stark reduzirt im Initialstadium der Krankheit (75%, 70%, 75%, 65%, 51%); bei den zwei besonders schweren Fällen (3 und 4. Fall) sank das Hämoglobin bis zu 65 und 69% herab, und im Verhältniss zur Verminderung des Hämoglobin vermehrte sich die Zahl der kernhaltigen rothen Blutkörperchen und der Leukocythen, was, im Zusammenhalt mit den anderen Symptomen, eine ernste Prognose zu stellen gestattete.

Im fünften Falle (beträchtliche Leukocythose) stellten wir die Diagnose von lobärer Pneumonie bei einem 18 Monate alten Kinde auf Grund der Blutuntersuchung, der quantitativen Analyse des Hämoglobin und gestützt auf andere Wahrscheinlichkeits-Symptome (Athmungsfrequenz, Fieber, hie und da ein Hustenstoss).

Aus Obigem ziehe ich folgende Schlüsse:

Die Leukocythose oder die Verminderung der Hämoglobinmenge ist ein sehr häufiges Vorkommniss im Initialstadium der lobären Pneumonie der Kinder.

Sie liefert im Zusammenhalt mit anderen Zeichen der lobären Pneumonie ein sehr wichtiges diagnostisches Kriterium.

Sie ist auch für die Prognose von grossem Werthe, denn, je nach den Variationen in Plus oder Minus, die das Hämoglobin, respektive die Menge der Leukocythen erfährt, lässt sich leichter eine günstige oder eine ernste Prognose der Pneumonie der Kinder stellen.

Arteriosklerose und Morbus Brightii.

Von

Prof. Henri Huchard in Paris.*)

(Schluss.)

III.

Die Sklerose der Arterien (oder der «Brightismus») kann die Form einer cerebralen — oder einer Augenkrankheit, ferner die Form einer Lungenaffektion, einer Herzaffektion und die der Chlorose annehmen. Somit müsste man neben dem «Chloro-Brightismus», der von Dieulafoy angenommen wird, auch noch einen «Cerebro-Brightismus», einen «Oculo-Brightismus», einen «Pneumo-Brightismus», einen «Cardio-Brightismus» u. s. w. annehmen.

Ich glaubte bis auf den heutigen Tag, dass die Chlorose eine ganz bestimmte Krankheit in der Nosologie darstelle; ich glaubte, dass es, vom klinischen Standpunkte aus betrachtet, eine Chlorose und Anämien gebe, und nun finde ich, dass man neben der Chlorose des Blutes cardiale und arterielle Chlorosen und einen «Chloro-Brightismus» beschreibt.

Diese Art der nosologischen Unterscheidung gründet sich auf Irrthümer in der Diagnose, die nicht oft begangen werden, die man aber begehen kann. Aber, ich erlaube mir zwei Einwände, nämlich: Zunächst ist diese Bezeichnung ein Fehler gegen die Terminologie und das Wort «Anämo-Brightismus» würde passender sein; zweitens ist es nicht statthaft, eine neue Art nosologischer Bezeichnung zu schaffen, indem man sich blos auf das anscheinende Auftreten eines Symptomenkomplexes beruft, oder indem man sich noch auf die Möglichkeit beruft, dass man — indem man von diesen zweifelhaften Erscheinungen ausgeht — diagnostische Irrthümer begehen kann.

Um diese Frage zusammenzufassen, so könnte ich es nicht besser thun, als indem ich die folgenden sehr zutreffenden Konclusionen von Prof. G. Sée anführe: «Der Chloro-Brightismus» stellt nichts Spezielles dar; die Zeichen des «kleinen Brightismus» haben keinen Werth; man kann dieselben erklären, sei es durch die Annahme einer Läsion der Arterien (eine kongenitale Verengerung der Arterien von Virchow und Lancereaux), sei es durch die Annahme einer concommittirenden cardialen Affektion. Wofern diese Erklärungen nicht zutreffen, so kann man diese «kleinen Zeichen» nur durch die Annahme einer Kombination der Chlorose und des wahren Brightismus erklären, der sich, sei es durch eine Albuminurie — die im Uebrigen bei den Chlorotischen eine sehr häufige Erscheinung ist — sei es durch das Oedem an den Lidern oder an den Füssen, das noch charakteristischer ist, verräth.»

IV.

Prof. G. Sée war weniger glücklich, als er noch die Theorie der vermehrten arteriellen Spannung und des Gefässkrampfes bekämpfen wollte. Es ist unmöglich, sagt er, den Zustand der arteriellen Spannung in der Klinik zu messen. Ich bin ein wenig seiner Ansicht und ich habe oft bemerkt [1]), dass das beste der klinischen Sphygmomanometer noch immer ein unzuverlässiges und unvollständiges Instrument sei:

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 30, 33, 1893.

[1]) Traité clinique des maladies du coeur et des vaisseaux. 1. édit 1889 et 2. édit. 1893

Aber es ist eine ganz andere Sache, die vermehrte arterielle Spannung und die verminderte Spannung zu messen oder dieselben zu konstatiren; diese zwei klinischen Momente — die vermehrte und verminderte arterielle Spannung — besitzen meiner Ansicht nach bei einer grossen Zahl von Krankheiten einen bedeutenden pathogenetischen und therapeutischen Werth.

Wenn Prof. G. Sée — der die Güte hatte, mir die Ehre zu erweisen, meinen Namen in dieser akademischen Diskussion zu citiren, wofür ich ihm meinen Dank ausspreche — bei einem Kranken auf der rechten Seite des Sternum eine diastolische Verstärkung des Aortentones, oder auf der linken Seite des Sternum eine diastolische Verstärkung des Pulmonaltones konstatirt, was bedeutet dies bei ihm? Er weiss wohl, dass das erste Zeichen eine Erhöhung in der Spannung der Aorta, und dass das zweite Zeichen eine Steigerung des Druckes im kleinen Kreislaufe bedeutet.

Wenn die Mechanik bis jetzt noch nicht im Stande war, den Grad der Spannung in den Arterien mathematisch zu messen, so erlaubt es aber die Klinik, die erhöhte Spannung in den Arterien zu konstatiren, und dies genügt schon so ziemlich. Nun, im Beginne der Arterio-Sklerose ist die Spannung in den Arterien immer eine erhöhte, und Prof. Dieulafoy hat gewiss eine zu schüchterne Anspielung auf dieses Hauptmoment gemacht, wenn er nur von dem «Zeichen der Temporalis» sprach, welches durch die Härte und die Schlängelung der Arterie in Abwesenheit irgend welchen atheromatösen Prozesses in derselben charakterisirt ist und nur mit einer Vermehrung der Spannung im Gefässsystem in Verbindung steht. Es handelt sich da, um mich des Ausdruckes von Prof. Dieulafoy zu bedienen, um ein sehr «kleines» Zeichen erhöhter arterieller Spannung und ich bin erstaunt, dass in allen Fällen, die er dem «Brightismus» zuschrieb, er nicht ein einziges Mal daran dachte, den zweiten Aortenton zu auskultiren.

Was den «Gicht-Brighthismus» betrifft, so muss man ihn mit einem anderen Namen belegen, und jedweder Arzt weiss, dass die Gicht für die Arterien dasselbe sei, was der Rheumatismus für das Herz. Die Gichtkranken können Nephritiker werden [2]) in Folge ganz verschiedener Prozesse (Nierensteine, Nephritis uratica, Nephritis parenchymatosa oder interstitialis), und wenn sie es in Folge von Arterio-Sklerose werden, was sehr häufig vorkommt, so bieten sie verschiedene Zustände dar, im Einklange mit den verschiedenen Lokalisationen der sklerotischen Erkrankung.

V.

Ich muss jetzt diese Diskussion zusammenfassen:

1. Prof. Dieulafoy wollte «die mögliche Dissociation der krankhaften Prozesse der Niere» darthun. Diese Dissociation wird vollends beleuchtet, wenn man sie als Arterio-sclerose zusammenfasst, die, noch ein Mal sei es erwähnt, je nachdem sie sich frühzeitig oder spät auf dem Nierenapparate lokalisirt, den Grund dafür abgibt, «aus welchem man Brightiker werden kann und lange Zeit Brightiker bleiben kann, bevor man an Albuminurie leidet», und «warum man Albuminurie bekommen kann und während vieler Jahre an Albuminurie leiden kann, bevor man Brightiker ist.» In dem ersten Falle blieb die Sklerose einfach eine arterielle oder viscerale, indem sie die Niere verschonte; im zweiten Falle hat sie die Niere frühzeitig ergriffen, indem sie die anderen Organe später befiel.

Ich füge hinzu, dass dieser Interpretation vom therapeutischem Standpunkte eine kapitale Bedeutung zukommt; sie gestattet es, frühzeitig eine Präventiv- und eine kurative Medikation der Krankheit vorzunehmen; sie beweist, dass man der arteriellen Krankheit eine arterielle Medikation gegenüber stellen müsse.

2. Der Beweis dafür, dass die Zufälle, die mit der Bezeichnung «Brightismus» belegt wurden, auf diese Art inter-

[2]) H. Huchard. Artério-Sclérose des goutteux et goutte rénale Semaine médicale 1888, et Leçons cliniques sur les maladies du coeur. 1889.

pretirt werden müssen, wird dadurch erbracht, dass sie niemals bei der parenchymatösen Nephritis, einer lokalen Krankheit par excellence vorkommen, sondern nur in der Form der interstitiellen Nephritis, welche durch die Lokalisation der Arteriosclerose auf der Niere charakterisirt ist — arterielle Nephritis — einer Krankheit, die über das ganze Gefässsystem ausgebreitet ist.

3. Der Name «Brightismus» ist unpassend, und zwar nicht blos vom klinischen und therapeutischen Standpunkte, sondern auch vom historischen Standpunkte. Vor fünfzig Jahren, als BRIGHT die nach ihm benannte Krankheit entdeckte, beschrieb er nur eine Trias, nämlich: das Oedem, das Albumen und die Läsion in der Niere. Nur diese Trias verdient die Bezeichnung «Brightismus.» Nun trifft es sich, dass man mit diesem Namen eine ganze Reihe von Symptomen und von Zufällen bezeichnet, welche der berühmte englische Arzt niemals beschrieben hat.*) Bedeutet das nicht so viel als zur Konfusion in dieser Sache beitragen?

4. Man darf bei der Diagnose der Nierenkrankheiten zweifellos dem Symptome Albumen keine zu grosse Bedeutung beimessen. Aber, wenn man eine diesbezügliche Ueberlreibung vermeidet, so darf man auch nicht ins andere Extrem verfallen; wenn es Nephritis ohne Albuminurie und Albuminurie ohne Nephritis gibt, wenn überdies manche Autoren der Anwesenheit von Albumen eine zu grosse Bedeutung zuschreiben, so gibt es andererseits Autoren, welche, unter dem unpassenden Namen «Brightismus», die Nierenaffektion, die Nephritis, so ziemlich überall erblicken, dort, wo sie nicht vorhanden ist, und dort, wo sie sich anderswo befindet — in dem gesammten arteriellen Gebiete.

*) Die symptomatische Trias — Albumen, Oedem, Nierenläsion — verdient einzig und allein den Namen «Brightismus». GULL und SUTTON waren es, welche namentlich betont hatten, dass der Begriff der interstitiellen Nephritis als der lokale Ausdruck einer allgemeinen Erkrankung betrachtet werden müsse; somit verdienen die Symptome, welche DIEULAFOY mit dem Namen «Brightismus» belegt, vielmehr die Bezeichnung «Gullismus oder Suttonismus.» Ich muss jedoch in diesem Falle bemerken, dass ein Jahr vor diesen Autoren, nämlich schon im Jahre 1871, Lancereaux denselben Gedanken in folgenden Worten ausgedrückt hatte: «Es existirt, im Grunde genommen, keine Krankheit der Nieren, und die Veränderungen in diesen Organen sind der anatomische Ausdruck einer allgemeinen Erkrankung.» Auch hatte er gewisse Nephritiden mit dem Namen «arterielle» belegt

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 15. Mai 1893.

Döderlein: *Gonorrhoische Salpingitis.*

Der Fall, den ich kurz zu schildern mir erlauben möchte, dürfte nach verschiedenen Gesichtspunkten von prinzipieller Bedeutung für die gonorrhoische Erkrankung der Uterusanhänge und deren Behandlung sein.

Eine 35jährige Frau war seit 10 Jahren verheirathet, der Mann hatte angeblich lange vorher an Gonorrhoe gelitten, dieselbe soll aber zur Zeit der Verheirathung ausgeheilt gewesen sein.

Patientin hat seitdem unter 9 Schwangerschaften 8 ausgetragene Kinder geboren und zwar I. Kind März 1883, II. März 1884, III. Juni 1885, IV. September 1886, V. April 1887 (Abortus), VI. Dezember 1888, VII. Oktober 1890, VIII. November 1891, IX. Januar 1893. Ich erwähne die Geburtszeit der Kinder, um zu zeigen, dass hier in der That eine aussergewöhnliche Fruchtbarkeit trotz der ehemaligen Trippererkrankung des Mannes vorliegt.

Im Januar 1889 litt Patientin im Anschluss an die im Dezember 1888 erfolgte Geburt an einer schweren Unterleibsentzündung, ich fand, später hinzugezogen, ein grosses, hartes, parametrisches Exsudat, das aber verhältnissmässig rasch resorbirt wurde. Die nächste, ein Jahr später eintretende Schwangerschaft verlief ganz ungestört, eben so Geburt und Wochenbett.

Ich sah Patientin wieder am 21. März d. J. Sie hatte ca. 10 Wochen vorher ein reifes Kind geboren und war im Wochenbett völlig wohl gewesen, schon am 3. Tag war sie aufgestanden. Da sie nicht stillte, trat gegen Ende der 6. Woche, etwa Mitte Februar die Menstruation ein, ohne Schmerzen verlaufend, 3—4 Tage lange anhaltend. Einige Tage später stellte sich plötzlich ohne Schmerzen Ausfluss ein, also etwa Ende Februar, seit Anfang März traten Schmerzen im Leib auf, die sich allmählich immer mehr steigerten. Stuhl angehalten.

Ich hatte ein parametrisches Exsudat erwartet, fand aber die beiden Parametrien frei, Uterus beweglich, aber sehr empfindlich, so dass bei der grossen Schmerzhaftigkeit die Anhänge nicht abgetastet werden konnten. Temperatur andauernd normal, Pulsfrequenz nicht erhöht. Auf Ricinusöl reichlicher Stuhl. Trotz Bettruhe und Stuhlentleerung liessen aber die Schmerzen nicht nach, in einer 14 Tage später vorgenommenen Narkosenuntersuchung fand ich die rechte Tube etwas hart, fingerdick, auffallend hochstehend und der vorderen Beckenwand anhaftend, rechtes Ovarium nicht vergrössert. Linkes Ovarium in einem hühnereigrossen cystischen Tumor umgewandelt. Linke Tube schlank, beweglich.

Bei der am 15. April ausgeführten Laparotomie zeigte sich die rechte Tube an der vorderen Beckenwand adhärent, auf ihr eine Dünndarmschlinge flächenhaft, ziemlich fest verwachsen. Im linken Ovarium eine Blutcyste.

Die linke Tube anscheinend ganz gesund, Pavillon offen, Schleimhaut normal, aus der Tube kein Inhalt ausdrückbar. Da sich an der entfernten rechten Tube etwas Eiter vorfand und die Frau schon mit Nachkommenschaft reichlich gesegnet war, nahm ich die linke Tube auch mit fort, wäre aber die Erhaltung der Konzeptionsfähigkeit sonst erwünscht gewesen, hätte ich gewiss die linke Tube, so wie das rechte Ovarium zurückgelassen.

Ich erwähne das Letztere mit Nachdruck, da ja mit vollem Recht gerade bei den Exstirpationen der erkrankten Adnexe auf die Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit besonderes Gewicht gelegt wird, dies aber hier trotz des anscheinend gesunden Zustandes der linken Tube wohl zu üblem Ausgange Anlasse gewesen wäre.

Die Operation verlief ohne Zwischenfall, nach sorgfältiger Blutstillung durch Umstechung und Verschorfung der einzelnen Blutpunkte wurde die Bauchhöhle geschlossen. Keine Drainage. Reaktionslose Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung des Eiters der rechten Tube ergab das Vorhandensein ungewöhnlich zahlreicher theils freiliegender theils in Zellen eingeschlossener Gonokokken.

In der linken Tube, deren Wand nirgends verdickt erschien, war nur wenig Inhalt, bestehend in einer leicht getrübten, serösen Flüssigkeit, kaum mehr als sich auch in normalen Fällen von der Tubenschleimhaut abstreifen lässt. Zu meiner Ueberraschung fanden sich auch hierin zahlreiche Gonokokken. Es handelte sich also um eine gonorrhoische Infektion der Tuben, die rechts bereits zum Verschluss des abdominellen Endes und zu einer ausgesprochenen, wie die mikroskopische Untersuchung der Tubenwand zeigte, über die ganze Schleimhaut der Tube ausgebreiteten Salpingitis geführt hatte mit intensiver perisalpingitischer Reizung, Darmverwachsung.

In der linken Tube war der Erkrankungsprozess noch so frischen Datums, dass noch keinerlei makroskopisch nachweisbare Veränderungen vorhanden waren. Die mikroskopische Untersuchung der Tubenwand ergab grösstentheils normale Zustände, in der Muskulatur keine Veränderungen, die Schleimhaut in den meisten Schnitten von einer gesunden nicht zu unterscheiden, die Falte derselben wohl erhalten, Oberflächenepithel ganz intakt. Nur an einzelnen Stellen war die Schleimhaut infiltrirt, das Epithel abgestossen, das Bild eines circumscripten Geschwüres darbietend.

Es hatten hier also nur an einzelnen Stellen die Gonokokken ihr Zerstörungswerk begonnen, noch war so wenig Eiter producirt, dass der abdominelle Theil der Tube verschont und die Wand derselben nicht verändert war. Es ist klar, dass, wenn diese Tube zurückgelassen worden wäre, die Operation ohne jeden Erfolg gewesen wäre. Wenn nicht sofort, so wäre sicher kurze Zeit darnach der Zustand der Patient bei der fortschreitenden Erkrankung der zurückgebliebenen Adnexe wieder ein schlimmer geworden und eine zweite Laparotomie nöthig gewesen.

Erfahrungsgemäss erkranken bei gonorrhoischer Infektion, wenn überhaupt immer die beiderseitigen Uterusanhänge. Es sollte demnach doch Regel bleiben bei gonorrhoischer Erkrankung, auch wenn zur Zeit der Operation eine Tube gesund erscheint, stets beide Tuben zu entfernen.

Interessant ist nun endlich noch die nachträglich mit Sicherheit zeitlich festgestellte Infektion.

Natürlich konnte Patientin erst nach der letzten Geburt inficirt worden sein. Als ich den Mann nach dieser Feststellung des Befundes rückhaltslos ausforschte, gestand er eine während des letzten Wochenbettes seiner Frau erfolgte Neuinfektion zu, wegen welcher er Anfang Februar ärztlich behandelt worden war. 11. Januar war die Geburt, bis Mitte Februar war Patientin ganz gesund, die erste Kohabitation fand nach Aufhören der Menstruation, Ende Februar statt. Die Operation wurde 15. April ausgeführt. Schon Mitte März aber waren Beschwerden eingetreten, die auf Salpingitis bezogen werden können. Innerhalb weniger Wochen nach dem infektiösen Coitus also waren die Gonokokken in die Tuben gelangt und hatten dort namentlich in der rechten Tube weitgehende Erkrankung veranlasst.

Dass so frühzeitig gleich heftige Schmerzen auftraten, ist wohl durch die innige Darmverwachsung bedingt gewesen, wie denn überhaupt wohl die Schmerzen bei gonorrhoischer Salpingitis im Wesentlichen von der begleitenden Pelveoperitonitis und der durch die Darmverwachsung veranlassten Behinderung der Kothbewegung, die hier stets im Vordergrund des Krankheitsbildes stand, abhängig sind.

Diskusion: Dr. SÄNGER hat gleichfalls mehrere Fälle grosser Fruchtbarkeit bei hartnäckiger, doch nicht auf die Adnexa übergegangener chronischer Gonorrhoe beobachtet. In einem derselben erkrankte die Frau im 6. Wochenbett, doch an parametritischem Exsudat, nicht an Uebergreifen auf Adnexa und Beckenbauchfell.

Dr. ABEL: Seit im Juni 1890 eine Patientin nach Salpingostomie bei einseitiger Pyosalpinx an Peritonitis erlegen war, wurde die Salpingostomie bei gonorrhoischen Adnexerkrankungen nie wieder ausgeführt. Als Vorbedingung für diese Operation werden aufgestellt: ein nicht eiterverdächtiger Tubeninhalt, völlige Durchlässigkeit bei Sondirung und Erhaltensein des Fimbrienepithels, da die Wiedereröffnung der Tube stets am Abdominalostium vorgenommen wird. Seither sind alle Patientinnen genesen.

(Centralblatt für Gynäkologie Nr. 31, 1893.)

Kongress zum Studium der Tuberkulose.

Abgehalten zu Paris vom 27. Juli bis 2. August 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

(Fortsetzung.)

Ueber die Stillstände der Tuberkulose des Menschen

Dr. Legroux (Paris): Der Kampf, der zwischen dem Tuberkelbacillus und dem Organismus, den er befallen hat, stattfindet, dauert nicht fortwährend bis zum Tode des Kranken oder bis zur gänzlichen Zerstörung der Parasiten fort; es finden häufig Stillstände statt.

Wofern wir nicht in der Lage sind, eine Heilung der Tuberkulose zu bewirken, müssen wir das Auftreten dieser Stillstände begünstigen und uns bemühen, diese Stillstände so lange als möglich zu gestalten. Es ist somit von dem grössten Interesse zu wissen, wie und wann dieselben eintreten, damit wir darauf bedacht sind, die Umstände, welche ihr Auftreten begünstigen, heraufzubeschwören, und ebenso ist es von grosser Bedeutung, die Ursachen, welche die Stillstände der Tuberkulose unterbrechen, kennen zu lernen, damit wir diese Ursachen bekämpfen. Dieses Thema wünsche ich heute in grossen Zügen abzuhandeln.

Das nothwendige Moment, damit ein Stillstand zwischen dem Organismus und dem Bacillus stattfindet, besteht darin, dass der Bacillus abgegrenzt wird, dass er einigermassen die Fähigkeit, sich über die ursprünglich befallenen Stellen auszubreiten, einbüsst, dass er keine toxische Substanz mehr in genügender Menge secernirt, um eine Intoxikation hervorbringen zu können. Man hat es dann bisweilen mit einem ziemlich lange anhaltendem Stillstand zu thun, der nur dann sistirt wird, wenn sich ein fremdartiges Element zu dem Tuberkelbacillus vergesellschaftet. Bisweilen besteht dieses neu hinzugetretene Agens in einer interkurrenten Krankheit, bisweilen stellt es eine Association von Mikroben dar, die im Organismus dem bis dahin abgegrenzten KOCH'schen Bacillus eine neue Pforte öffnet.

Betrachten wir nun die Art und Weise, auf welche die Stillstände hervorgebracht werden, des Näheren.

Wenn man sich in dieser Beziehung an das Studium der chronischen Lungenphthise, so wie man sie gewöhnlich beim Erwachsenen, in Abwesenheit irgend welcher Komplikation beobachtet, hält, so findet man, dass sich dieselbe unter zwei verschiedenen Formen präsentiren kann: Bisweilen schreitet dieselbe fort, indem die Patienten zu den verschiedenen Jahreszeiten neue Attaquen bekommen, also ohne wirklichen Stillstand, bisweilen hingegen wird die Widerstandskraft des Kranken in Folge eines geeigneten Régimes eine grössere, und der tuberkulöse Prozess hält vollständig — manchmal für immer — in seiner Evolution inne, und es erfolgt ein Stillstand.

Nun kann aber dieser Stillstand nur ein vorübergehender sein und es tritt eine neue Krise ein, welche das Individuum schnell dahinrafft.

Dennoch konnten der allgemeine Habitus des Kranken, das Verhalten der lokalen Symptome an eine länger dauernde Heilung glauben machen. Der Kranke ist dick geworden, man bekommt bei der Auskultation über den befallenen Lungenspitzen kaum ein Blasen und ein rauhes Respirium zu hören, und dies Alles sind Phänomene, die man einer Sklerosirung des Lungengewebes zuzuschreiben geneigt ist. Nun, das ist ein Fehler, gegen den man sich hüten müsse. — Es braucht nur eines Nachschubes, damit der Tuberkelbacillus gerade von den Punkten, an denen die Vernarbung eine vollständige schien, seinen Ausgangspunkt nimmt, um neue Regionen zu befallen, und um sich zu vermehren; der Tuberkelbacillus war somit an den betreffenden Punkten nicht zerstört, er war dort nur abgegrenzt, gewissermassen neutralisirt.

Ich wählte als Beispiel die chronische Phthise, aber alle anderen Tuberkulosen mit langsamen Verlaufe bieten uns Stillstände derselben Art dar.

Diese Stillstände beobachtet man oft beim Erwachsenen und dieselben beweisen, wie gross die Modifikationen der Virulenz der Bacillen sein können.

Beim Kinde jedoch bieten sie Eigenthümlichkeiten dar, die ihr Studium zu einem fruchtbareren gestalten. Die Einzelheiten, die man beim Erwachsenen nicht leicht verfolgen kann, beobachtet man beim Kinde in einer besonders bemerkenswerthen Häufigkeit und mit einer ganz besonderen Klarheit. Die Stillstände beim Kinde sind häufiger und sie gestatten es, die Prozesse, durch die sich der Organismus gegen die Aktion der Bacillen zu schützen sucht, besser festhalten zu können.

Beim Kinde ist die Tuberkulose entweder kongenital oder erworben; kongenital, sei es durch den Keim oder durch das Terrain bedingt. Beim Kinde macht die Tuberkulose ihre Evolution allmälig und stufenweise durch, sie bietet sehr verschiedene Lokalisationen dar, sie zeigt mehr oder minder lange Stillstände, die sehr oft durch Infektionskrankheiten, unter denen der Keuchhusten und die Masern den ersten Rang einnehmen, bedingt sind, oder die Unterbrechung im Stillstande des tuberkulösen Prozesses ist durch einen physiologischen Verfall der Kräfte bedingt, zu einer Zeit, zu der das Kind für sein Wachsthum aller seiner Kräfte bedarf.

Beim Kinde heilen die lokalisirten Tuberkulosen oft so, wie wenn bei ihm Perioden vorhanden wären, zu denen die Zerstörung der Mikroben eine wirksamere sein würde, als beim Erwachsenen. Ich wünsche daher jetzt mich über die Tuberkulose des kindlichen Alters, über ihre Evolution und über ihre Stillstände ein wenig mehr auszubreiten.

Beim Kinde können die Tuberkelbacillen durch die verletzte Haut und durch die Schleimhäute — durch die letzteren auch

wenn sie intakt sind — des Respirations-, Digestions- und Genitalapparates in den Organismus eindringen. Bei diesem Eindringen der Tuberkelbacillen bilden sich nicht — wie man es bisweilen bei den künstlichen Impfungen beobachtet — lokale tuberkulöse Läsionen, sondern am häufigsten werden die Tuberkelbacillen durch den Lymphstrom bis in die benachbarten Drüsen getrieben und von diesen Drüsen allmälig in die entfernteren Drüsen. In Folge dieses Mechanismus bildet sich eine primäre tuberkulöse Adenopathie, die während einer langen Zeit eine Gefahr für die Eingeweide in sich birgt.

Die Tuberkulose kann sich dann etabliren, oder sie wird in den befallenen Drüsen zerstört, oder sie nimmt von diesen Stellen ihren Ausgangspunkt, um andere Organe zu afficiren.

Ich habe es bereits erwähnt und es erscheint mir durchaus bewiesen, dass:

1. Jeder Kranke, der von einer lokalen Tuberkulose ergriffen ist, unfehlbar eine subkutane tuberkulöse Adenopathie darbietet;

2. Jeder Kranke, der eine Mikro-Adenopathie aufweist, als der Tuberkulose verdächtig gehalten werden müsse, und in Folge dieses Umstandes erhält dieses Symptom einen beträchtlichen Werth, wenn es sich darum handelt, die krankhaften Erscheinungen, welche das Individuum darbietet, vom Standpunkte einer frühzeitigen Diagnose der tuberkulösen Affektionen der Eingeweide zu beurtheilen.

Die Existenz einer primären Tuberkulose der Drüsen, die jetzt mehr als zur Genüge erwiesen ist, besitzt eine grosse Bedeutung bei dem Studium der Stillstände der Tuberkulose, und aus diesem Grunde hatte ich diesen Punkt betont.

Die Skrophulose, nach der alten Bezeichnung, könnte als Typus der Tuberkulose mit Stillständen dienen:

Die Skropheln, welche die erste Stufe der Krankheit darstellen, führen zu den weissen Tumoren, zur skrophulösen Ostitis, zu den tiefen kalten Abscessen, zur Peritonitis, zur Phthise, zur Meningitis.

Die primäre Tuberkulose der Drüsen ist beim Kinde so häufig, dass man sich gezwungen sieht, ein bestimmtes Gesetz der Aufeinanderfolge der bacillären Infiltration anzuerkennen. Man findet bei den Autopsien von Kindern verkäste oder sklerosirte Drüsen, die eine veraltete Tuberkulose darstellen, — in allen denjenigen Fällen, in denen recente viscerale Tuberkulosen vorhanden sind.

Es ist für das Studium der Stillstände der Tuberkulose von dem grössten Interesse, dieses primäre Befallenwerden der Drüsen zu konstatiren.

Wenn die Bacillen sich in einer oder mehreren Drüsen eingenistet haben, dann hat der Organismus sofort das Bestreben, sich gegen dieselben gewissermassen zu wehren. Die Drüsen nehmen an Volumen zu in Folge einer Proliferation der Zellen, welche die Lymphgefässe ausfüllt, und es macht sich ein Kampf zwischen den Phagocythen und den Bacillen geltend. Wenn sich die Bedingungen dieses Kampfes auf dem normalen Zustande erhalten, oder wenn dieselben von Seiten des Organismus auf dem Wege der Hygiene und der Therapie verstärkt werden können, wenn die chemische Beschaffenheit der Zellen ihre ganze Kraft konservirt, so endigt der Kampf zum Vortheile der organischen menschlichen Elemente; wenn nicht, so unterliegen diese Elemente im Kampfe und die Drüse wird zu einer käsigen Masse, von wo aus der Parasit seinen Weg findet, um sich an andern Stellen des Organismus einzunisten und zu vermehren.

Aber die Dinge gehen nicht immer mit dieser Einfachheit vor sich. Mitten im Kampfe, zu einer Zeit, zu welcher der Organismus dahin gelangt ist, den Bacillus gewissermassen zu neutralisiren, ihn aber noch nicht zerstört hat, können Ereignisse eintreten, welche den Stillstand im tuberkulösen Prozesse unterbrechen; dies wird bedingt durch interkurrente Krankheiten, durch sekundäre Affektionen, durch eine Association der Mikroben, gleichgiltig welches ihr Ursprung sei.

Die interkurrenten Krankheiten, wenn sie auch noch so sehr benigner Natur sind, können unter gewissen Umständen mächtig genug sein, um zu Gunsten des KOCH'schen Bacillus in die Wagschale zu fallen. Dieser Sieg des KOCH'schen Bacillus jedoch ist nicht immer ein definitver, und wenn der Organismus seine Vitalität wieder erhält, so können neue Stillstände eintreten.

Unsere Bemühungen müssen daher darauf gerichtet sein, die Kräfte des Organismus zu heben, ihm diese angeborene Widerstandskraft, die unser bester Agens gegen die Tuberkulose ist, wiederzugeben.

Wir müssen die zur Tuberkulose Prädisponirenden aus den krankhaften Medien entfernen. Erinnern wir uns daran, dass namentlich beim Kinde die Tuberkulose häufig primär in den Drüsen auftritt, dass der Mikrobe in den Drüsen vergiftet sei, und dass unsere Bemühungen dahin zielen müssen, ihn dort abgegrenzt zu erhalten. Das beste Mittel, dies zu erreichen, besteht darin, dass man das kranke Kind in ein gesundes Medium, in eine reine Luft bringt; dagegen kann gar kein Einwand erhoben werden. Wir müssen es aber sehr betonen, dass es sich hier nicht um eine Ortsveränderung von einigen Tagen oder Monaten handelt, sondern die Kranken müssen lange, — wofern das nicht für die Dauer geschieht — in einem gesunden Medium leben. Der Erfolg ist nur um diesen Preis zu erreichen.

Es ist wohl nicht nöthig, hinzuzufügen, dass eine regelrechte Hygiene, eine substantielle Kost und die Medikamente, die sich als werthvoll erwiesen haben, angewendet werden müssen.

Dank dieser Mittel wird man häufig die Stillstände der Tuberkulose verlängern und dieselben in eine dauernde, bisweilen definitive Heilung verwandeln können.

(Fortsetzung folgt.)

Accademia Medica zu Rom.

Sitzung vom 25. Juni 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Dr. Parisotti: *Behandlung der Hornhautgeschwüre.*

Der Vortragende zeigt der Versammlung ein kleines nadelförmiges Instrument, das von ihm, anstatt der gewöhnlichen Löffel, zur Auskratzung sehr oberflächlicher Hornhautgeschwüre gebraucht wird. Der Vortragende findet, dass der Löffel dem angestrebten Zwecke nicht entspricht, da durch denselben die Ausbreitung des Geschwürs nach den Nachbartheilen hin begünstigt werden kann, was mit seiner krummen Nadel nicht stattfindet. Indess glaubt der Vortragende, dass die Patienten auch bei diesen ganz oberflächlichen Geschwüren heftige Schmerzen ausstehen müssen in Folge der Lädirung der Nervenendigungen, die sich eben sehr oberflächlich befinden, und dass die galvanokaudische Behandlung jedenfalls die beste Methode darstellt.

* * *

Dr. Grana: *Unterschiede zwischen Diphtheritis und Croup; deren verschiedene Behandlung.*

Dr. GRANA theilt mit, dass er von der Anwendung des Chlorkaliums und Ergotin die besten Resultate bei der Behandlung der Diphtheritis gesehen hat: wenn die Krankheit nicht allzu vorgeschritten ist, so dass Symptome einer allgemeinen Intoxikation bereits aufgetreten sind, dann sei die Heilung sicher. Diese Methode, die der Vortragende als die eigene rühmt*), sei dagegen bei Croup von keiner Wirksamkeit.

Dies genüge zur Bekräftigung der Behauptung, dass ein ätiologischer Unterschied zwischen beiden Erkrankungen besteht.

Ihre Bestätigung finde sie darin, dass durch die bakteriologische Untersuchung in den falschen Croupmembranen fast regelmässig das Vorhandensein von pyogenen Mikrokokken allein nachgewiesen wird. Redner glaubt das Nichtvorhandensein der LÖFFLER'schen Bacillen in den Pseudomembranen des Croup durch die Thatsache, die bereits von ROUX nachgewiesen worden ist, zu erklären, dass diese Bacillen sehr empfindlich gegen Sauerstoff sind, und in Berührung mit demselben ihre Virulenz verlieren. Dagegen sollen die pyogenen Mikroorganismen durch die Ein-

*) Wir erinnern daran, dass Bretonneau das Chlorkalium bereits vor 40 Jahren äusserlich und innerlich gegen Diphtheritis empfohlen hatte. (Der Referent.)

wirkung von Sauerstoff in ihrem Wachsthum begünstigt werden, woraus sich ihr leichtes Anhaften am Kehlkopf, wo eine fortwährende Luftbewegung statthat, und gewisse rasche Heilungen erklären, die nach vorgenommener Tracheotomie erfolgen, indem dadurch die Luftpassage sehr eingeschränkt wird.

* * *

DDr. Egidi und **Concetti:** *Aetiologie des primären Croup.*

Die DDr. EGIDI und CONCETTI berichten über ihre Untersuchungen, die sie, mit Bezug auf die Aetiologie des Croup, an 300 Kranken angestellt haben. Im Gegensatze zum Vorredner gelangen sie zur Schlussfolgerung, dass Diphtheritis und Croup von einem identischen Prozesse hervorgerufen werden. Dies werde erwiesen nicht allein durch die klinische Form, die immer in beiderlei Fällen denselben schweren Verlauf zeigt, sondern auch durch die bakteriologischen Untersuchungen, die stets die Gegenwart des LÖFFLER'schen Bacillus in den Pseudomembranen des primären Croup aufgedeckt haben. Die Identität des LÖFFLER-schen Bacillus wurde nicht nur durch Züchtungen auf verschiedenen Nährböden, sondern auch durch das Thierexperiment festgestellt.

* * *

Dr. Concetti: *Pseudodiphtheritis mit schwerem Verlaufe.*

Der Vortragende erinnert daran, wie man vor der gegenwärtigen bakteriologischen Aera, die Diagnose auf Diphtheritis je nach dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein der Pseudomembranen zu stellen pflegte. In der Folge wurde die Irrthümlichkeit dieses Gesichtspunktes erkannt. Man weiss nunmehr, dass der LÖFFLER'sche Bacillus nachgewiesen werden kann, ohne dass Pseudomembranen vorhanden zu sein brauchen. Der Vortragende hat ihn in der That auch in einem Falle einer einfachen katarrhalischen Krankheitsform gefunden, auf die übrigens bald die allgemeine Intoxikation und Exitus letalis folgte. Man weiss auch, dass falsche Membranen vorhanden sein können, die durch andere Mikroorganismen erzeugt sind.

Man darf jedoch nicht glauben, dass der bakteriologische Befund seinerseits ein sicheres Kriterium an die Hand gibt, um die Prognose aufzuhellen. Andere Autoren haben bereits sehr schwere pseudodiphtherische Formen erwähnt, die durch Streptokokken hervorgerufen waren.

Redner berichtet über drei sehr schwere Fälle eigener Beobachtung, bei denen in den falschen Membranen konstant Streptokokken nachzuweisen waren. In einem dieser Fälle, der tödtlich endete, wurden die gleichen Streptokokken im Blute und in den Organen vorgefunden.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Beiträge zur Augenheilkunde.

Herausgegeben von **Professor Deutschmann.**

Heft III–X.

Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig 1893.

In rascher Folge sind die Hefte 3—10 der «Beiträge» erschienen, so dass nun bereits ein stattlicher Band vorliegt.

Aus der reichen Fülle der die verschiedensten Gebiete der Augenheilkunde betreffenden Publikationen wollen wir zunächst eine Arbeit des Pariser Okulisten LANDOLT, betitelt: «Der gegenwärtige Stand der Staaroperation», herausgreifen. Um der auffallenden Thatsache einigermassen auf den Grund zu kommen, dass in puncto der Frage: «Cataract-Operation» bei den verschiedenen Augenärzten geradezu diametral verschiedene Ansichten herrschen, hat LANDOLT an die bedeutendsten Okulisten aller Welttheile Fragebögen gesendet und die eingelangten Arbeiten nun zu verwerthen gesucht. Dass sich der eine für dieses, der andere für jenes Operationsverfahren begeistert, ist begreiflich, auffallend ist aber die Thatsache, dass die Frage: «Wann soll man operiren?» so grundverschieden aufgefasst wird, indem manche eine nicht vollständig gereifte Cataract als Noli me tangere betrachten, andere wieder ganz bestimmt erklären, der Grad der Reife komme für sie gar nicht in Betracht, sie operiren einen «unreifen» Staar ebenso leicht und mit gleich günstigem Erfolge wie einen «reifen».

Was die Technik der Operation anbelangt, «so bilden», sagt der Verfasser, «auch deren kleinste Einzelnheiten den Gegenstand grösster Controversen», dabei das merkwürdige Factum konstatirend, dass alle auf den verschiedensten Wegen zum gleichen Ziele gelangen, indem das Endresultat bei allen Operateuren ein nahezu gleich günstiges ist.

Nach einer stylistisch meisterhaften «Einleitung», welche alle diese Punkte im Allgemeinen behandelt, geht LANDOLT auf eine detaillirte Besprechung der einzelnen Momente ein.

Einige Operateure ausgenommen, welche den «Schnitt» in die untere Hälfte der Cornea verlegen, ist die grosse Mehrzahl darin einig, dass die GRÄFE'sche Schnittführung in der oberen Hornhauthälfte die zweckmässigste sei. Anders bezüglich der Frage, ob mit oder ohne Iridektomie zu operiren sei. Da ist der Streit noch immer in bestem Gange, wenn es auch scheint, dass das Verfahren der einfachen Extraktion (ohne Ausschneidung der Iris) viele seiner wärmsten Vertheidiger eingebüsst hat. LANDOLT erörtert die Umstände, welche dieses Verfahren so zu Ehren gebracht. Man nannte es in kosmetischer Hinsicht ein ideales, da es die angebliche Verunstaltung des Auges durch das Colobom vermeide.

«So lange ich prakticire», schrieb ein erfahrener Arzt dem Autor, «hat noch kein Patient an mich die Forderung gestellt, ihn so zu operiren, dass ihm ja seine runde Pupille erhalten bleibe. Sehen will der Patient wieder, ob seine Pupille dabei eine runde oder Schlüssellochform hat, ist ihm gleichgiltig und mir desgleichen.»

Die Blendung, hiess es ferner, sei in den ohne Iridektomie operirten Augen geringer, die Sehschärfe besser — ja man rühmte ihnen sogar Accomodationsvermögen und den Mangel an jeglichem Astigmatismus nach. Diese Behauptungen wurden von massgebenden Autoritäten widerlegt, da sich jedoch andererseits die «relative Einfachheit, Leichtigkeit und Geschwindigkeit» dieses Verfahrens nicht läugnen lassen, so empfiehlt es LANDOLT selbst für Fälle, die sich dazu eignen, id est bei einfachen, nicht komplicirten Cataracten an «gesunden, vernünftigen und ruhigen» Individuen — unter diesen Umständen führt aber eben jede Methode zum Ziele. An sich selbst würde LANDOLT — und er steht mit diesem Ausspruche nicht vereinzelt da — die Extraktion mit präliminarer, d. h. einige Wochen vorausgeschickter Iriodektomie zur Ausführung bringen lassen.

Mit Recht ironisirt der Verfasser die «Spritzen, Pumpen und hydraulischen Apparate verschiedenster Art», welche erfunden wurden, um nach beendeter Extraktion in den engen Raum zwischen Cornea und Iris «Fluten aller möglichen Antiseptica zu treiben». Darüber, dass strengste Antisepsis vor und während der Operation nöthig sei, sind alle Befragten einig, wenn auch nicht alle so weit gehen, wie ein japanischer Arzt, der vor jeder Extraktion selbst ein Vollbad nimmt und den gleichen Vorgang seinen Assistenten zur Pflicht macht. Auch über die Nachbehandlung gehen die Meinungen sehr weit auseinander, und während die Mehrzahl der deutschen Aerzte ihren Kranken 5—8 Tage Bettruhe dringend anrathen, ist die Mehrzahl der Franzosen weit weniger streng, und ein Amerikaner geht sogar so weit, seine Operirten unmittelbar nach der Operation nach Hause zu gehen und den nächsten Tag wieder zu sich kommen zu lassen.

Professor FUCHS hat zwei äusserst interessante Beiträge «über Linsenpräcipitate» und über «die gleichzeitige Erkrankung der Thränendrüsen und der Parotiden» geliefert, HILDEBRANDT in Zürich bemerkenswerthe Untersuchungen über Antisepsis bei der Staaroperation. Den Schluss bildet eine Arbeit DEUTSCHMANN's «Ueber die Ophthalmia migratoria»; in kritischer und schlagender Weise bekämpft DEUTSCHMANN die gegen seine bereits vor Jahren aufgestellten Behauptungen seither laut gewordenen gegnerischen Stimmen und macht neuerdings den Vorschlag, den Namen sympathische Entzündungen fallen zu lassen und dafür die Bezeichnung «Ophthalmia migratoria» zu setzen, da die Affektion nichts Anderes sei als «ein in der Continuität der Gewebe von einem Auge zum

andern durch den Sehnervenapparat fortschreitender Prozess parasitären Ursprungs.»

Die Ausstattung des Werkes ist eine ganz musterhafte, fast luxuriös zu nennende; sie gereicht der Verlagsbuchhandlung zur Ehre. *P.*

Geschichte der medizinischen Wissenschaften in Deutschland.

Von **Dr. August Hirsch.**

Verlag von R. Oldenburg München und Leipzig. 1893.

Der vorliegende stattliche Band bildet einen Theil des grossen Sammelwerkes, welches unter dem Titel «Geschichte der Wissenschaften in Deutschland» von der königl. bair. Akademie der Wissenschaften herausgegeben wird. In dieses gross angelegte Werk fügt sich das Buch des berühmten Autors würdig ein und hat alle Aussicht nicht nur das Interesse der Aerzte, sondern auch das des gebildeten Laien zu fesseln. Der an und für sich kulturhistorisch so bedeutsame Gegenstand ist durch die vortreffliche Darstellung dem allgemeinen Verständniss noch näher gerückt, und der Umstand, dass der Verfasser eigentlich nicht nur eine Entwicklungsgeschichte der deutschen, sondern der gesammten Medizin bietet, «so dass die deutsche Medizin sich in jenem weltgeschichtlichen Hintergrund gewissermassen plastisch abhebt», dieser Umstand kommt dem Werth des Buches nur zu statten. So führt uns das Werk von HIPPOKRATES und GALEN bis zu ROKITANSKY und VIRCHOW. Dabei geht nirgends die Uebersicht verloren und man liest thatsächlich eine Geschichte der Entwicklung der Medizin in ihren inneren Gründen, nicht eine Anzahl von kurzen Einzelbiographien. Das Werk sei demnach aufs Wärmste allen Jenen empfohlen, deren medizinische Interessengrenze nicht mit dem Interesse für ihre Kranken abgeschlossen ist. *A. S.*

Zeitungsschau.

Dr. Otto Leichtenstern, Oberarzt des Bürgerhospitals in Köln, vordem Professor an der Universität Tübingen: **Die epidemische Genickstarre (Meningitis cerebrospinalis epidemica)** in den Provinzen Rheinland und Westfalen mit besonderer Berücksichtigung der Epidemie in Köln im Jahre 1885. — (Separat-Abdruck aus dem Centralbl. für allgem. Gesundheitspflege, Bonn.)

Diese mit grossem Fleisse aus eigenen Beobachtungen und aus der Durchforschung der medizinischen Weltliteratur über diesen Gegenstand hervorgegangene epidemiologische Studie ist dem Meister der Epidemiologie Max v. PETTENKOFER gewidmet.

Verfasser beginnt mit einem historischen Ueberblick, in welchem als erste sichere Nachricht von dem Auftreten der epidemischen Meningitis in Deutschland die von einem praktischen Arzte (SIBERGUNDI) in Dorston an der Lippe (Prov. Westfalen im Jahre 1822/23 beschriebene Epidemie bezeichnet wird, während als erste sichere Nachricht über diese Krankheit überhaupt die Schilderung der Genfer Epidemie von VIEUSSEUX aus dem Jahre 1805 gelten muss, indem die Angaben über das epidemische Herrschen der Meningitis cerebrospinalis in früheren Jahrhunderten jeder Grundlage entbehren.

An diese historische Exkursion schliesst sich die ausführliche Schilderung und Besprechung der Epidemie in Köln im Jahre 1885 nach des Verfassers eigenen Beobachtungen im Bürgerhospital und nach den Ergebnissen der von ihm bei sämmtlichen praktischen Aerzten Kölns angestellten Sammelforschung.

Die Arbeit ist in folgende Kapitel eingetheilt:

1. Zahl der Erkrankungen und Mortalität.
2. Alter, Geschlecht und Konstitution.
3. Zeitliche und örtliche Verhältnisse.
4. Wesen der Krankheit. Ansteckung und Verschleppung. Eintrittsort des Giftes. Verhältniss zur Pneumonie.

Aus den ersten zwei Kapiteln erfahren wir, dass im Ganzen im Jahre 1885 111 Fälle mit einem Mortalitätsperzent von 20·6 beobachtet wurden, während von anderen Epidemien eine viel höhere Sterblichkeit angegeben wird.

Weiters ergibt sich, dass die epidemische Meningitis hauptsächlich eine Erkrankung des Kindes- und Blüthenalters ist, welche beide Geschlechter in gleicher Weise befällt und ganz jungen Kindern und Greisen besonders gefährlich ist.

3. Die epidemische Meningitis zeigt wie viele andere Infektionskrankheiten eine gewisse Prädilektion für das Frühjahr. Die Verbreitung war eine über die Stadt ziemlich gleichmässig zerstreute ohne Bildung von grösseren Krankheitsherden.

Aus den eigenen Beobachtungen und der in ausführlichster Weise citirten Literatur sämmtlicher Kulturvölker zieht Verfasser den Schluss, dass die Auffassung der Meningitis cerebrospinalis als einer «ausschliesslich endogenen d. h. von Person zu Person sich fortpflanzenden Infektionskrankheit sicher nicht zutreffend ist, dass zum mindesten ein Stadium der Vermehrung des ektanthropen Krankheitskeimes bestehen muss, wenn nicht, wie wahrscheinlich ist, die hauptsächlich oder ausschliesslich exogene Natur des Keimes überhaupt die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen beherrscht.»

Ueber den Träger des Ansteckungsstoffes, über die Eintritts- und Austrittspforte des Giftes herrscht noch Dunkelheit, doch scheint die Krankheit an irgend einer Stelle des Respirationsapparates ihren Einzug zu halten. Die hie und da vorkommenden Komplikationen mit Pharyngitis, Rhinitis, Otitis deuten auch den Weg an, wie der Krankheitskeim in wirkungsfähigem Zustand nach aussen gelangen kann.

Was die bakteriologische Untersuchung betrifft, so wurden in Fällen von reiner Cerebrospinal-Meningitis keine charakteristischen Bakterien gefunden, dagegen fanden sich bei Fällen, wo im Verlauf einer genuinen krouposen Pneumonie eitrige Meningitis (Meningitis pneumonica) auftrat, die genau charakterisirten Diplokokken Pneumoniae (FRÄNKEL).

Die beiden Krankheiten zeigen aber so viele Verrchiedenheiten und die Komplikation der Meningitis mit Pneumonie ist so selten, dass man einen gemeinsamen Krankheitserreger nicht annehmen kann.

Trotzdem lassen sich gewisse ätiologische Berührungspunkte beider Krankheiten (das zerstreute Auftreten, Beobachtungen von gleichzeitigem Bestehen von Pneumonie- und Meningitisepidemien etc.) nicht leugnen.

Verfasser macht für diese noch dunkeln Verhältnisse einen Erklärungsversuch durch Aufstellung einer Hypothese, indem er zwischen den beiden Infektionserregern der Pneumonie und Cerebrospinal-Meningitis (die beide noch nicht sicher gekannt sind) eine Zwischenform oder Varietät annimmt, welche die Eigenschaft hat, Meningitis und Pneumonie gleichzeitig oder successive hervorzurufen.

Er fühlt sich jedoch selbst von dieser rein auf Spekulation beruhenden Hypothese nicht befriedigt und erwartet von der Bakteriologie, dass sie in Zukunft einmal alle die noch unbekannten Grössen auffinden und so volles Licht bringen werde in diese vorläufig noch dunkeln Gebiete. *B. S.*

Aus der Poliklinik für Nervenkranke des Privatdozenten **Dr. Oppenheim** in Berlin.

Dr. S. Sacki: Zur Kasuistik der progressiven neurotischen Muskelatrophie. (Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 30, 1893.)

Verfasser beschreibt einen Fall von progressiver neurotischer Muskelatrophie und bespricht daran anknüpfend die Momente, die die Diagnose der Krankheit und ihre Unterscheidung von anderen Erkrankungen bedingen.

Der Patient, ein 26 Jahre alter Arbeiter, war bis zu seinem 16. Jahre gesund. Von da an bemerkte er eine gewisse Schwäche in den Händen und Füssen, die sich unter zeitweiligen Schmerzen soweit steigerte, dass er zuletzt keine Arbeit mehr verrichten konnte. Cerebrale Erscheinungen fehlen, Blasenfunktion normal; keine hereditäre Belastung.

Der Status ergibt Krallenstellung der Zehen, schwerfälligen Gang durch Varo-equinus-Stellung des Fusses. Am Unterschenkel

an Stelle der Peronei eine deutliche Abflachung. Die Gegend des linken Nerv. peron. schmerzhaft, ebenso die beiden N. crurales.

Kniephänomen aufgehoben. Beweglichkeit beider Ober- und Unterschenkel nicht verändert, dagegen an den Füssen die Abduktion bedeutend abgeschwächt, während die anderen Bewegungen erhalten sind. Keine Ataxie. Die Sensibilität an beiden Füssen herabgesetzt, dagegen die Schmerzempfindlichkeit, Temperatursinn erhalten. An den oberen Extremitäten zeigt sich bei normalen Ober- und Unterarmen Atrophie der Spatia interossea, der Daumenballen, der Vola manus, der Kleinfingerballen. Typische Krallenstellung der Hand.

Die elektrische Untersuchung der befallenen Muskeln an den oberen und unteren Extremitäten ergibt partielle Entartungsreaktion oder völlige Unerregbarkeit für die anwendbaren Stromstärken.

Die Sensibilität an der rechten Hand mehr herabgesetzt als links, dabei Hyperalgesie. Facialis, Augenbefund normal. Die Extremitäten fühlen sich kühl an. Patient ist gegen Kälte sehr empfindlich. Kein chronischer Alkoholismus. Keine Lues.

J. HOFFMANN, der die Krankheit zuerst genauer beschrieben und als besondere Form charakterisirt hat, schildert sie «als langsam fortschreitende, oft durch längere oder kürzere Stillstände, niemals aber durch Besserungen unterbrochene Atrophie und Lähmung der willkürlichen Muskeln, welche an den distalen Enden der Extremitäten beginnt, beide Seiten im Wesentlichen symmetrisch ergreifend, protimalwärts fortschreitet und schliesslich die ganze willkürliche Muskulatur ergreift.

Die Kranken gehören ihrem Alter nach meist den ersten zwei Lebensdezennien an; befallen werden oft mehrere Familienmitglieder und zwar gewöhnlich die männlichen, während die weiblichen verschont bleiben.

Muskelhypertrophien fehlen, dagegen sind sensible Störungen stets vorhanden. Von der Lähmung werden zuerst die Muskeln in der Hohlhand, dann die Streckmuskeln, an der unteren Extremität vor Allem die Musc. peronei, dann weiter erst die Flexoren, später die übrigen Extremitätenmuskeln und endlich auch die Gesichts- und Rumpfmuskulatur ergriffen.

Die elektrische Untersuchung ergibt totale oder meist irgend eine Form der partiellen Entartungsreaktion. Das Verhalten der Sehnenreflexe ist nicht konstant. Infolge der Lähmungen bildet sich an den oberen Extremitäten «main en griffe», an den unteren Pes varus, equinovarus oder equinus aus. Stets sind vasomotorische Störungen (livide Färbung, Kälte der Haut), Anomalien der Schweisssekretion vorhanden. Die Sinnesorgane, die vegetativen Funktionen zeigen sich in der Regel normal. Die sensiblen Störungen erscheinen in Form von Schmerzen und Parästhesien, Herabsetzung der verschiedenen Empfindungsqualitäten. Pathologisch-anatomisch finden sich von der Peripherie gegen das Centrum abnehmend chronisch entzündliche und degenerative Zustände an den Nerven.

Verfasser begründet schliesslich seine Diagnose, indem er auf die Uebereinstimmung des mitgetheilten Falles in den Lähmungen, Atrophien, Sensibilitätsstörungen, dem chronischen Verlauf, dem elektrischen Verhalten mit der von HOFFMANN gegebenen Beschreibung hinweist und differentiell-diagnostisch die ähnlichen Erkrankungen ausschliesst und zwar 1. Die Dystrophia muscularis progressiva ERB's (Beginn am proximalen Theil der Extremitäten, Muskelhypertrophien, Fehlen der Entartungsreaktion und der Sensibilitätsstörungen); 2. Polyomyelitis anter. chron., amyotrophische Lateralsklerose und spinale progressive Muskelatrophie (diese zeigen keine Sensibilitätsstörungen); 3. Syringomyelie (zeigt normales oder herabgesetztes Schmerzgefühl); 4. Chronische multiple Neuritis (von dieser unterscheidet sich der beschriebene Fall durch den «stetig deletären Charakter», das Alter, welches bei Neuritis m. meist die Jahre zwischen 30 und 40 betrifft, und die mangelnde Aetiologie.

B. S.

Dr. Carl Gerster (München): **Beiträge zur suggestiven Psychotherapie.** (Aus der Zeitschrift für Hypnotismus, Suggestionstherapie und verwandte psychologische Forschungen. 1893. H. BRIEGER, Berlin.)

Verfasser beginnt mit einer theoretischen Auseinandersetzung über die Auswahl der Patienten nach ihrer Eignung für die Suggestionstherapie.

Nach seinen Erfahrungen und den Angaben anderer Suggestionstherapeuten sind 85—95 % der Menschen suggerirbar und hypnotisirbar (letzteres schliesst das erstere ein, nicht aber umgekehrt) und muss die genaue Anamnese, die sich nicht blos auf körperliche sondern auch auf die seelischen und sämmtliche Lebensumstände der Patienten bezieht, Anhaltspunkte für die Suggestirbarkeit der Betreffenden ergeben.

Verfasser nimmt die Suggestionstherapie nur auf Wunsch und bei weiblichen Personen nur in Gegenwart eines Zeugen (Verwandten oder Bekannten) vor.

Er unterscheidet 2 Arten von Hysterie, nämlich Hysterie I., die mit wohlausgeprägter Allosuggestibilität, d. h. gesteigertem Wahrnehmungsvermögen und überaus rascher und intensiver Ausführung des Wahrgenommenen in plastische Vorstellung verbunden ist, und Hysterie II., mit grosser Autosuggestibilität, unmotivirtem Stimmungswechsel, lügnerischem, exaltirtem Charakter.

Hysterie I. ist die Domäne der hypnotischen Therapie, während Hysterie II., Hypochondrie, Neurasthenie schwieriger zu hypnotisiren sind, Epilepsie, Idiotie der Hypnose fast unüberwindliche Schwierigkeiten entgegensetzen.

Im 2. Kapitel führt Verfasser 100 statistisch verwerthete Fälle vor.

Es zeigten sich darnach Kinder nicht so leicht suggestirbar, als man glauben sollte; es macht sich auch hier schon die Individualität geltend. — Männer und Frauen höherer Stände sind leichter hypnotisirbar als die niederer. — Frauen und Mädchen verfallen rascher und tiefer in Hypnose als Männer und Knaben.

Die Indikation für die Suggestionstherapie liegt weniger in der klinischen Diagnose als in der Erkennung der psychischen Persönlichkeit und hievon hängt auch die Prognose der Behandlung ab.

Die verschiedensten Krankheitszustände konnten günstig beeinflusst werden: der quälende Husten bei Pneumonie, Schmerzen bei Rheumatismus und Zahncaries, Kongestionen gegen den Kopf, lebhafte Peristaltik bei Darmkatarrh etc. — Verfasser behauptet sogar eine skrophulöse Konjunktivitis mit tiefen Kornealgeschwüren bei einer Hysterischen in 6 Tagen geheilt, pleuritische und peritonitische Exsudate in 2 Fällen durch Anregung der Schweisssekretion zur Aufsaugung gebracht zu haben.

Die praktischen Aerzte und auch andere Ungläubige bekommen in dem Artikel manchen Seitenhieb; die ersteren werden als psychologisch zu wenig ausgebildet bezeichnet. *B. S.*

F. L. Neugebauer (Warschau): **Ueber einen seltenen Fall von regelmässiger Menstruation durch eine ungewöhnliche Oeffnung bei Vorhandensein von Atresiae vaginae hymenalis congenitae.** — (Medycyna Nr. 21, 1893.)

Der Fall betrifft eine 33jährige Bäuerin, die 12 Jahre verheiratet ist. Der Coitus konnte nach den Angaben der Patientin ohne jedes Hinderniss vollzogen werden, da der Hymen so dehnbar und elastisch ist, dass sich dasselbe in Folge des langjährig geübten Beischlafes mit dem Finger 6—7 *cm* in die Vagina hinein einstülpen lässt. Das Interessanteste aber ist dabei, dass trotz der vollständigen Atresia vaginae congenita die Menstruation vom 16. Lebensjahre angefangen ganz regelmässig jeden Monat, einige Tage hindurch, nach aussen vor sich geht. Patientin hat dabei gar keine Schmerzen. Nur am ersten Tage der Menstruation, besonders bevor sich das Blut zeigt, empfindet sie Schmerzen in der Inguinal- und Uterusgegend.

Verfasser hatte Gelegenheit, die Patientin während der Menses zu beobachten und es gelang ihm dabei die Oeffnung zu finden, durch welche sich das Blut nach aussen ergiesst.

Die äusserst feine Oeffnung befindet sich rechts zur Seite der Urethra, ausserhalb der Schleimhautfalte, welche das Orificium urethrae umgibt.

Der Hymen zeigt drei folgende Eigenthümlichkeiten: 1. ist er sehr elastisch. 2. sehr dick und lässt bei der Palpation deutlich zwei Lamellen erkennen. (H y m e n b i l a m e l a t u s) und 3. weist die äussere Lamelle einen in Form eines Dreiecks gestalteten De-

fekt auf, der dadurch kenntlich ist, dass er viel blasser ist, als die äussere Lamelle.

Jederseits nach aussen von der Schleimhautfalte, welche das Orificium urethrae umgibt, zwischen dieser und den kleinen Schamlippen sieht man eine glänzende convexe Flächen in Form eines Dreieckes. Im linken Dreieck sieht man zwei nur einige Millimeter von einander entfernte Oeffnungen, im rechten dagegen drei solche. Die unterste derselben stellt die Oeffnung dar, durch welche das Blut nach aussen befördert wird.

Diese Oeffnungen, welche man fast bei jedem Weibe findet sind unter dem Namen der Oeffnungen der Schleimdrüsen des Vorhofes (Cryptae) bekannt und sind nach KOCKS den Oeffnungen der Glandulae prostaticae des Mannes homolog.

Die morphologische Bedeutung der Oeffnung, durch welche die Menstruation vor sich ging, blieb Verfasser unklar.

Rdt.

Dr. William P. Howard: Ueber Herzhypertrophie.

Dr. WILLIAM P. HOWARD unterzieht in den «Johns Hopkins Hospital Reports» 105 Fälle von Herzhyperthrophie einer eingehenden Analyse, indem er sich dabei auf die Beobachtungen im Johns Hopkins Hospital bezieht.

Er nimmt als Normalgewicht für das männliche Herz 230 *gr* und für das weibliche Herz 260 *gr* an. Er glaubt, dass man klinisch den Umfang des Herzens mit ziemlich grosser Genauigkeit bestimmen kann. Die Percussion gibt der Hauptsache nach die besten Resultate. Unter 360 Autopsien waren 105 Fälle von deutlich ausgesprochener Herzhypertrophie vorhanden. Die folgende Tabelle gibt die relative Häufigkeit der Zustände, welche dieselbe bedingten, an:

Arteriosklerosis	59	Perzent
Nephritis	13·4	»
Klappenerkrankungen	12·4	»
Pericarditis adhaesiva	7·6	»
Arbeit	3·8	»
Tumoren	1·9	»
Aneurysma der Herzwand	0·95	»
Plethora	0·95	»
zusammen	100·00	

Diese Zahlen werfen ein neues Licht auf die Häufigkeit der Arteriosklerose. Nach dem dreissigsten Lebensjahre ist diese Erkrankung die bei weitem häufigste der Herz-Gefässerkrankungen. Es würde ein Irrthum sein, wollte man annehmen, dass dieses relativ häufige Vorkommen der Arteriosklerose für alle Länder oder für alle Theile Amerikas gilt. Diese Zahlen zeigen nur mit imponirender Klarheit, dass die Arteriosklerose viel häufiger vorkommt, als man gemeinhin glaubt. Von 59 Fällen von Herzatrophie, betreffend Kranke im Alter von 40 Jahren und darüber, kamen 48 Fälle oder 81 Perzent auf Rechnung der Arteriosklerose.

Bei der mechanischen Cirkulationsstörung ist die Herzhypertrophie ein sehr wünschenswerther Zustand. Die Intensität der Hypertrophie — wofern sich der Kranke in einem ziemlich guten Gesundheitszustande befindet — kann als das Maass der Schwere der Affektion oder der Affektionen, welche dieselben verursachen, angesehen werden, gerade so wie die Körpertemperatur bei den akuten Infektionskrankheiten als das Kriterium des Grades der Refraktion, die der Körper dem Gifte entgegenbringt, betrachtet werden muss.

L. L.

Baccelli (Rom): Ueber endovenöse Sublimatinjektionen. (Gazz. d. Ospitali und Rif. Med. 1893.

Bekanntlich hat Professor BACCELLI schon vor Jahren gegen schwere, perniciöse Malariaformen das Chinin intravenös injicirt: die Erfolge, die der Kliniker aus Rom damit erzielt hat, sollen überraschend günstig gewesen sein. Trotz der überaus warmen Empfehlungen BACCELLI's für diese Verabreichungsart des Chinin, ist. unseres Wissens, die neue Methode von anderen hervorragenden Aerzten nicht befürwortet worden.

Dafür scheint BACCELLI von der Güte und Wirksamkeit seiner Methode noch immer fest überzeugt zu sein, denn er hat in letzterer Zeit sogar Sublimat gegen Syphilis intravenös eingespritzt. Es handelt sich nämlich um zwei Fälle von Hirnsyphilis, bei denen, da die üblichen Behandlungsmethoden keine nennenswerthe Besserung herbeiführten, auf Anrathen BACCELLI's intravenöse Sublimatinjektionen versucht wurden. Die damit erzielten Resultate waren ausgezeichnet. Die angewandte Lösung betrug 0·001 Sublimat und wurde mittelst der PRAVATZ'schen Spritze in eine der oberflächlichen Hautvenen eingeführt. Man begann mit Dosen von 1 *mgr* und stieg allmählig bis zu 4 *mgr*. Abgesehen von einer ziemlich deutlich auftretenden Salivation, welche sich bereits wenige Minuten nach der Injektion einstellt, sollen sonstige Intoxikationserscheinungen nicht auftreten, Die Injektionen sind nicht schmerzhaft, was sie vortheilhaft von den subkutanen und intramuskulären Quecksilberinjektionen unterscheidet.

Aus zwei weiteren Beobachtungen, welche Dr. JEMMA (Genua) gemacht hat, geht gleichfalls hervor, dass in Fällen von schwerer Syphilis, sowie bei veralteter Luës, besonders in jenen Fällen, wo es sich um schwere Anämie und Drüseninfektion handelt, diese Sublimatinjektionen eine überraschende Wirkung besitzen.

Man hat übrigens diese Injektionen nicht allein auf Syphilis beschränkt, sondern in der Idee, dass es sich um allgemeine Antisepsis handle, sie auch bei anderen Infektionskrankheiten angewendet, so bei 6 schweren Fällen von Abdominaltyphus, in einem Falle von akutem Gelenkrheumatismus, in je einem Falle von Erysipel und von Tuberkulose. In diesen Fällen sollen jedoch die Resultate nicht so auffallend gewesen sein.

Der bekannte Genuenser Syphilidologe, Professor CAMPANA, hat ebenfalls einige Versuche — jedoch hiebei die grössten Vorsichtsmassregeln beobachtend — mit Sublimatinjektionen gemacht. Nach diesem Autor indess sollen die hierbei zu erzielenden Resultate weniger gut sein, als die mittelst der anderen antisyphilitischen Verfahren beobachteten therapeutischen Ergebnisse. Dagegen glaubt dieser Forscher, dass die fraglichen Injektionen sehr rationell seien in Fällen von perniciösem Sumpffieber, ferner stets da, wo ein rasches Eindringen des Medikaments in die Blutbahn dringend nothwendig ist. Auch spricht CAMPANA die Vermuthung aus, dass diese Injektionen nicht immer gefahrlos sein dürften.

Te.

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

(Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»
(Schluss.)

Das zweite Kapitel für unsere Ferien möge die Aerztekammer, oder vielmehr die im Herbst bevorstehenden Wahlen zur Aerztekammer abgeben. Ein diesbezügliches Programm liegt vor uns, aufgestellt von der in der allgemeinen Aerzteversammlung vom 30. Mai cr. gewählten und mit der Kommission der Berliner Standesvereine vereinigten Kommission:

Kollegen!

Eine allgemeine Aerzteversammlung ist am 30. Mai d. J. zur Aufstellung eines Programmes für die Wahlen zur nächsten Aerztekammer berufen worden. Sie hat eine Kommission ernannt, mit dem Auftrage, unter Betheiligung von Delegirten des Vereins zur Einführung freier Aerztewahl und des Geschäftsausschusses der Berliner ärztlichen Standesvereine, diejenigen Gesichtspunkte festzustellen, welche für die Wahlen zur Aerztekammer von hervorragender Wichtigkeit sind. Diese sollen einer demnächst zu berufenden Versammlung sämmtlicher Berliner Aerzte zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Nachdem der Verein für Einführung freier Arztwahl eine Betheiligung an den Berathungen abgelehnt hat, ist die Kommission der Aerzteversammlung gemeinsam mit der Kommission des Geschäftsausschusses der Berliner ärztlichen Standesvereine zusammengetreten, um diejenigen Forderungen und Wünsche zu formuliren, welche im Sinne der Aerzteversammlung vom 30. Mai

d. J. für die Nominirung von Kandidaten zur Aerztekammer als grundlegend gefordert wurden.

Kollegen! Wir verlangen an erster Stelle von unseren Kandidaten die Bethätigung wahrhaft liberaler Anschauungen in allen Fragen kollegialer Natur. Jeder unbescholtene Arzt, welcher das Wahlrecht zur Aerztekammer besitzt, soll und muss das Recht haben, in allen ärztlichen Vereinigungen an der Erörterung und Lösung gemeinsamer Fragen sich zu betheiligen. Jeder willkürliche Ausschluss von solchen Vereinigungen, jede tendenziöse Rücksichtnahme auf konfessionelle, politische oder sonstige private Verhältnisse ist unstatthaft und der Vertreter eines freien Standes unwürdig.

Wir verlangen ferner, dass unsere Kandidaten vermöge ihrer bisherigen öffentlichen Wirksamkeit die Gewähr bieten, dass sie nicht allein zu einzelnen brennenden Tagesfragen, sondern zu dem Gesammtgebiete aller die öffentliche Gesundheitspflege und den ärztlichen Stand betreffenden Angelegenheiten Stellung zu nehmen befähigt sind.

Unter diesen Gesammtinteressen, deren Vertretung der Staatsregierung gegenüber vornehmlich die Aufgabe der Aerztekammer ist, nimmt die Besserung der wirthschaftlichen Lage des ärztlichen Standes eine hervorragende Stelle ein.

Ein solche erwarten wir von der Durchführung folgender Forderungen:

1. Volle Freigabe der besonders durch die Krankenkassengesetzgebung vielfach noch in einigen Händen monopolisirten Kassenpraxis (freie Arztwahl).
2. Gleichmässige Berechtigung aller Aerzte zur Ausstellung von Gutachten für die Unfall-, Alters- und Invaliditätsversicherung.
3. Stellungnahme gegen alle Versuche seitens öffentlicher und privater Vereinigungen, die Honorirung der ärztlichen Leistungen ungebührlich herabzudrücken.
4. Abstellung von Missbräuchen bei der unentgeltlichen ärztlichen Behandlung (Auswüchse im Poliklinikenwesen, Sanitätswachen u. s. w.).
5. Freie Vereinbarung für Honorirung ärztlicher Leistungen und Aufstellung einer den Zeitverhältnissen entsprechenden Minimaltaxe.
6. Organisation des ärztlichen Unterstützungs- und Versicherungswesens (Witwen-, Waisen-, Sterbekassen etc.).

Neben der Berücksichtigung dieser wirthschaftlichen Fragen verlangen wir eine energische Initiative zur Herbeiführung der den Aerzten gebührenden Stellung im öffentlichen Gemeinwesen. Wir wünschen insbesondere:

1. ein selbstständiges Vorgehen der Aerztekammern bei der sozial-hygienischen und medizinalen Gesetzgebung und Anhörung derselben durch die Staatsregierung vor Berathung der einschlägigen Entwürfe durch die gesetzgebenden Körperschaften;
2. einen Einfluss auf die hygienischen Massnahmen der kommunalen und provinzialen Verbände;
3. Vereinfachung der Arzneitaxe und Rezepturberechnung;
4. eine Mitwirkung bei der Reform der ärztlichen Ausbildung;
5. eine weitere Entwicklung in der Organisation der Aerztekammern selbst (Einrichtung einer besonderen Aerztekammer für Berlin etc.).

Wir erklären uns indess gegen jede Verfärschärfung der disciplinaren Befugnisse der Aerztekammern im Sinne der Rechtsanwaltsordnung.

Kollegen! Die hier berührten Fragen haben zum Theil schon die früheren Aertekammern lebhaft beschäftigt — zum Theil ist die Nothwendigkeit ihrer Erledigung durch den stets wachsenden Nothstand unter den Aerzten in jüngster Zeit besonders hervorgetreten. Zunächst kann nur eine Aufbesserung unserer wirthschaftlichen Lage uns befähigen, den idealen Bestrebungen, wie sie unser humaner Beruf von uns fordert, und auf die wir von alters her stolz sind, auch in Zukunft gerecht zu werden.

Stets bereit, der allgemeinen Wohlfahrt zu dienen, abhold allen Strebens nach einer bevorzugten Sonderstellung, verwahren wir uns gegen jeden Eingriff in unsere Rechte und halten fest an der freiheitlichen Entwicklug unseres Standes.

Wir haben das Programm in extenso wiedergegeben, weil dasselbe für hüben wie drüben interessant, vielleicht leider zu interessant ist. Oder ist es nicht komisch, wenn Aerzte sich zurufen müssen, dass tendenziöse Rücksichtnahme auf konfessionelle politische oder sonstige private Verhältnisse unstatthaft seien u. s. w.? Und doch ist dieser Appell nicht unnöthig, so beschämend er auch klingt. Denn es sind leider auch in unseren Reihen Strömungen vorhanden, denen bei Zeiten ein Damm entgegengesetzt werden muss, — Strömungen, die zu einer Spaltung in der hiesigen Aerzteschaft bereits geführt haben und die voraussichtlich auch bei den Kammerwahlen ihre Kraftproben ablegen werden. Hand in Hand, mit diesem ethischen Moment steht die Frage der freien Arztwahl, während eine andere, fundamentale Standesfrage nur angedeudet ist, wir meinen die Stellung der Aerzte zur Gewerbe-Ordnung. Aus taktischen Gründen mag eine dilatorische Behandlung dieser wichtigen Frage begreiflich sein. Eine Klärung, eine reinliche Scheidung wird indess früher eintreten müssen, als man glaubt. Ja wir fürchten bei der socialpolitischen Konstitution im Allgemeinen, bei der Wucht massgebender Stimmen in unseren Reihen, dass dem Rufe «heraus aus der Gewerbe-Ordnung» schneller gewillfahrt werden könnte, als uns Aerzten nachher lieb sein wird.

Denn wir sind fest überzeugt, dass derartige Wünsche nur auf Kosten unserer persönlichen Freiheit sich werden erfüllen lassen. Wir bedauern es deshalb lebhaft, bei aller sonstigen Anerkennung für die Leistungen des deutschen Aerztetages, dass auch dies Mal, in der Eröffnungsrede des Vorsitzenden, jenes Feldgeschrei wieder erhoben worden ist. *K.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Am 5. August feierte Hofrath Prof. Dr. Nothnagel sein 25jähriges Dozentenjubiläum.

— Prag. Dem ord. Professor und Vorstande der ersten med. Klinik an der deutschen Universität Dr. Alfred Přibram und dem ord. Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der böhm. Universität Dr. Bohuslav Edlen von Jiruš wurde der Titel eines Regierungsrathes verliehen. — Dr. A. Czerny hat sich als Privatdozent für Kinderheilkunde habilitirt.

— Heidelberg. Dr. Paul Ernst wurde zum ausserord. Professor der pathologischen Anatomie ernannt.

— Amsterdam. Dr. Burger hat sich als Privatdozent für Rhinologie und Laryngologie habilitirt.

— Berlin. Die Privatdozenten Dr. v. Noorden, Assistent der zweiten medizinischen Klinik in der Charité, und Dr. Hermann Oppenheim, früherer Assistent der Station für Nervenkrankheiten in der Charité, haben den Professortitel erhalten.

— Bonn. Der Geh. Medizinalrath Prof. Finkelnburg beging am 16. d. M. die Feier seines 40jährigen Doktorjubiläums. Wie verlautet gedenkt der verdiente Hygieniker im Herbst sein Lehramt niederzulegen.

— Jena. Privatdozent Dr. R. Neumeister wurde zum ausserordentlichen Professor für physiologische Chemie ernannt.

— München. Der Privatdozent der Botanik an der Universität, Dr. Oscar Löw hat einen Ruf als Professor der Botanik nach Tokio erhalten und angenommen.

— Genua. Dr. Marco Casini hat sich als Privatdozent für chirurgische und topographische Anatomie, Dr. A. Cioja für Geburtshilfe und Gynäkologie habilitirt.

— Neapel. Als Privatdozenten habilitirten sich die DDr. S. Pansini für allgemeine Pathologie; Rod Stanziale für Dermatologie und Syphilographie; Gius. Fornario für Neurologie und Psychiatrie, Giv. Mauro und Alb. Antonelli für Ophthalmologie; G. Traversa für experimentelle und therapeutische Pharmakologie. — Pavia. Dr. Giampietro (früher in Neapel) hat sich für Otologie habilitirt. — Palermo. Dr. S. Marino hat sich als Privatdozent für specielle Pathologie und propädeutische

Klinik habilitirt. Der ausserordentliche Professor A. Marcacci wurde zum Ordinarius für Physiologie befördert.

* Mariahilfer Ambulatorium. Die unter der Direktion des Herrn Dr. Leopold Domény stehende Humanitätsanstalt, welche seit dem Jahre 1874 ihre fruchtbare Thätigkeit entfaltet, versendet soeben ihren 19. Jahresbericht. Aus demselben geht hervor, dass in dem abgelaufenen Jahre 14.979 Personen ärztlich behandelt und ihnen, die häuslichen Besuche nicht gerechnet, 40.959 Ordinationen unentgeltlich ertheilt wurden. — Der Wirthschaftsbericht des so wohlthätigen Institutes ist ein sehr trauriger. Die Einnahmen betrugen 2437.34 fl. worin eine Saldo vom Vorjahre mit 361 fl. mit inbegriffen ist. Diesen Einnahmen stehen Ausgaben von 21·34 fl. gegenüber, so dass sich ein Vortrag von blos 303·34 fl. ergibt. — Es wäre sehr wünschenswerth, dass die wohlhabende Bevölkerung, besonders der westlichen Bezirke, ein erhöhtes Interesse für diese im besten Sinne wohlthätige Institution an den Tag legten, da es doch zumeist Arbeiter dieser Bezirke sind, denen sie zu gute kommt. Wir zweifeln nicht, dass zu den bisherigen Wohlthätern des Ambulatoriums neue hinzutreten werden. Der Zuspruch unbemittelter Kranker wird täglich grösser und nach dem gegenwärtigen Stande zu schliessen, wird die Anstalt heuer in noch erhöhterem Masse als bisher ihre Wohlthaten ausüben müssen. Möge es ihr an hochherzigen Gönnern nicht fehlen, die sie in den Stand setzen würden, ihrer menschenfreundlichen Aufgabe vollauf gerecht zu werden.

* Ueber die weiblichen Studirenden der Medizin berichtet Dr. Laskowski, Professor der Anatomie in Genf, folgendes: «Die an der Genfer Universität Medizin studirenden Polinnen zeichnen sich durch Fleiss aus, der aber nicht immer einen günstigen Erfolg erzielen lässt, u. zw. wegen Mangels einer genügenden Vorbereitung. Der grössere Theil der Studentinnen kämpft ausserdem mit schwerem Mangel an materiellen Mitteln, was ebenfalls schädlich auf den Verlauf der Studien einwirken muss. Seit 17 Jahren waren an der Genfer medizinischen Fakultät 50 Polinnen und 125 Frauen anderer Nationalität vorwiegend Jüdinnen aus Russland, eingeschrieben. Von diesen 50 Polinnen haben aber nur zwei an der Genfer Universität sich das Doktordiplom erworben, während zwei Andere sich nach Paris begaben, um daselbst ihre Studien zu vollenden. Von den 125 Frauen anderer Nationalitäten haben nur 10 den Doktorgrad erworben und von diesen 10 ist wieder eine gestorben, zwei heirateten und gaben die Praxis auf, drei erfreuen sich eines gewissen Rufes, während vier blos kärglich vegetiren. Ich glaube nicht, dass ein solches Perzent für die zukünftigen Candidatinnen der Medizin ein aufmunterndes ist; so und nicht anders gestalten sich aber die Verhältnisse.»

* Berlin. Die medizinische Fakultät der Universität Berlin hatte für die diesjährige Preisvertheilung folgende drei Aufgaben gestellt: Ueber die Stickstoffbilanz in den verschiedenen Stadien der Herzkrankheiten (königlicher Preis); Klinische Geschichte der Pachydermia laryngis (erster städtischer Preis); Ueber die erste Anlage des Primordialcraniums menschlicher Embryonen. Davon fanden die beiden letzteren Bearbeiter. Den Preis für die zweite Aufgabe gewannen stud. med. Ferdinand Schmidt aus Laurahütte und stud. med. Willy Sturmann aus Schwetz, den für die dritte stud. med. Martin Jacoby in Berlin. Für das Jahre 1894 sind seitens der medizinischen Fakultät folgende Aufgaben ausgeschrieben: 1) Für den königlichen Preis für 1893 soll die Preisfrage in der abgeänderten Form wiederholt werden: «Ueber die Stickstoffbilanz bei Kranken, die an Herzklappenfehlern leiden.» 2) Für den königlichen Preis für 1894 soll die Aufgabe gestellt werden: «Die Fakultät verlangt experimentelle Untersuchungen an Säugethieren über den Einfluss der bewegten Luft auf den Stoffverbrauch, die Wärmeproduktion und die Wärmeabgabe.» 3) Für den städtischen Preis: «Es soll durch sorgfältige mikroskopische Untersuchungen festgestellt werden, und zwar bei Menschen und bei Säugethieren, in welcher Weise die Regeneration der Uterusschleimhaut nach der Geburt geschieht, insbesondere wie dieUterusdrüsen wieder hergestellt werden.»

* Paris. Eine Frau Hétuin, Witwe Brullard, hat der Académié de médecine eine Summe von 20.000 Fres. hinterlassen, deren Zinsen alle 2 Jahre demjenigen zufallen sollen, welcher auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten die beste Arbeit geschrieben, oder die besten Heilungsresultate erreicht hat. Dieser Preis wird den Namen prix Charles Brullard tragen.

* Turin. Der kürzlich verstorbene Professor der Chirurgie Giac. Pacchiotti hat sein ganzes, eine Million betragendes Vermögen, der hiesigen Universität zur Förderung der medizinischen Wissenschaft in theoretischer und praktischer Beziehung testamentarisch vermacht.

* Frankreich. Ein Benediktiner Mönch, Dom Santon, hat von der Regierung den Auftrag erhalten, in Skandinavien, Finnland, Türkei, Kleinasien, Griechenland und Egypten, die Leprose zu studiren und die gewonnenen Resultate dem Professor Pasteur zum Zwecke therapeutischer Ausnützung zu übermitteln.

* Todesfall. In Paris starb Dr. Lallier, Dermatolog am Hôpital Saint Louis.

---

* Cholera-Nachrichten. In Galizien sind während der Woche vom 15.—22. August die meisten Cholerafälle wieder im Bezirke Nodworna, u. zw. in dem als Seuchenherd erklärten Gerichtsbezirke Delatyn, von dessen 21 Gemeinden 6 Cholerafälle hatten, aufgetreten und haben abermals Verschleppungen der Krankheit aus diesem Bezirke in Nachbarbezirke stattgefunden. Auch aus Ungarn wurden wieder neue Fälle eingeschleppt, so im westlichen Galizien in den Bezirken Limanowa. In der Mehrzahl der Gemeinden gelang es aber, die eingeschleppten Fälle zu isoliren und einer Verbreitung der Krankheit im Bezirke Einhalt zu thun. Im Bezirke Brzesko kam seit 17. August und in einer Reihe von Gemeinden in cholerainficirten Bezirken seit geraumer Zeit kein neuer Fall vor, so in der Gemeinde Iwanowce der letzte am 14., in Peczenizyn am 7., in Dora am 16., in Jablonica am 11., in Belzec am 5, in Tulukow am 17., in Krystynopol am 16. August. In der Bukowina sind zwei Cholerafälle in der Vorstadt Horecza der Landeshauptstadt Czernowitz aufgetreten und durch die bakteriologische Untersuchung konstatirt worden, der erste Fall (am 16. August) betraf einen in einer Mühle am Pruth beschäftigten Mann, welcher nach 30stündiger Krankheit starb, der zweite Fall (am 19. August) eine Frau aus einem Nachbarhause. Der Zuwachs an Kranken betrug sohin in den Bezirken Brzesko 3 (Gemeinde Jasien 1, Mokrzyska, 1, Szczepanow 1), Horodenka, Gemeinde Czerniatyn 3, Kolomea 14, (Gemeinde Iwanowce 2, Kolomea 6, Oskrzesince 1, Szeparowce 2, Werbiaz Wyzny 3), Limanowa Gemeinde Kasina wielka 2, Nadworna 56 (Gemeinde Delatyn 21, Dobrotow 15, Dora 2, Jamna 3, Mikulizyn 15), Sniatyn 3 (je 1 Erkrankungsfall in den Gemeinden Chlebyczyn polny, Demycze und Tuluków), Sokal in der Gemeinde Krystynopol 1. Bisher sind in Galizien in 22 Gemeinden an Cholera 130 Personen erkrankt und 83 gestorben.

In Ungarn macht die Cholera in einigen Comitaten stetige Fortschritte und sind, wie einem Berichte der «N. F. Presse» zu entnehmen ist, die Massregeln durchaus keine genügenden. Es wäre wünschenswerth, wenn über den Stand der Epidemie in Ungarn ganz authentische Berichte publizirt würden. Bisher wird Folgendes verlautbart: Sehr verdächtige Erkrankungsfälle in der Theissgegend, so vom 18. auf 19. August aus Tisza Bura 7, Tisza-Roff 5, Tisza-Szajol 4 und aus der Stadt Szolnok 8 Fälle, bei welchen die Diagnose Cholera bakteriologisch zwar noch nicht festgestellt, aber nach dem klinischen Befund keineswegs ausgeschlossen ist. Am 20. August wurden aus dem Szabolcser Comitate, u. zw. in Kiswarda 4, in Szaloka, Dombrod und Karasz je 1, aus Körösmező und Raho in Marmaroser Comitate 4, bezw. 2 Fälle angezeigt.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 8 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Neue Arzneimittel, Referate, Kleinere Mittheilungen und Arzneiverordnungen, Hygiene, Pharmakologie und Toxikologie.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Konkurs.

Im allgemeinen Krankenhause in Teschen gelangt mit dem 1. Oktober 1893 die Stelle eines zweiten Sekundararztes zur Besetzung. Dieselbe ist mit einem Gehalte von jährlich 400 fl. nebst freier Station (Verpflegung nach der I. Klasse) verbunden. Bewerber um diese Stelle, welche Doktoren der gesammten Heilkunde sein müssen, wollen ihre Gesuche bis längstens 6. September an die Krankenhaus-Direktion einsenden. Kenntniss einer slavischen Sprache (poln.) ist erwünscht.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in der Gemeinde Mieming (Tirol) mit 1400 und für die Nachbarsgemeinden Obsteig und Wildermieming mit 900 Einwohnern ist zu besetzen. Jährliches Wartegeld 400 fl. Die Höhe des Ganggeldes wird nach Uebereinkunft bestimmt. Der Dienst ist im Sinne der Instruktion für Gemeindeärzte (L.-G. und V.-Bl. Nr. 8 a. 1885) auszuüben. Die Wohnung des Gemeindearztes nach Wahl in Ober- oder Untermieming oder in Barwies. Gesuche sind bis Ende Oktober 1893 an die Gemeinde Mieming zu richten.

Herrschaftsarztesstelle in Zlonitz, Bezirk Schlan (Böhmen), mit der Verpflichtung, die bei der Centralleitung, der Zuckerfabrik, dem Bräuhause und der Ziegelei in Zlonitz, sowie jene bei der Waldkultur und Landwirthschaft in 8 Maierhöfen in Zlonitz und Budenitz angestellten Beamten, Diener und Arbeiter sammt ihren Familien unentgeltlich zu behandeln, und eine Fahrgelegenheit sich zu halten. Gehalt 1400 fl., freie Wohnung, Pferdestall und Garten. Nähere Bedingungen sind bei der Herrschaftsdirektion in Zlonitz zu ersehen, wohin auch bis 1. September d. J. die gehörig belegten Gesuche zu richten sind.

Gemeindearztesstelle in der Gemeinde Ossero, polit. Bezirk Lussin (Istrien), mit dem Jahreshonorar von 1000 fl. und der Berechtigung zur Haltung einer Hausapotheke, nach Belieben auch mit dem Sitze in der zur Gemeinde gehörigen Ortschaft Neresine, zu vergeben. Bewerber haben die bezüglichen, mit nachstehenden Dokumenten belegten Gesuche bis zum 31. August l. J. beim Gemeindeamte in Ossero oder bei der Bezirkshauptmannschaft in Lussin einzubringen: 1. den Geburtsschein, 2. den Nachweis der österreichischen Staatsbürgerschaft, 3. das Diplom des erlangten Doktorengrades in der Gesammtheilkunde, 4. das Zeugniss über den physischen Gesundheitszustand, 5. den Nachweis der Kenntniss der italienischen und einer südslavischen Sprache. Es wird ferners auf die Bestimmungen des küstenländischen Landesgesetzes vom 19. März 1874 besonders aufmerksam gemacht, wornach der Arzt nicht nur als Arzt für die Armen, sondern auch als Organ für den öffentlichen Sanitätsdienst in der betreffenden Gemeinde zu fungiren hat. Der bezügliche Kontrakt wird für die Dauer von 3 Jahren abgeschlossen und auf weitere 3 Jahre insolange als verlängert betrachtet, bis von einer oder der anderen Seite mindestens 3 Monate vor Ablauf eines Trienniums die Kündigung erfolgt.

Distriktsarztesstelle in Leskau (Böhmen), mit 15 Gemeinden, 4830 Einwohn. und einem Flächenraume von 95·4 Qu.-Kilom. Jahresgehalt 400 fl., Reisepauschale 190 fl. und freie Wohnung. Unentgeltliche Behandlung der Armen des Distriktes. Der Posten wird provisorisch auf die Dauer eines Jahres besetzt. Bewerber deutscher Nationalität haben ihre mit den im § 5 des Landesgesetzes vom 23. Februar 1888 vorgeschriebenen Belegen versehenen Gesuche bis 30. August 1893 beim Bezirksausschusse Weseritz einzubringen.

Distriktsarztesstelle in Zahradka (Böhmen), mit 13 Gemeinden, 4377 Einwohn. und einem Flächenausmasse von 54 Qu.-Kilom. Jahresgehalt 500 fl., Reisepauschale 20 fl. für je 10 Qu.-Kilom. und 50 fl. Wohnungsbeitrag, welcher jedoch wegfällt, wenn der Distriktsarzt vorziehen sollte, in Ledetsch statt im Marktflecken Zahradka zu wohnen. Die im Sinne des § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes vom 23. Februar 1888 instruirten Gesuche sind bis 31. August d. J. an den Bezirksausschuss Ledetsch zu richten.

Distriktsarztesstelle in Wernstadt (Böhmen), mit 9 Ortschaften und 5367 Einwohn. Jahresgehalt 400 fl., Reisepauschale 80 fl. Dienstesantritt 1. Oktober d. J. Die nach Vorschrift des § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes vom 23. Februar 1888 instruirten Gesuche sind bis 1. September d. J. an den Bezirksausschuss in Bensen einzureichen.

Distriktsarztesstelle in Gross-Latein (Mähren), mit 6 Gemeinden. Gehalt sammt Reisepauschale 181 fl. Gesuche sind bis 30. September d. J. an den Obmann der Sanitätsdelegation Josef Mendlik oder an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Olmütz einzusenden.

Distriktsarztesstelle in Hutisko bei Rožnau (Mähren). Bewerber, welche beider Landessprachen mächtig sind, haben ihre Gesuche um diese mit den systemisirten Bezügen von 1000 fl. jährlich verbundene Stelle bis längstens den 4. September d. J. an den Obmann der Sanitätsdelegation Josef Kolacek in Hutisko einzusenden.

Pränumerations-Einladung.

Mit I. Juli 1893 begann ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9. Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom I. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende Juni erlosch, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"

Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Einbanddecken.



Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9.

VII. Jahrgang. **Wien, 3. September 1893.** **Nr. 36.**

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Zur Therapie der Dysenterie.

Von

Dr. S. Schwarz, Konstantinopel.

Für wenige Krankheiten sind so viele auf wissenschaftlicher Basis beruhende Medikationen vorgeschlagen und angewendet worden, wie für die Dysenterie, allein zu einer sicheren Therapie ist man bisher nicht gelangt. W. Janowski (Warschau), der in neuester Zeit in der Chronica Lekarska alle Behandlungsmethoden dieser Krankheit ausführlich bespricht, kommt zu dem Schlusse, dass es gegen schwere Fälle keine Mittel gebe, während leichtere Fälle durch jedwede Behandlung zu heilen seien. Auch ich war lange Zeit hindurch derselben Ansicht, habe diese aber in den letzten fünf Jahren allmählig aufgegeben, und darf es heute aussprechen, dass jeder noch so schwere und veraltete Fall in kurzer Zeit geheilt werden kann.

Im Laufe meiner 22jährigen hiesigen Praxis habe ich eine Unzahl Dysenterie-Kranke zu behandeln Gelegenheit gehabt, weil erstens die Krankheit hier viel häufiger vorkommt als in Europa, und zweitens fast täglich von Egypten, dem rothen Meere, Indien u. s. w. schwere und veraltete Fälle eingeschleppt werden. Ich wandte die verschiedensten Mittel an und hatte den relativ besten Erfolg noch mit Secale cornutum, welches ich aber bei Frauen nicht immer anwenden konnte. Selbstredend richtete ich mein Augenmerk hauptsächlich auf die Diät und kam oft in Verlegenheit bei Personen, welche gegen Milch und andere flüssige Nahrung eine förmliche Idiosynkrasie haben, sowie bei Individuen, die so herabgekommen waren, dass sie bei strengerer Diät an Erschöpfung zu Grunde gegangen wären.

Andererseits war es mir aufgefallen, dass die sogenannten Wunderdoktoren, deren es hier eine Unzahl gibt, diese Krankheit oft mit erstaunlich gutem Erfolg behandeln. Bekanntlich konsultirt die Mehrzahl der orientalischen Bevölkerung bei einer ganzen Reihe von Krankheiten nicht den wissenschaftlich gebildeten Arzt, sondern den Hodscha (Priester), weise Frauen, oder den empirischen Arzt, der die Heilkunst vom Vater und Grossvater ererbt hat.

Die Thätigkeit dieser Leute ist in vielen Fällen weder nützlich noch schädlich, immerhin besitzen sie gewisse Vegetabilien, durch die einige Krankheiten geheilt werden.

Ich habe mich viele Jahre hindurch bemüht, die Mittel ausfindig zu machen, welche sie gegen die Dysenterie anwenden, doch gelangte ich nur äusserst schwer und langsam zu meinem Ziel, da sie die Kenntniss ihrer Medikamente streng geheim halten. Auch wird diese Krankheit, je nach der Gegend, durch verschiedene Mittel kurirt.

Nach und nach brachte ich es aber heraus, dass man sich hauptsächlich der Rosen, der Granatwurzelrinde und der Myrobalanen bedient. Letztere sind die Früchte eines in Indien einheimischen Baumes, Teminalia Chebula Willd. Jahre hindurch versuchte ich die verschiedenen Volksmittel, sowohl einzeln als auch gemischt und vereinigte schliesslich theils deren Pulver, theils deren chemisch reine Extrakte und Alkaloide zu Pillen von folgender Zusammensetzung: Myrobalanen, Pelletierin, Extr. graminis, Extr. granat. und gummi arab.

Seit 3 Jahre wende ich das Mittel bei allen meinen an Dysenterie oder chronischer Diarrhoe leidenden Kranken an, und ich kann mit Freude berichten, dass ich überraschend schöne Erfolge erziele — unter Hunderten von Fällen hatte ich nicht einen einzigen, der nicht geheilt worden wäre. Ich überliess die Pillen vielen hiesigen und auswärtigen Kollegen in Egypten, Yemen, Indien u. s. w. und alle sprechen sich durchaus günstig über ihre Wirkung aus.

Das Ueble war indess, dass ich die Pillen entweder selbst bereiten oder unter meiner unmittelbaren Aufsicht anfertigen lassen musste, weil die Myrobalanen erstens sorgfältig ausgesucht werden müssen und zweitens der in ihnen enthaltene purgirende Stoff in sehr vorsichtiger und komplizirter Weise ausgeschieden werden muss.

Vor einem Jahr nun hat es Herr Clemens Lageman, Fabrikant chemisch-pharmazeutischer Produkte in Erfurt, unter-

nommen, die Pillen unter dem Namen «Antidysentericum» in grösseren Mengen herzustellen. Ich machte absichtlich bisher keine Mittheilung von meinen Versuchen, weil ich mich zuvor überzeugen wollte, ob das Produkt des Herrn LAGEMAN dem meinigen völlig gleichkommt. Nachdem ich im Laufe dieses Jahres zur Genüge konstatiren konnte, dass dies der Fall ist, und die Herstellung mit der grössten Gewissenhaftigkeit bewirkt wird, übergebe ich meine Erfahrungen gern der Oeffentlichkeit, weil ich glaube, damit den Herren Kollegen und den Leidenden einen Dienst zu erweisen. Die Auswahl des Rohmaterials und die Erzeugung überwache ich mit Aufmerksamkeit, denn unter den verschiedenen Gattungen Myrobalanen gibt es nur eine, welche verwendet werden darf, und von dieser auch nur die halbreifen Früchte, die im getrockneten Zustande, wie sie eben im Handel vorkommen, schwer von den reifen zu unterscheiden sind. Ich übe diese Vorsicht, weil eine falsche Wahl der Früchte oder eine mangelhafte Extrahirung des purgirenden Stoffes leicht grossen Schaden anrichten kann.

Die Behandlungsmethode ist folgende:

Der Patient erhält 3 Mal täglich je 3 Pillen. Für Personen, welche keine Pillen schlucken können, lasse ich 36 Pillen in 12 Pulver verreiben und lasse täglich 3 Pulver reichen. Auch bei Kindern wende ich die Pulverform an und gebe ihnen, je nach dem Alter, $^1/_4$—$^3/_4$ der für Erwachsene bestimmten Dosis.

Als Diät: gekochtes, oder auf gelindem Feuer gebratenes Fleisch. Vorzuziehen ist gut gehacktes, mageres und auf dem Rost gebratenes Fleisch. Ferner entfettete Fleischbrühe mit weichgesottenem Reis, Sago oder Grütze, oder Bouillon mit Eidotter. Als Getränk gekochtes und dann abgekühltes Wasser, etwas Rothwein mit oder ohne Wasser, leichten Thee oder leichten schwarzen Kaffee. Der Genuss von Milch muss während der Behandlungsdauer und einige Tage nachher strengstens gemieden werden. Der Verlauf der Genesung ist folgender: Schon am zweiten Tage der Behandlung lassen die heftigen Leibschmerzen nach, und die Entleerungen werden seltener. Am dritten Tage hört der Tenesmus gänzlich auf, und in den Stühlen finden sich kaum noch Spuren von Eiter und Blut, auch werden diese härter und geballt. Am vierten Tage erfolgen gewöhnlich noch 2, seltener 3, normale Entleerungen und der Patient fühlt sich in der Regel wohl.

Die oben beschriebene Diät lasse ich weitere 6—8 Tage fortsetzen und verordne der Vorsicht halber noch eine zweite Dosis der Pillen, von denen ich aber nur 4—6 Stück täglich nehmen lasse.

Ich erstreckte meine Versuche auch auf die Diarrhoe der Tuberkulosen und konnte bei diesen eine bedeutende Besserung, aber keine Heilung erzielen.

Schwangere vertragen diese Behandlung ohne den geringsten Nachtheil für ihren Zustand.

Wohlthuend wirkt das Mittel auch als Prophylacticum gegen die im Hochsommer vorkommenden Diarrhoen. Zu diesem Zweck werden täglich, Früh und Abends je 2 Pillen genommen.

Während der Genuss von Kuh- und Schafmilch die Wirkung des Antidysentericums neutralisirt, scheint die Muttermilch sie nicht zu beeinflussen, denn es ist mir noch immer gelungen, die hartnäckigsten Diarrhoen der Säuglinge mit dem aus den Pillen bereiteten Pulver in kurzer Zeit zu stillen. 6—8 wöchentlichen Kindern reiche ich täglich 3—4 Pillen mit dem besten Erfolge.

Welche Vortheile eine rein vegetabilische Medikation und gleichzeitig eine kräftigende Diät bei der Behandlung der Dysenterie bieten, werden die Herren Kollegen wohl zu würdigen wissen.

Zum Schlusse mache ich noch darauf aufmerksam, dass es bei ganz frischen Fällen von Dysenterie nicht angezeigt ist, sofort die spezifische Behandlung einzuleiten, sondern man lasse vorher dem Patienten 3—4 Tage hindurch Morgens 30—40 *gr* Ol. ricini reichen und dann beginne man die Behandlung mit dem Antidysentericum.

*Aus der Therapeutischen Klinik des Prof. Dr. M. **Semmola** in Neapel.*

Aetiologie, Pathogenese und Behandlung der Pneumonie.

Von

Prof. Dr. Nicola Ferrara in Neapel.*)

(Fortsetzung.)

Die biologische Analyse des Harns vermag heute die Pathogenese der Infektionskrankheiten um vieles zu erleuchten, und ich glaube, dass dieselbe nur eine Vorläuferin der chemischen Analyse sei, welcher die Zukunft der Medizin sicher vorbehalten ist.

Im Nachfolgenden theile ich zwei klinische Fälle von genuiner Pneumonie mit, um zu zeigen, dass die verschiedenen klinischen Formen in Beziehung stehen zu verschiedenen Toxinen, deren Gegenwart durch die biologische Analyse des Harns der betreffenden Kranken deutlich nachgewiesen worden ist. Der erstere dieser beiden Fälle beweist uns überdies auf das Deutlichste, dass der nämliche Diplococcus sowohl die lobäre als auch die lobuläre Pneumonie veranlassen kann, indem im Verlaufe der lobären Pneumonie in der anderen Lunge nacheinander zwei Herde von lobulärer Pneumonie sich gebildet haben.

I. Fall. Placido S. Graf de'S . . . aus Neapel, 24 Jahre alt, von kräftiger Konstitution, erkrankte im Jahre 1890 an Influenza mit heftigem Kopfschmerzen, hartnäckigem Husten und diffusem Bronchialkatarrh. Am 4. Krankheitstage waren, mit Ausnahme des Hustens, alle Symptome verschwunden. Am Abend desselben Tages wurde Patient von einem starken Schüttelfrost und Seitenstechen rechts befallen. Die physikalischen Zeichen wiesen auf die Entwicklung einer rechtsseitigen lobären Pneumonie hin. Ich verblieb die ganze Nacht hindurch beim Kranken, und da hatte ich Gelegenheit, zwei bemerkenswerthe Phänomene wahrzunehmen. Von Zeit zu Zeit bekam der Kranke wahrhaftige Tetanusanfälle mit Trismus, tonischen Kontraktionen der Streckmuskeln, Opisthotonus, ausserordentlichen Athembeschwerden, so dass Patient gegen Ende der Anfälle ganz livid und asphyktisch wurde. Am Tage darauf wurde das charakteristische rostfarbene Sputum mikroskopisch untersucht und die biologische Analyse des während der Nacht gesammelten Urins durchgeführt. Im Sputum fand man den FRÄNKEL'schen Diplococcus in grosser Menge, und die biologische Harnanalyse ergab Folgendes: eine geringe Quantität Harn (10—15 *kcm*) in die Vene eines Kaninchens injicirt rief nach wenigen Minuten in allen Streckmuskeln tonische Kontraktionen hervor: das Krankheitsbild sah wie eine Strychninintoxikation aus. In der Dosis von 30 bis 40 *kcm* auf andere Kaninchen injicirt veranlasste der Harn regelmässig schon nach kürzester Zeit beträchtliche dyspnoische Anfälle, so dass die Versuchsthiere einer schweren Asphyxie anheimfielen.

Am 6. Krankheitstage, als rechts die Pneumonie zurückzugehen begann, stellte sich ein neuer Schüttelfrostanfall und Seitenstechen links ein. Es entwickelte sich daselbst eine lobuläre Pneumonie an der Lungenbasis. Am 15. Tage trat unter denselben Zeichen ein neuer Herd an der Spitze der linken Lunge auf. Am 25. Tage endlich, da man auf den Eintritt einer vollständigen Resolution hoffte, bildete sich links eine exsudative Pleuritis mit raschem Flüssigkeitserguss, der binnen zwei Tagen die Pleurahöhle vollständig füllte. Die Resorption dieses Exsudates ging jedoch ebenso rasch vor sich.

Ich kann mich hier in eine Beschreibung der erwähnten beiden Pneumonien und der Pleuritis nicht einlassen, ich will nur hervorheben, dass die tetanischen Anfälle, die zur Zeit des ersten Auftretens der lobären Pneumonie und am Tage darauf häufig sich zeigten, später seltener wurden, um am 4. Krankheitstage ganz aufzuhören. In dem Masse aber als die Tetanusanfälle abnahmen, zeigten sich die dyspnoischen Anfälle

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 31, 33, 1893.

häufiger und mit grösserer Intensität. Im Auswurfe dieses Kranken fand man den Diplococcus stets vor, und bei der täglich wiederholten biologischen Analyse an Kaninchen und Meerschweinchen beobachtete man jedes Mal den klinischen Formen der Krankheit entsprechende symptomatologische Bilder, nämlich tetanische Erscheinungen in den ersten Tagen und dyspnoische in den darauffolgenden. Das toxische Vermögen des Harns war sogar am 6. Krankheitstage, an welchem der Zustand des Kranken besonders schwer war, ein so bedeutendes, dass schon wenige Kubikcentimeter genügten, um ein Kaninchen in fast fudroyanter Weise zu tödten.

Während in diesem Falle, bei welchem die allgemeine Infektion augenscheinlich war, zuerst tetanische Anfälle nicht reflektorischen, sondern centralen Ursprungs, und wie ich glaube durch vorwiegende Wirkung auf den Bulbus, und dann dyspnoische Anfälle zweifelsohne in Folge einer Einwirkung auf das Athmungscentrum auftraten, wurde ein Einfluss auf die Herzinnervation und auf das Myocardium gar nicht beobachtet. Selbst in den schwersten Momenten der Krankheit wies das Herz niemals einen depressiven Zustand auf, und auch der Puls (zeigte wohl eine gesteigerte Frequenz) war aber nicht schwach, intermittent oder gar arythmisch. Gewiss haben sich in diesem Falle spezielle Toxine gebildet, so zwar, dass jene besonderen klinischen Formen entstanden. Wahrscheinlich hat der FRÄNKEL'sche Diplococcus auf einem Kulturboden, der bereits durch den Influenzakeim modificirt worden sein muss, auch seine toxischen Produkte derart modificirt, dass jenes klinische Bild hervorgerufen wurde, welches ich oben angedeutet habe und welches wohl verschieden ist von demjenigen, dem wir bei gewöhnlichen Fällen von genuiner Pneumonie begegnen.

II Fall. Bei demselben handelte es sich ebenfalls um eine lobäre Pneumonie, wobei zahlreiche FRÄNKEL'sche Diplokokken im Expectorate gefunden wurden; aber das klinische Bild war ein ganz anderes: es war die asthenische, adynamische Form die mit dem Tode endete.

Camillo J, aus Neapel, 23 Jahre alt, von gesunder Konstitution, jedoch in Folge einer vorausgegangenen syphilitischen Infektion physisch geschwächt, begann im Dezember vorigen Jahres an rheumatischen Myalgien und Neuralgien mit geringem Fieber zu leiden. Er schenkte diesen Erscheinungen weiter keine Beachtung und schonte sich nicht. Am 22. desselben Monates wurde er von heftigem Schüttelfroste und Cephalalgie befallen und verspürte kurz nachher ein Stechen in der linken Brusthälfte. Nach kurzer Zeit stieg die Fiebertemperatur auf 40°, die Dyspnoe wurde intensiv; das Sputum zeigte sich blutig tingirt. Bei der Aufnahme des Patienten am 23. Dezember in die therapeutische Klinik des Prof. SEMMOLA wurde durch die physikalische Krankenuntersuchung das Vorhandensein einer lobären Pneumonie bestätigt. Die rechte Thoraxhälfte war gesund. Wie bereits früher erwähnt, fand man in dem flüssigen, blutigem Expektorate eine grosse Menge von FRÄNKEL'schen Diplokokken.

Die Haupterscheinung in diesem Falle war die Asthenie oder die Herzadynamie. Der Husten, der am ersten und zweiten Krankheitstage unbedeutend und von einem spärlichen, seltenen Auswurfe begleitet war, wurde am dritten Tage noch seltener; dafür beobachtete man 35 bis 40 Athembewegungen in der Minute, und erreichte der schwache und intermittirende Puls die Zahl von 150 bis 160. Mittelst Sauerstoffinhalationen, Coffeininjektionen und Verabreichung von Excitantien wurde die Herzthätigkeit gehoben, der adynamische Zustand stellte sich jedoch gleich wieder und in noch stärkerem Masse ein Trotz der enormen Herzschwäche, die den Tod herbeiführte, war der Patient stets bei Bewusstsein.

Dieser Kranke starb nicht in Folge der Asphyxie, wie dies bei Pneumonikern vorzukommen pflegt, sondern er erlag einer Herzlähmung. Das Hinderniss im kleinen Kreislauf war nicht derart, dass eine Intoxikation durch Anhäufung von Kohlensäure veranlasst wurde. Bis kurz vor dem Tode war die Hautoberfläche beständig von reichlichen heissen Schweissen bedeckt. Bei diesem Kranken traf wirklich der Fall zu, dass die Krankheit in der Lunge, die Gefahr jedoch am Herzen war.

Es scheint unzweifelhaft, dass sich im Blute des Kranken ein Gift gebildet hat, dass seine Wirkung auf's Herz auszuüben begann, indem es die Systole abschwächte und endlich die Lähmung bedingte. Ohne diese deletäre Wirkung auf das Herz, würde die spezifische Entzündung des linken oberen Lungenlappens ohne welche Folgen vorübergegangen sein. Ich glaube, dass das Gift direkt auf das Myocardium eingewirkt hat, sowie dass es durch Kontaktwirkung eine periphere Lähmung der Lungenverästelungen des Vagus veranlasst hat, wodurch das plötzliche Aufhören des Hustens und der Expektoration erklärlich erscheint. Jedenfalls geht aus dem ganzen Krankheitsverlaufe hervor, dass das Gift oder das Toxin, das in diesem Falle durch die Lebensthätigkeit der FRÄNKEL'schen Diplokokken auf einem bereits ungesunden und durch das syphilitische Virus total veränderten Kulturboden gebildet wurde, stark lähmender und hauptsächlich cardioplegischer Natur sein musste.

Die mit dem Harn dieses Kranken vorgenommene biologische Analyse am 2., 3. und 4. Krankheitstage ergab regelmässig als Resultat den Tod der Versuchsthiere (Kaninchen, Meerschweinchen), dem allgemeiner Tremor, Myosis, Athembeklemmung, insbesondere äusserste Schwäche, Intermittenz und Arhythmie des Pulses vorausgingen. Bei Kaninchen von $2^1/_2$ Kilo Gewicht, genügten 50 *kcm* Urin, der in eine Vene eingespritzt wurde, um den Tod nach 15 bis 20 Minuten durch Herzlähmung mit vollständigem Verlust der Erregbarkeit des Myocardium gleich nach erfolgten Ableben herbeizuführen.

* * *

An dem Tage, da die Chemie im Stande sein wird, die verschiedenen Toxine, die sich bei den verschiedenen Infektionen bilden, genau zu isoliren, und eine exakte biologische Analyse die Symptomatologie der durch dieselben hervorgerufenen Vergiftungen besser beleuchten wird können, werden wir auch in der Lage sein, eine wissenschaftliche Erklärung von der Entwicklung der Infektionskrankheiten zu geben.

Hervorragende Männer arbeiten schon nach dieser Richtung hin, indem sie die Toxine zu isoliren suchen und deren Wirkung erforschen. ROGER hat z. B. nachgewiesen, dass die Züchtungsprodukte eines besonderen Bakterium, welches in der Leiche eines an Septikämie verstorbenen Menschen, die im Anschluss an Cholera aultrat, gefunden wurde, eine bemerkenswerthe Wirkung auf das Herz haben, so zwar, dass bei einem mit mittleren Dosen vergifteten Thiere, das Herz selbst auf die stärksten Erregungen des Pneumogastricus nicht mehr reagirt, ebenso wie die stärkste Reizung des vergifteten Myocardiums die Kurven nicht zu modificiren vermag.

In einer späteren Mittheilung an die «Academie de Médecine» zu Paris berichtete ROGER über die Wirkung der Stoffwechselprodukte des Bacillus septicus putridus auf das Herz im Vergleich zu derjenigen der Produkte des Bacillus Proteus. Die Kulturprodukte dieses Bacillus veranlassen eine Verlangsamung der Herzthätigkeit des Froschherzens; während aber erster Bacillus die Herzaktion plötzlich verlangsamt, thut dies der letztere nachdem er ausgesprochene Lähmungserscheinungen hervorgerufen. Die Produkte des Bacillus septicus setzen die Erregbarkeit des Herzens ganz bestimmt herab, während dieselbe durch den Proteus nicht im geringsten beeinflusst wird.

Die Toxine des Diphtheriebacillus verlangsamen die Herzthätigkeit, veranlassen aber auch eine Verminderung der Energie der einzelnen Herzschläge.

Nach dem Gesagten erklärt es sich, warum die Pneumonie, die als veranlassende Ursache den FRÄNKEL'schen Diplococcus stets erkennen lässt, bald harmlos ohne irgend welche schwere Allgemeinerscheinungen verläuft, bald die schwere Form einer allgemeinen Intoxikation mit adynamischem Charakter, bald eine stark dyspnoische Form, bald die tetanische und noch andere Formen annimmt

Je nach den verschiedenen Individuen, je nach dem Widerstande ihrer Organe, je nachdem sie einen jungfräulichen

Kulturboden oder einen bereits durch andere pathogene Mikroben veränderten Boden darstellen, kann dasselbe pathogene Agens, wenn es sich einmal festgesetzt hat, durch seine Lebensthätigkeit zu verschiedenen Produkten, den Toxinen, Anlass geben, die, als wahre Gifte, indem sie chemisch wirken, die intraorganische Sphäre und die Funktionen der verschiedenen Organe und Organapparate derart verändern, dass stets verschiedene und insbesondere Intoxikationen im Zusammenhange mit ihrem chemischen Wesen veranlasst werden

Ich glaube schliesslich, dass eine ätiologische Einheitlichkeit der akuten Lungenaffektionen bestehe, da diese durch dasselbe pathogene Agens hervorgerufen werden, welches jedoch auf gänzlich verschiedenen Kulturböden zur Bildung von verschiedenen Toxinen Anlass gibt, woraus eben die anatomischen Unterschiede in der Lunge und die allgemeinen klinischen Differenzen sich erklären.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Association Française pour L'Avancement des Sciences.

Abgehalten zu Besançon, eröffnet am 3. August 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Der Kongress der Association française wurde am 3. August, um 1/2 3 Uhr, im Theater von Besançon, unter dem Vorsitze von Prof. BOUCHARD, eröffnet. Die Versammlung war eine sehr beträchtliche und namentlich stellten die Aerzte ein grosses Kontingent. Prof. BOUCHARD sprach in einem äusserst beifällig aufgenommenen Eröffnungsvortrage über die Bedeutung der hygienischen und medizinischen Wissenschaften in unserer Epoche.

Aus den wissenschaftlichen, für die Aerzte im Allgemeinen wichtigen Mittheilungen, heben wir die folgenden hervor:

Ueber die chirurgische Behandlung der kongenitalen Hydrocephalie.

Dr. Vautrin aus Nancy: KEEN hatte auf dem internationalen Kongresse in Berlin, im Jahre 1890, den Standpunkt vertreten, dass die Trepan-Punktion, wenn man auf dieselbe die Drainage folgen lässt, in der Behandlung der akuten Hydrocephalie Chancen auf Erfolg hat, wofern man den Verlust der Flüssigkeit im Momente der Operation und in den darauffolgenden Tagen sorgfältig überwacht. Wenn die Entleerung eine abundante ist, so hat man Anfälle von Konvulsionen und sogar Coma zu befürchten. Wenn man hingegen die Flüssigkeit Tropfen für Tropfen heraussickern lässt, so ist der Patient gar keinen üblen Zufällen ausgesetzt, und die Schädelkapsel verengt sich bei einer zweckmässigen Kompression.

So war das Verfahren beschaffen, das ich in einem Falle einschlug, in dem mir ein zwei Monate altes Kind ins Spital in Nancy mit einem voluminösen Hydrocephalus gebracht wurde. Ich machte eine Incision mit dem Bistouri, und zwar quer durch die obere Seite des Os parietale sinistrum, drei *cm* nach vorn vor der Linea biauricularis. Ich zog diese Region einer mehr nach rückwärts gelegenen Region vor, um nicht auf einem abhängigem Terrain zu operiren, da in einem solchen Falle ein Abfliessen der Flüssigkeit erleichtert ist. Ich machte eine permanente Drainage mittelst eines Bündels von «crins de Florence» und ich hatte es nicht nöthig, die Gehirnrinde zu überschreiten, da ich es mit einem Hydrocephalus externus oder einem meningealen Hydrocephalus zu thun hatte.

Das Kind konnte in den darauffolgenden Tagen Nahrung zu sich nehmen, und während ungefähr dreissig Tagen überwachte ich den Abfluss der Flüssigkeit; die Mutter wollte hierauf das Kind zu sich nehmen. Einige Tage später bekam das Kind Cholerine, und die Mutter wollte selbst den Verband anlegen und nahm aus Versehen das Drainrohr weg. Die Gehirnflüssigkeit floss in sehr grosser Menge, ab und das Kind verschied im Coma.

Diese Beobachtung ist von einem doppelten Gesichtspunkte interessant: Sie bezieht sich auf einen Fall von meningealer Hydrocephalie, die selten ist; zweitens zeigt sie, von welcher Bedeutung die Trepan-Punktion kombinirt mit darauffolgender capillärer Drainage in der Behandlung der Hydrocephalie sei. Die Drainage ist nur wenig angewandt worden, es ist daher schwer, deren Werth zu bestimmen. Keiner zweifelt daran, dass neue Versuche bald die Wirksamkeit derselben darthun werden, und wenn auch nicht in allen Fällen von Hydrocephalus der Gehirnventrikel, so doch in einer grossen Zahl der Fälle, in denen das Gehirn keine dauernde Kompression erlitten hat, und vor Allem bei der meningealen Hydrocephalie.

Ich schliesse mich also, in Form einer Konklusion, der Ansicht an, welche die kongenitale Hydrocephalie in das Gebiet der Chirurgie verweist, wenn auch unter einem gewissen Vorbehalte. Ich halte diese Punktionen mit permanenter Drainage für ein Verfahren, welches der intermittirenden Punktion und dem neuen Verfahren von QUINCKE, der den Canalis vertebralis in der Lendengegend punktirt, vorzuziehen sei.

* * *

Ueber die Natur und Pathogenese der Skropheln.

Dr. A. Bloch: Redner gelangt zu folgenden Konklusionen über diesen Gegenstand: Die Skrophulose ist weder eine Affektion des Lymphgefässsystems, noch stellt sie eine Veränderung des Blutes oder der Ernährung dar; denn es handelt sich in diesem Falle nur um die Symptome der Diathese. Dieselbe kommt auf Rechnung einer Störung im Gleichgewichte des Organismus, auf eine perverse Entwicklung einer oder mehrerer Organe während des intra-uterinen Lebens.

Die Skrophulose stellt somit eine partielle oder totale Degeneration des Organismus dar, bedingt durch eine krankhafte Abweichung vom normalen Typus, die zu bestimmten Affektionen prädisponirt, seien es tuberkulöse oder nicht.

Sie wird im Allgemeinen durch eine ungleichartige Heredität bedingt, durch Neuropathie, Tuberkulose und Alkoholismus von Seite der Eltern. Sie kann ebenso auf Rechnung von Syphilis der Eltern kommen.

* * *

Ueber die Zufälle, die durch Missbrauch der Sport-Uebungen während des Wachsthums hervorgerufen werden.

Dr. Le Gendre: Die körperlichen Uebungen sind offenbar für die Kinder unerlässlich, aber man darf die Kinder nicht überanstrengen.

Ich erkläre, dass ich nicht von der Nützlichkeit überzeugt sei, den Kindern einen Enthusiasmus im körperlichen Kampfe anzuerziehen. Das Kind macht verzweifelte Anstrengungen, um nicht im Kampfe oder im Wettrennen besiegt zu werden, und ich sehe eine physische Ueberanstrengung heranbrechen, die ebenso wahr ist, wie die intellectuelle Ueberanstrengung, von der man schon so viel gesprochen hat.

Als Folge der übertriebenen physischen Anstrengungen beobachtete ich: Typhlitiden in Folge eines Missbrauches mit dem Bicycle, so wie Herzpalpitationen, die durch die körperlichen Uebungen immer von Neuem angeregt werden; die erstgenannten Zustände werden durch einen Excess in der Ermüdung bedingt. Wenn man aber darauf nicht achtet, so werden sie immer häufiger und kommen bei der geringsten Ermüdung zum Vorschein. Sie werden namentlich vom vierzehnten bis zum sechzehnten Lebensjahre beobachtet, und erreichen ihr Maximum in der Intensität besonders bei den Dyspeptischen und Neuropathischen, dann bei den Leuten, welche an einer Veränderung in den Herzorificien leiden, wie z. B. die Stenose des Orificium sinistrum.

Die typische Veränderung, welche durch die Ueberanstrengung bedingt wird, ist eine akute Dilatation der rechtsgelegenen Herzhöhlen, die eine vorübergehende Asystolie bewirkt.

In einem Falle beobachtete ich bei einem Kranken mit Varices eine Schwellung der unteren Extremitäten mit Oedem.

Das Nasenbluten ist bei Ueberangestrengten ein viel heftigeres. Bei einem Individium, das an Pleuritis litt, beobachtete ich Meläna

in Folge von Ruptur der Darmkapillaren und ein subkutanes Hämatom in der Gegend der Fossa iliaca sinistra.

Endlich kann der Missbrauch im Trinken nach angestrengten Wettrennen Dyspepsien verursachen.

Als nervöse Störungen sind Cephaleen und Insomnie zu erwähnen.

Endlich eine allgemeine Tendenz zur Kyphose in der Regio cervicodorsalis in Folge der gebückten Haltung nach vorn, wie sie häufig die Bicyclisten annehmen.

Man muss körperliche Uebungen machen, aber ohne Missbrauch, und wenn es sich um Kinder mit einem zarten Organismus handelt, so muss man den Arzt veranlassen, sich über die Natur und die Dauer der Uebungen, denen das Kind unterzogen werden kann, auszusprechen.

Pr. BOUCHARD: Man muss die jetzt bestehende Tendenz zur physischen Ueberanstrengung zu bekämpfen suchen.

Die physische Ueberanstrengung ist für die Kinder noch schlimmer, als für die Thiere, und dennoch wissen die Viehzüchter, dass man dieselbe vermeiden muss. So gut die körperlichen Uebungen sind, so schlecht sind der Sport und die Kampfpreise. Man sollte dieselben aus der Erziehung verbannen.

Ich mache den Vorschlag, diesen Gegenstand auf die Tagesordnung für die nächstjährige Versammlung zu setzen.

Dieser Vorschlag wird einstimmig angenommen. *Ch.*

Akademie der Wissenschaften zu Paris.*)

DDr. Gley und ***Charrin:*** *Ueber die Verschiedenheit der Mikrobientoxine.*

Durch Versuche von BOUCHARD sind die vasomotorischen Eigenschaften der pyocyanischen Toxine festgestellt worden; später wurden von den Verfassern die Resultate veröffentlicht, die den Einfluss derselben auf die cerebrospinalen Centren, das Herz, die Sekretionsorgane etc. betreffen. Neuerdings wurden die Untersuchungen auf Thiere ausgedehnt, denen der Vagus und das Rückenmark durchschnitten wurde. Nach Injektion der pyocyanischen Toxine, besonders Aufschwemmungen todter Bakterien, sah man regelmässig Herzerscheinungen, wie Verlangsamung, Unregelmässigkeiten, längere Diastolen und Dilatationen eintreten. Dagegen hörten die Gefässveränderungen auf. Man muss daher annehmen, dass die Toxine multiple Wirkung haben. Einerseits wirken sie auf das Myokard selbst ein, ohne der Vermittelung der Centren zu bedürfen und man erhält eine ausgesprochene Herzwirkung, andererseits beeinflussen sie das Cerebrospinalsystem, insbesonders die vasomotorischen Centren. Nur so lässt sich die Reihe der neurocirkulatorischen Störungen, central und peripher, verstehen.

* * *

Prof. Hayem: *Ueber die pathologische Anatomie der chronischen Gastritis.*

Die Modifikationen der Drüsenelemente der Magenschleimhaut führen zu den wichtigsten Formen der chronischen Gastritis. Nach den verschiedenen Drüsen kann man drei Typen unterscheiden: die peptische Affektion, die der Schleimdrüsen und die atypische Veränderung. Die erstere, Gastritis parenchymatosa hyperpeptica, besteht in einer Reizung der Labzellen und führt zur Hypertrophie und Hyperplasie derselben.

Bei der Gastritis parenchymatosa der Schleimdrüsen gehen die Labdrüsen zu Grunde und werden durch neue von den Schleimdrüsen ausgehende Drüsen ersetzt. Diese Form der Gastritis wird häufig von adenomatösen und polypösen Wucherungsvorgängen begleitet. — Die dritte Form der glandulären Gastritis besteht in einer ausserordentlichen Vermehrung der Epithelien des Pylorus wie in einer gleichzeitigen Atrophie der Labzellen. Die Bezeichnung atypische Gastritis erklärt sich aus dem embryonalen Charakter der vermehrten Zellen.

Die chronische Gastritis besteht meistens aus verschiedenen Läsionen der drüsigen Elemente und der interstitiellen Gewebstheile. Die Infiltration des Bindegewebes mit Leukocyten ist sehr häufig und komplizirt die parenchymatösen Prozesse. Aber auch die fixen Bindegewebszellen sind häufig der Sitz einer sehr aktiven Proliferation; ausserdem beobachtet man häufig in demselben degenerirte Zellen, die aus den Schlauchdrüsen herrühren, blutige Infiltrationen und Blutpigment, das frei sein kann oder auch in den Zellen eingeschlossen. In einer grossen Anzahl dieser Fälle gesellt sich hierzu eine amyloide Degeneration der Blutgefässe der Schleimhaut. Die Läsionen des Drüsenapparates stimmen mit den während des Lebens beobachteten Symptomen überein.

* * *

Dr. A. d'Arsonval: *Ueber die Fortdauer der Erregbarkeit von Nerven und Muskeln nach dem Tode.*

Dieselbe ist nach ihm grösser, als man es gewöhnlich glaubt. Das Myographion ist nicht empfindlich genug, um das anzuzeigen. R. bedient sich des Mikrophons, um nachzuweisen, dass kleine dem Auge entgehende, für das Ohr aber wahrnehmbare Kontraktionen im Muskel, direkt gereizt oder vom Nerven aus noch mehrere Stunden nach dem Tode selbst nach Eintritt des Rigor mortis vorhanden sind.

Prof. BROWN-SÉQUARD bestätigt diese Thatsache und betont ihre Wichtigkeit für die Physiologie.

* * *

Prof. Henry Morau: *Versuche über die Epithelialkrebse.*

Prof. Henry MORAU theilt seine Versuche über die Epithelialkrebse mit, aus denen er schliesst: 1. die Epitheliomata der weissen Mäuse sind für Thiere derselben Gattung nicht einimpfbar; 2. die Heredität spielt eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung dieser Tumoren; 3. sie generalisiren sich, welche Erscheinung noch durch ein Trauma beschleunigt wird; 4. die Schwangerschaft wirkt wie ein Trauma; 5. diese Tumoren erzeugen Gifte, welche, resorbirt, die Kachexie des Organismus herbeiführen; 6. die Tumoren scheinen an Virulenz einzubüssen, wenn sie sich in neuen Organismen gleicher Thiergattung entwickeln; 7. so lange diese Tumoren nicht ulceriren, scheinen sie keine Bakterien einzuschliessen; 8. die Pikrinsäure scheint durch Koagulirung des Zellprotoplasma eine günstige Wirkung auf diese Neoplasmen zu haben, sofern sie direkt auf die pathogene Zelle — mittels interstitieller Injektionen — gebracht werden kann.

Kongress zum Studium der Tuberkulose.

Abgehalten zu Paris vom 27. Juli bis 2. August 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

(Fortsetzung.)

Prof. Babes: *Behandlung der Tuberkulose und der Lepra mit Blut von Thieren, die gegen die Tuberkulose immun gemacht worden waren.*

Wir kommen auf die interessante Mittheilung von Prof. BABES nochmals des Näheren zurück.

Prof. BABES: Schon seit langer Zeit hat man eine Vaccination gegen die Tuberkulose versucht. Seit 1883 haben CORNIL, LELOIR und ich selbst die Vaccination mit der verdünnten Tuberkulose des Kaninchens versucht. Zur selben Zeit wie KOCH versuchte auch GRANCHER die Wirkung der verdünnten Kulturen der Tuberkulose; später zeigten RICHET und HÉRICOURT, dass der Hund gegen die Tuberkulose des Menschen refraktär gemacht werden könne, und zwar durch die Präventiv-Injektionen mit den Kulturen der Vogeltuberkulose.

Was mich betrifft, so konnte ich bei Hunden die absolute Immunität gegen die Inoculation mit grossen Quantitäten von Virus erhalten.

Mein Immunisationsverfahren besteht in dem Gebrauche von sehr alten Kulturen in beträchtlichen Dosen; dann wende ich periodisch grosse Quantitäten von virulenten Kulturen an, um die Immunität zu verstärken.

Ich erzielte eine absolute Immunisation mit folgenden Substanzen, der Reihe nach aufgezählt: 1. Vogeltuberkulin; 2. Ein Jahr

*) Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 68, 1893.

alte, verdünnte Vogeltuberkulose; 3. 1 *gr* von einer einmonatlichen Vogeltuberkulose; 4. 3 *gr* dieser Kultur; 5. Acht Tage später, 5 *gr* dieser Kultur; 6. Tuberkulin vom Menschen; 7. Alte Kultur vom Menschen; 8. 0·5 *gr* frischer Kultur vom Menschen; 9. 1 *gr* Kultur vom Menschen, 20 Tage später; 10. Nach 30 Tagen 2 *gr* u. s. w.

Alle diese Versuche sind sehr gefährlich, und von 20 Hunden, 50 Kaninchen und 2 Meerschweinchen, hatte ich am Ende eines Jahres nur 4 immunisirte Hunde, 2 immunisirte Kaninchen und 1 immunisirtes Meerschweinchen.

Diese verhängnissvolle Wirkung kommt wahrscheinlich auf Rechnung der Association der Mikroben, und die direkte Todesursache ist zumeist eine parenchymatöse Nephritis.

Was besonders interessant an dieser Sache ist, das ist der Umstand, dass einige dieser Thiere zu einer Zeit starben, zu der die Immunität bereits eine beträchtliche war.

Zu Beginn dieses Jahres dachte ich daran, das Blut meiner Thiere zur Behandlung der Tuberkulose des Menschen und der Thiere und zur Behandlung der Lepra zu gebrauchen.

Was den Menschen betrifft — da das Hunde-Serum, unter die Haut eingeimpft, selbst bei einer Dosis von 10 *gr* nicht toxisch ist, und da die geimpften Hunde vollkommen gesund waren, — so nahmen wir täglich Inoculationen mit 3–6 *gr* Serum, das mit einer 1 % Phenollösung gemischt war, vor, und zwar bei Tuberkulösen und Leprösen. Da nur drei Monate verflossen sind, seitdem ich diese Experimente begonnen habe, so kann ich noch keine präzisen Resultate anführen, aber ich konnte auf jeden Fall schon bis jetzt konstatiren, dass Kranke in allen Graden der Tuberkulose, Fiebernde, Patienten mit lokaler Tuberkulose, ebenso wie die tuberkulösen Leprakranken eine ausgesprochene Besserung darbieten.

Fast alle Kranken haben an Gewicht zugenommen, ihre physische Kraft und ihr Appetit haben sich gebessert, ebenso sind die Symptome der Lungencavernen geringer geworden; der Husten und die Expektoration haben ebenfalls nachgelassen; in zwei Fällen konnten wir sogar das Verschwinden der Bacillen aus dem Sputum konstatiren.

Bei den Leprösen haben diese Inoculationen einen unleugbaren tonischen Einfluss, und die Lepraknoten werden geringer. Dennoch ist die Wirkung auf die Leprösen eine weniger evidente, als auf die Tuberkulösen.

Wir haben, indem wir stets das Blut unserer immunisirten Thiere benützten, eine Kuh und eine Ziege geimpft, deren Milch bereits den Beginn einer vaccinatorischen Eigenschaft zeigt.

Da die vaccinatorische Kraft unseres Blutes — wie aus unseren Versuchen hervorgeht — seine therapeutische Kraft zu übertreffen scheint, so steht einer Vaccination in grossem Massstabe bei Kindern tuberkulöser Eltern, um sie gegen die Tuberkulose, die sie in ihrer Familie bedroht, standhaft zu machen, nichts im Wege!

* * *

Dr. De la Jarrige: *Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mittelst Injektionen einer Mischung von sterilisirtem Oel, Kreosot und Menthol in die Trachea.*

Seit mehr als 2 Jahren behandle ich meine mit Lungentuberkulose behafteten Kranken, indem ich direkt in die Trachea ziemlich grosse Quantitäten der folgenden Lösung injicire:

Olei sterilis.	100 *gr*
Kreosot.	10 *gr*
Menthol.	5 *gr*

Ich bediene mich zu meinen Injektionen einer Spritze, die an ihrem Ende mit einer gekrümmten Canüle versehen ist, und injicire mit einem Stoss. Die Kranken vertragen diese Injektionen sehr gut, ohne Husten und ohne irgend welche andere Störung. Die Absorption der Flüssigkeit geht ungemein rasch vor sich.

Ich injicire täglich bis auf 30 *kcm* des genannten Oeles auf ein Mal.

Die erhaltenen Resultate waren zufriedenstellend; die lokalen Zeichen der Tuberkulose besserten sich in der Mehrzahl der Fälle sehr rapid, und zu gleicher Zeit wurde der Allgemeinzustand ein besserer. In mehreren Fällen erhielt ich Heilungen, die schon seit mehr als 18 Monaten persistiren.

Ich wurde zur Anwendung dieses Verfahrens dadurch geführt, dass ich mir dachte, ich könnte dadurch, dass ich das Heilmittel in direkten Kontact mit den tuberkulösen Läsionen bringe, eine viel energischere Wirkung auf die Mikroben, und insbesondere auf die, welche eine sekundäre Infektion der Cavernen hervorrufen, erzielen.

* * *

DDr. Weill und **Diamantberger:** *Ueber die Injektionen mit Guajacol in der Behandlung der Lungentuberkulose*

Seit dem Jahre 1889 erhalten wir die besten Resultate mit den subkutanen Injektionen eines mit Guajacol versetzten Oeles bei allen Formen der Lungentuberkulose.

Unsere Formel ist folgende:

Guajacol pur.
Olei Amygdal dulc. sterilis. } $\bar{aa}$ part. aequ.

Wir bedienten uns der einfachen PRAVAZ'schen Spritze. Jede Spritze enthält 50 *kcm* reinen Guajacols. Wir fangen gewöhnlich mit einem Viertel der Spritze täglich an und wir gelangen allmälig zur Dose von einer bis zwei Spritzen, — was uns zu genügen scheint.

In den Fällen mit sehr reichlicher Expectoration und mit Läsionen in den Cavernen kann man auch bis zu 4, 6 und 8 Spritzen täglich hinaufgehen. Die stärkeren Dosen — wenn sie auch nicht gefährlich sind — sind vollkommen unnütz und ermüden den Organismus.

Das Guajacol wird normal durch die Luftwege, durch die Haut und durch die verschiedenen excretorischen Organe eliminirt. Es wird von den Kranken sehr gut vertragen und hat gewöhnlich gar keine spezielle Reaktion im Gefolge, ausser dass auf die Injektion eine Schweisssekretion folgt, die umso profuser und andauernder ist, als die Affektion in den Lungen eine schwerere ist. In dem Masse als sich der Zustand in den Lungen bessert, nehmen die Schweisssekretionen an Intensität ab und schwinden endlich ganz.

Unsere diesbezügliche Statistik enthält heute 82 vollständige Beobachtungen, von denen die allerersten bereits vier Jahre alt sind.

Von 82 Kranken, von denen mehr als drei Viertel einen mehr oder weniger hohen Grad von Fieber und von organischem Verfall darboten, erhielten wir in 62 Fällen eine Besserung, in zwei Fällen blieb der Zustand ein stationärer, und in 18 Fällen trat eine Verschlimmerung ein. Von den 62 gebesserten Kranken, können 27 Fälle als geheilt betrachtet werden, und wir haben unter diesen Kranken auch solche, bei denen die Genesung schon seit mehr als drei Jahren datirt. — Die physikalischen Zeichen, der Husten, die Expectoration, die Zahl der Bacillen, die Hämoptoën, die Digestionsstörungen und selbst das Fieber und die Schweisse haben in den meisten Fällen nach einer verhältnissmässig sehr kurzen Zeit überraschende Modifikationen erlitten.

Dr. LEROUX: Ich gebrauche ohne irgend welchen Anstoss das Guajacol in Verbindung mit Jodoform in der Behandlung der Tuberkulose der Kinder; ich habe damit sehr gute Resultate erhalten.

Aus meinen diesbezüglichen Beobachtungen, die heute bereits eine grosse Zahl aufweisen, konnte ich die Ueberzeugung gewinnen, dass man mit diesem Medikament in drei Viertel der Fälle eine Besserung erzielt. In den wenig fortgeschrittenen Fällen kann man damit sogar eine definitive Heilung erzielen. *R—x*

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten

in Vorlesungen, für praktische Aerzte und Studirende.

Von

Dr. Moriz Kaposi,

Professor für Dermatologie und Syphilis und Vorstand der Klinik und Abtheilung für Hautkrankheiten an der Wiener Universität.

Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage

Verlag von Urban und Schwarzenberg. Wien und Leipzig. 1893.

Die eingehende Berücksichtigung und Würdigung der Forschungsergebnisse der letzten Jahre auf dem Gebiete des Spezialfaches, die namentlich in ätiologischer und klinischer Hinsicht nicht unwesentlich zur Förderung des Disziplin beigetragen haben, sowie die Aufnahme und kritische Erörterung all jener Krankheitsformen, deren Kenntniss oder Diskussionsmöglichkeit erst seit der jüngsten Zeit datirt, haben es zur Folge gehabt, dass die vorliegende Neuauflage des Handbuches des illustren Autors, das für all Diejenigen, die sich in eingehender Weise mit dem Studium der Dermatologie beschäftigen wollen, als unentbehrlich bezeichnet werden muss, trotz der Einschränkung in manchen Gebieten, im Vergleiche zu den vorangegangenen um ein Beträchtliches an Umfang zugenommen hat.

Die Vorlesungen des hervorragenden Fachmannes erfreuen sich eines so allgemein anerkannten Rufes, dass es überflüssig erscheint, neuerdings auf deren glänzende Vorzüge hinzuweisen, und möchten wir uns im Folgenden nur, soweit es der enge Rahmen eines Referates gestattet, auf die Andeutung jener jüngst erforschten Affektionen und neueren Anschauungen beschränken, die in der Neuauflage zum ersten Male ihre Würdigung finden und deren Erörterung und kritische Beleuchtung als eine wesentliche Bereicherung derselben bezeichnet werden kann.

So begegnen wir zunächst im Kapitel über Acne-Formen, einigen seltenen bisher nicht beschriebenen Folliculitis-Formen, die sich fast durchwegs auf Betrachtungen der Wiener Klinik beziehen. So benennt KAPOSI als Acne oder Folliculitis exulcerans serpiginosa einen Prozess, den er an drei Patienten seiner Klinik beobachten konnte, und der sich den bekannten Folliculiden gegenüber, durch die Bildung von rasch nekrotisirendem vaskularisirtem Granulationsgewebe um die Follikel herum wesentlich unterscheidet. In diesem Sinne reiht sich auch die von LUKASIEWICZ, als Folliculitis exulcerans beschriebene Affektion an, die sich gleichfalls auf eine Wahrnehmung der Wiener Klinik bezieht. Eine in anatomischer Beziehung der Acne rosacea nahe stehende Acne-Art, deren Wesen im Auftreten von bis erbsengrossen, nicht vereiternden, schwammigblutigen Knoten besteht, die nur dem scharfen Löffel weichen, belegt KAPOSI mit der Bezeichnung der Acne telangiectodes. — Was C. BOECK und nach ihm PICK als Acne necrotisans beschrieben haben, wobei in jahrelang sich wiederholenden Nachschüben entzündlich-knotige Erhebungen erscheinen, die später der trockenen Mumificirung anheimfallen und flach eingesunkene Narben hinterlassen, scheint nach KAPOSI wesentlich der Kategorie der Acne varioliformis anzugehören und ist in ätiologischer Hinsicht ebenso wenig aufgeklärt wie letztere.

Im Anschluss an die Blasenausschläge bespricht Verfasser die von VIDAL und BROCQ als «Dermatitis exfoliatrice généralisée» oder «Maladie d'Erasmus Wilson» beschriebene selbstständige und wohlcharakterisirte Krankheitsform; Verfasser hat keine persönlichen Erfahrungen über dieselbe, glaubt aber, dass sie sich mit jenen als Autoinfektions-Erscheinungen aufzufassenden erysipeloiden Dermatitiden zum Theil decken dürfte, die man im Gefolge von Arthritiden, abgesackten pleuritischen und peritonitischen Exsudaten und Eiterherden etc. nicht zu selten zu beobachten Gelegenheit hat.

In dem die Keratosen behandelnden Abschnitte findet nebst der Keratodermia symmetrica erythematosa BESNIER's der «Akanthosis nigricans» JANOWSKY's und POLLITZER's, für welch' letztere KAPOSI die Bezeichnung «Keratosis» nigricans für zutreffender hält, da mit dem Begriffe der lezteren die entsprechende Betheiligung der Epidermis bildenden Papillarschichte klinisch und anatomisch als möglich und gewöhnlich vorausgesetzt wird, hauptsächlich die DARIER'sche Krankheit eine eingehende historische und klinische Würdigung. Bezüglich der Deutung jener grossen runden Zellen, die im mächtig wuchernden Rete theils in Lacunen, theils intracelluläre anzutreffen sind und von DARIER, BESNIER, LUSTGARTEN, MANSUROFF u. A. als Coccidien angesprochen werden, schliesst sich KAPOSI mehr der Ansicht jener Autoren an, die, wie BOECK, BUZZI und MIETHKE RIBBERT, NOEGGERATH, HANSEMANN u. A. in jenen Zelleinschlüssen atypische Kernmetamorphosen erblicken; immerhin betrachtet Verfasser die fragliche Affektion als eine klinisch höchst bedeutungsvolle und pathologisch sehr interessante Keratosis-Form.

Was nun jene «durch die Zeitströmung an die Oberfläche getragenen Anschauungen» betrifft, denen «mit der kritischen Sonde der Thatsache näher zu treten» Verfasser es diesmal für geboten erachtet, während er «deren Gehaltlosigkeit früher nur andeutete», so beziehen sich dieselben meist auf Erkrankungsformen, die in den letzten Jahren zu wiederholten Malen auf der Tagesordnung dermatologischer Diskussion standen, ohne dass es zu einer Einigung der Auffassung gekommen wäre. So ist es namentlich die von BESNIER als Affectio sui generis eingehend beschriebene (1889) Pityriasis rubra pilaris (Pityriasis rubra Devergie), der gegenüber Verfasser seine oft erhobenen Einwände nun auch in seinem Handbuche genauer präcisirt. Weder die vielfachen Diskussionen, noch die einschlägigen Demonstrationen und Arbeiten konnten Verfasser veranlassen, seine zuerst am I. Internationalen Dermatologen-Kongresse zu Paris ausgesprochene Meinung zu ändern, vermöge welcher die Pityriasis rubra pilaris BESNIER und sein Lichen ruber accuminatus, d. h. die von HEBRA ursprünglich beschriebene Form des Lichen ruber, identische, von einander weder klinisch noch anatomisch zu unterscheidende Affektionen seien.

Eine gleich offensive Stellung nimmt Verfasser der «Dermatitis herpetiformis» DUHRING (1884) gegenüber ein, die er trotz der seither fortgesetzten Bemühungen dieses Autors und namentlich BROCQ's, nicht als einen wohl charakterisirten klinischen Begriff, sondern nur als eine rein theoretische Formel betrachten kann, welche Prozesse ganz unterschiedlicher Ursache, Verlaufsweise und Bedeutung zusammenwirft, die diagnostisch und prognostisch auseinander zu halten geboten ist.

Ebenso lässt Verfasser die in neuerer Zeit, besonders seitens der Kinderärzte (GERHARDT, KASSOWITZ), betonte Differentialdiagnose zwischen Morbillen und Rubeolen nicht gelten. Die Symptome, welche von den als selbstständige kontagiöse Affektion betrachteten Rubeolen angegeben werden, unterscheiden sich in Nichts von denjenigen mild verlaufender Masern und betrachtet Verfasser die neuerdings als Rubeolae ausgegebenen Exantheme, nach wie vor als Fälle von Morbillen.

In der Tuberkulosis-Lupus-Frage verharrt Verfasser auf seinem bekannten, der Strömung entgegengesetzten Standpunkte. Weder die bisher vorliegenden Thatsachen, noch die mit der KOCH'schen Lymphe gemachten Erfahrungen genügen, nach Ansicht KAPOSI's, um die Grenzen fallen zu machen, die zwischen Lupus, Skrophulose und Hauttuberkulose bestehen und stellt es als Postulat einer exakten klinischen Diagnostik hin, dass der Lupus jederzeit von Skrophulose und Tuberkulose so scharf differenzirt werde, wie von Syphilis oder Lepra.

Betreffs der pathologisch-histologischen Auffassung der als «Sarcoide Geschwülste» zusammengefassten Krankheitsformen, stellt sich Verfasser hauptsächlich in Bezug auf die Mycosis fungoides und Lymphodermia perniciosa cutis (KAPOSI), die er als Sarcomatosis-Arten betrachtet, zu PALTAUF, dem letzten und gründlich fachkundigen Bearbeiter dieses Gegenstandes in Gegensatz, der diese Affektionen der Pseudoleukämie und gewissen Formen des Lymphosarkoms anreihen oder verwandt ansehen möchte.

Diese flüchtigen Andeutungen mögen genügen, um den Leser auf die vielfache Bereicherung des Handbuches aufmerksam zu machen, das Verfasser durch Vereinigung der neueren Errungenschaften der Wissenschaft mit den schon vorhandenen Kenntnissen, auf das volle Niveau des heutigen Standes unserer Doctrin gebracht hat.

N.

Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind.

Wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt.

Von **Dr. Ph. Biedert.**

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1892.

Weitaus der grösste Theil des ausgezeichneten Buches ist der Ernährung — dem vom Verfasser schon längst in grundlegender Weise bearbeiteten Gebiet — gewidmet und kein Kinderarzt darf diese Kapitel ungelesen lassen.

Neben reicher praktischer Erfahrung finden wir die Resultate der vom Verfasser selbst angestellten chemischen Experimente, sowie erschöpfende und gewissenhafte Literaturangaben.

Bemerkenswerth ist die nahezu völlige Uebereinstimmung bezüglich der zu reichenden Nahrung zwischen ESCHERICH und BIEDERT, da beide Forscher bekanntlich von verschiedenem Standpunkt aus die Frage der Säuglingsernährung in Fluss gebracht haben.

BIEDERT's Ersatz der Sterilisation durch Belassen der Milch im Kochgefässe wird man mit den von ihm selbst gemachten Reserven (Empfindlichkeit der Kinder, Reisen) gerne akzeptiren.

Das erste Kapitel, betitelt «Die Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahre», zeigt den weiten Gesichtskreis des Verfassers, sowie den Eifer, mit dem er sich dem Studium der sozialen Frage hingegeben.

Die praktischen Folgerungen wird widerstandslos hinnehmen, auch wer in national-ökonomischer Hinsicht einen verschiedenen Standpunkt einnimmt.

Wir folgen dem Autor gern, wo er, wie er sagt, nach dem Rath eines grossen ärztlichen Denkers, vom Allgemeinen zum Besonderen zurückkehrt.

Sehr werthvoll ist, gegenüber einer Publikation der letzten Jahre, die mit den Erfahrungen der meisten Praktiker im Widerstreit ist, die, Seite 122, gemachte Bemerkung von der Menstruation, die denn doch in einer Reihe von Fällen das Stillen unmöglich macht.

Etwas abweichend von dem bisher Gelehrten, ist der Seite 128 aufgestellte Satz, dass es in den meisten Fällen wirklich nothwendig (nicht nur erlaubt) sei, schon nach dem ersten Halbjahr neben der Brust Beinahrung zu reichen.

Einen etwas schwankenden Standpunkt scheint der Verfasser in der Rhachitistheorie und den Dentitionskrankheiten gegenüber einzunehmen, da er die Resultate von KASSOWITZ's Arbeiten anerkennt, aber doch einerseits Seite 216 mit der möglichsten Ausschliessung vegetabilischer Nahrungsmitteln bei Rhachitikern sich wieder der Ernährungstheorie zuneigt, andererseits Seite 209 das Zahnen als «mitwirkendes Glied» bei der Erkrankung der Verdauungsorgane anführt.

Einzelne sprachliche Härten, von denen auch das mit Recht so beliebte Lehrbuch des Verfassers nicht frei ist, können den hohen Werth des Buches nicht beeinträchtigen. *Dr. O. Rie.*

Grundriss der Chirurgie.

Für Studirende und Aerzte.

Von **Dr. Hermann Frank,**
Spezialarzt für Chirurgie in Berlin.

I. Theil. Die allgemeine Chirurgie.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Die kaum mehr zu überblickende Zahl chirurgischer Lehrbücher ist durch das vorliegende abermals vermehrt worden. Da von einem Bedürfniss nach einem derartigen Werk jetzt wohl absolut nicht die Rede sein kann, so muss nur gefragt werden, ob das hier angezeigte die Qualitäten in sich trägt, eines der älteren zu verdrängen oder wenigstens neben denselben sich einen Platz zu erwerben. Zunächst ist hervorzuheben, dass Verfasser von dem in der letzten Zeit von anderer Seite unternommenen Versuche, den Inhalt der allgemeinen Chirurgie auf 200 Seiten kleinsten Formates zu reduciren, Abstand genommen hat und sich inhaltlich einer gewissen Ausführlichkeit befleissigt. Da aber der Umfang des Werkes doch ein kleiner werden sollte, so hat sich Verfasser stylistisch die weitgehendste Sparsamkeit auferlegt, so dass viele Kapitel geradezu in Depeschenstyl abgefasst erscheinen. Dass dies aus Absicht und nicht aus Mangel der Befähigung, anders zu schreiben, entspringt, geht daraus hervor, dass Verfasser an manchen Stellen uns durch sehr anregend geschriebene Erörterungen erfreut, so z. B. in den mit der Bakteriologie, resp. den Prinzipien der Antisepsis zusammenhängenden Abschnitten. Als Hauptcharakter des Werkes ist die strenge Systemisirung anzusehen. Dieselbe ist in sehr konsequenter und stets von allgemein pathologischen Prinzipien ausgehender Art und Weise durchgeführt. Dies stimmt auch mit dem Zwecke des Buches überein, als den Verfasser die Schulung des chirurgischen Denkens bezeichnet. Diese Anordnung befördert aber ferner auch die Brauchbarkeit von FRANK's Buch als Repetitorium und in diesem Sinne erscheint es uns von den bisher existirenden kurzen chirurgischen Lehrbüchern als das empfehlenswertheste. Der Stoff ist derart angeordnet, dass nach einer kurzen Einleitung in vier Kapiteln erst die Verletzungen (incl. chirurgischen Infektionskrankheiten), dann der örtliche Gewebstod, die Geschwulstbildung und endlich die progressiven und regressiven Ernährungszustände der einzelnen Organe besprochen werden, und zwar stets mit ausgeprägter Betonung der wesentlichen Punkte und besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie. Niemand soll aus FRANK's Grundriss die allgemeine Chirurgie studieren, dazu müssen nach wie vor die grossen, dieses Gebiet behandelnden Werke dienen, aber zur Wiederholung und um dem in der Erinnerung vielleicht ein wenig in Unordnung gerathenen Stoffe wieder eine feste Form zu geben, dazu eignet sich dieses Buch sehr gut. Es mag in diesem Sinne den Studirenden empfohlen werden.

Die Ausstattung ist die bekannt gute des ENKE'schen Verlages. *Dr. Julius Schnitzler.*

Zeitungsschau.

Aus der medizinischen Klinik in Bern.

Sahli: Zur Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus. — (Deutsches Archiv für innere Medizin 51. Band, Heft 4 und 5, 1893.)

Dass der akute Gelenkrheumatismus eine Infektionskrankheit sei, wurde bis jetzt noch nicht mit Sicherheit bewiesen. Eine derartige Annahme hat aber sehr viel wahrscheinliches für sich, wenn man sich vor den Augen hält, dass manche Erscheinungen, die konstant im Verlaufe des akuten Gelenkrheumatismus auftreten, auch bei anderen Infektionskrankheiten vorkommen und ausserdem wurden auch in dem endocarditischen Wucherungen, welche den akuten Gelenkrheumatismus so häufig kompliciren, Mikroorganismen nachgewiesen. In den erkrankten Gelenken aber liess sich in bakteriologischer Hinsicht nichts bestimmtes nachweisen. Nur in wenigen Fällen fand LEYDEN einige Diplokokken.

Einen positiven Beweis für das Vorhandensein von Mikroorganismen in den erkrankten Gelenken hat zuerst GUTTMANN erbracht. In einem Falle von schweren akuten Gelenkrheumatismus gelang es GUTTMANN aus dem serös-fibrinösen Gelenkinhalte, aus dem Pericardialexsudate und aus den Nierenabscessen eine Reinkultur von Staphylococcus aureus zu züchten.

Es folgt dann eine Reihe von einschlägigen Publikationen, in denen über das Vorkommen von Mikroorganismen bei akutem Gelenkrheumatismus berichtet wird: so wurden FRÄNKEL'sche Pneumoniekokken, Streptococcus pyogenes und andere nicht näher bestimmte Mikroorganismen gefunden.

Bei den Endocarditiden, die ja zweifellos mit dem akuten Gelenkrheumatismus im engen ätiologischen Zusammenhange stehen, wurde ebenfalls eine Reihe von Mikroorganismen nachgewiesen, so Staphylococcus albus, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Pneumokokken.

Verfasser berichtet über einen Fall von Gelenkrheumatismus, den er zu seciren Gelegenheit hatte und der für die in Rede stehende

Untersuchung insofern günstig war, als es sich hier um einen uncomplicirten Fall gehandelt hat, der nirgends mit Eiterungsprozessen verbunden war und prompt auf salicylsaures Natron reagirt hatte.

Die klinische Diagnose in diesem Falle lautete: Gelenksrheumatismus, Endocarditis der Mitralis mit Mitralinsufficienz und bedeutender Vergrösserung beider Herzhälften, Pericarditis ohne grosses Exsudat, Pleuritis duplex ohne grosse Exsudate, abgelaufene Pneumonie links. Stauung.

Unter allen üblichen Cautelen wurden aus verschiedenen Organen Impfungen auf Gelatine und Agar vorgenommen.

Das Resultat der Impfungen gestaltet sich folgendermassen: In den meisten Gläschen wuchsen nach einigen Tagen Colonien von ausgesprochener citronengelber Farbe, die zum grössten Theil Reinkulturen eines Coccus darstellten. Nur die mit Gelenksflüssigkeit geimpften Gläschen blieben alle steril. Von den mit Blut geimpften Gläschen blieben 4 steril, 2 ergaben die nämlichen gelben Kulturen und zwei weitere ergaben verunreinigte Kulturen. Die übrigen Kulturen waren alle rein. Auch aus den zwei verunreinigten mit Blut geimpften Gläschen liess sich der gelbe Coccus durch Plattenkulturen leicht rein gewinnen.

Verfasser beschreibt die Wachsthumsverhältnisse dieses gelben Coccus und kommt zum Schluss, dass derselbe in allen wesentlichen Merkmalen mit dem Staphylococcus citreus übereinstimmt.

Es ergibt sich also, dass in diesem nirgends mit Eiterung complicirten Falle von Gelenksrheumatismus zwar der Inhalt des zuletzt erkrankten Gelenkes keine Mikroorganismen enthielt, dass dagegen in der erkrankten Synovialmembran desselben, ferner in dem entzündeten Pericard und in den entzündeten Pleuren, sowie in den geschwellten Bronchialdrüsen, in geringerer Menge noch im Blute des linken Ventrikels in Reinkultur ein citronengelber Coccus gefunden wurde, welcher in keinem kulturellem Merkmale sich vom Staphylococcus citreus unterscheidet, im Gegensatz zu diesem sich aber für Kaninchen, Meerschweinchen und Ziegen als nicht pathogen erwies.

Verfasser legt sich nun die Frage vor, kommt diesem gelben Coccus eine ätiologische Bedeutung zu und welche?

Bei der Beantwortung dieser Frage sind folgende drei verschiedene Auffassungen möglich.

1. Der gefundene Staphylococcus war in dem gegebenen Falle sowohl der Erreger der Gelenksaffektion, als auch derjenige der Endocarditis, Pericarditis und Pleuritis.

2. Der Staphylococcus hat mit den Gelenksrheumatismus selbst nichts zu thun, sondern war nur der Erreger der sogenannten Komplikationen am Endocard, Pericard und Pleura.

3. Der Staphylococcus hat weder mit der Gelenksaffektion, noch mit der Endocarditis u. s. w. etwas zu thun, sondern der Kokkenbefund in den verschiedenen Organen ist der Ausdruck eines kurz vor dem Tode durch unbekannte Ursachen eingetretene Sepsis, welcher die Patientin zum Opfer fiel.

Die dritte Auffassung ist nicht stichhältig, weil von den Kulturen aus dem Herzblute nur wenige aufgegangen waren, während aus den erkrankten Gelenken, aus Endo- und Pericarditis und Pleuritis in jedem der geimpften Gläschen Staphylokokken gewachsen waren. Die zweite Auffassung ist ebenfalls unwahrscheinlich und es spricht dagegen die Thatsache, dass bei spärlichem Kokkenbefund im Blute die Kokken sich in der Gelenksmembran offenbar in ähnlicher Weise vermehrt hatten wie in den serösen Häuten und im Endocard.

Es ist also hier anzunehmen, dass der Staphylococcus sowohl der Erreger der Gelenkaffektion als der Komplikationen war und dass überhaupt Staphylokokken als Erreger des Gelenksrheumatismus aufzufassen sind, was auch im Einklange mit den Befunden anderer Autoren steht. Der Umstand, dass der hier gefundene Staphylococcus für Thiere nicht pathogen war, lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass es sich hier um Infektionen mit wenig virulenten, abgeschwächten Staphylokokken handelt, welche in unabgeschwächtem Zustande Eiterung erregen können, beim Gelenksrheumatismus dagegen im Allgemeinen nur zu serös-fibrinösen Exsudaten führen. Das Resumé der vorstehenden Untersuchungen fasst Verfasser folgendermassen zusammen:

1. Es fand sich in einem nicht mit Eiterung complicirten Falle von typischem Gelenksrheumatismus in den endocarditischen Auflagerungen, in der Pericarditis und Pleuritis, in geschwellten Bronchialdrüsen, in geringerer Menge auch im Blute des linken Herzens ein morphologisch mit Staphylococcus citreus identischer Coccus, der aber für Thiere weder subkutan, noch intravenös, noch intraarticulär pathogen war. Es ist, da kein Grund für die Annahme einer Mischinfektion vorlag, wahrscheinlich, dass dieser Coccus in dem betreffenden Falle der Krankheitserreger war. Ob es sich dabei um einen zwar morphologisch mit dem Citreus übereinstimmenden, aber im Uebrigen von ihm örtlich verschiedenen Mikroorganismus handelte ob derselbe blos eine abgeschwächte, wenig virulente Varietät des gewöhnlichen Citreus darstellte, lässt sich nicht sicher entscheiden.

2. Es ist denkbar und Manches spricht dafür, dass überhaupt der Gelenksheumatismus als Produkt abgeschwächter pyogener Kokken aufzufassen ist. Weitere Untersuchungen werden zeigen müssen, ob nicht dabei verschiedene Kokkenspezies ätiologisch in Betracht kommen und ob somit nicht die ätiologische Einheit des akuten Gelenksrheumatismus aufgegeben werden muss.

3. Die bakteriologische Untersuchung des vorliegenden Falles spricht dafür, dass die sogenannten Komplikationen des Gelenksrheumatismus (Endo-, Pericarditis, Pleuritis), ätiologisch zum Gelenksrheumatismus gehören und somit nicht als eigentliche Komplikationen, sondern als Lokalisationen aufzufassen sind. *Rdt.*

Dr. Waldemar Peter, Assistenzarzt an Dr. LASSAR's Klinik: **Ueber die ungewöhnlicheren Haftstellen der Syphilis.** (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 30, 1893.)

Von 24 Fällen von Syphilis mit ungewöhnlicher Haftstelle (im Jahre 1892 in der Sprechstunde des Dr. LASSAR an 13 Männern, 8 Frauen, 3 Kindern beobachtet) fand sich der Primäraffekt an der Unterlippe 8 Mal, an der Oberlippe 4 Mal, am Kinn 3 Mal, am Finger 3 Mal, ferner je ein Mal an Wange, Hals, oberem Augenlid, Tonsille und Zungenbändchen (nur letztere zwei durch perverse Sexualbefriedigung entstanden). Hiezu kommt noch eine Sklerose auf dem rechten grossen Labium eines 11 Monate alten Kindes, dessen Vater mit florider Syphilis behaftet war und angeblich die Windeln seines Kindes zur Reinigung seines Genitalgeschwüres verwendet hatte; ein Fall von mittelbarer Ansteckung durch Effekten des Erkrankten — in Parallele zu stellen mit den Sklerosen am Kinn, die auf Infektion beim Rasiren (durch beschmutzte Handtücher, Schwämme oder auch das Rasirmesser) zurückzuführen sind. Der Verlauf der angeführten Fälle (nur einmal trat Iritis als Komplikation auf) war nicht schwerer als nach genitaler Infektion.

Interessant sind die nachgewiesenen Initialaffektionen bei Kindern, die leicht übersehen und dann später als Lues hereditaria tarda gedeutet werden können. Verfasser führt einen Fall von einer Familienendemie an, wo ein nach der Geburt seines jüngsten Kindes inficirter Ehemann seine Gattin ansteckte und diese wieder mit Mundpapeln behaftet, in ihrer Unkenntniss die Krankheit auf beide Kinder übertrug, von denen sich bei dem einen eine Sklerose an der rechten Wange, bei dem anderen an der vorderen Halsgegend entwickelte.

Verfasser befürwortet eine bessere Belehrung der Bevölkerung, um solche Infektionen durch unvorsichtigen Verkehr mit erkrankten Familienmitgliedern hintanzuhalten. *B. S.*

Dr. A. Witschur: Zur Pathogenese der progressiven perniciösen Anämie. (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 30 und 31, 1893.)

Verfasser beschreibt einen Fall von perniciöser Anämie und knüpft daran mit gleichzeitiger eingehender Berücksichtigung der Literatur Bemerkungen über die noch dunkle Aetiologie dieser Erkrankung.

J. A., 47 Jahre alt, erkrankte drei Monate vor der Spitalsaufnahme ohne bestimmte Ursache an Erbrechen und Diarrhoe.

Er zeigt jetzt äusserste Blässe mit einem Stich ins gelbliche. Die Untersuchung ergibt: Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts, ein systolisches Geräusch an der Herzspitze und der Arteria

pulmonalis. Nonnengeräusch an der Vena jugularis. Milztumor. Puls 90, leer. Temperatur subfebril. Vier Stühle täglich, dünnflüssig, gelblich gefärbt, Im Urin Eiweiss in Spuren und Gallenfarbstoff. Im Stuhl mikroskopisch die verschiedensten Bakterienformen. Das Blut, aus der Fingerbeere genommen, makroskopisch klar und dünnflüssig, mikroskopisch zeigen sich die rothen Blutkörperchen sehr spärlich, legen sich nicht in Geldrollenform. Fast alle sind in der Form und Grösse verändert. Makrocyten und Mikrocyten, daneben noch hufeisenförmige, birnförmige, halbmondförmige etc. Gebilde. Ausserdem Haufen protoplasmatischer glänzender Körnchen und Blutplättchen. Die Zahl der weissen Blutkörperchen nicht vergrössert. Die Zahl der rothen circa 250.000 im □ *mm*. Der Hämoglobingehalt 11%. Therapie: Eisen und Arsen, gegen die Diarrhoe essigsaures Blei und Opium. Kräfteverfall. Nach 9tägigem Spitalsaufenthalt Exitus.

Die Sektion ergab Blässe der Haut und der inneren Organe. Hypertrophie und Dilatation des Herzens ohne Klappenveränderung. Magenkatarrh mit Polypenbildung. Im Dünndarm Infektion, Schwellung der Solitär-Follikel. Die Schleimhaut des Dickdarms und Rektums schieferfarbig. Chronische Nephritis. Das Knochenmark in der Diaphyse des linken Schienbeins stellenweise von rother Farbe, im Hüftbein gelbroth.

Es fand sich, wie in allen Fällen von perniciöser Anämie keine Organveränderung, die den Tod hätte erklären können. Es musste also der Tod durch die starke Blutverarmung des Organismus herbeigeführt worden sein.

Von BIERMER stammt der Name «progressive perniciöse Anämie» (1868) und die erste ausführliche Beschreibung dieser Krankheit.

Als Ursache werden von den Autoren die verschiedensten Dinge angegeben, wie schlechte Nahrung, langdauernde Eiterung, geistige Ueberanstrengung, Intermittens, Magen- und Darmkrankheiten etc.

In einzelnen Fällen wurden Darmparasiten gefunden und zwar Dochmius duodenalis (Anguillula duoden.) bei der Anämie der Bergarbeiter (Perroncito), Botriocephalus latus. Letzterer wurde in etwa 16·6% der Fälle kontatirt, so dass ein gewisser Zusammenhang angenommen werden muss. In dem beschriebenen Falle fand sich nie eine Spur eines Parasiten. Verfasser untersuchte vor Allem die Frage, ob die Krankheit auf eine Läsion der blutbildenden Organe oder des Blutes selbst zurückzuführen sei.

Die Hauptbildungsstätte für die rothen Blutkörperchen ist das rothe Mark der platten Knochen, die Lymphdrüsen und die Milz in viel geringerem Grade.

Bei künstlich hervorgerufener Anämie tritt eine kompensatorische Veränderung im Mark der Röhrenknochen ein, es wird blutbildend und die Milz und Lymphdrüsen schwellen zu gleicher Zeit an. Diese Befunde zeigen sich auch bei der perniciösen Anämie. Es sind also nicht die blutbildenden Organe als primäre Ursache anzusehen, sondern diese sind im Gegentheil ganz gesund und produciren in verstärktem Grade rothe Blutkörperchen, die jedoch durch eine unbekannte Ursache massenhaft zu Grunde gehen.

Einspritzung von Toluylendiamin, Pyrogallussäure, Morchelgift in das Blut von Thieren wirkt auf dieses zerstörend und erzeugt eine ausgeprägte Poikilocytose und nebenbei Ikterus und Hämoglobinurie.

Bei der perniciösen Anämie finden wir gleichfalls Poikilocytose und in sehr vielen Fällen Ikterus. Letzterer entsteht dadurch, dass die massenhaften Zerfallsprodukte der Blutkörperchen in die Leber gelangen und dort eine dickflüssige Galle und Gallenstauung (und auf diese Weise einen hämato-hepatogenen Ikterus) erzeugen.

Diese Uebereinstimmung lässt bei der perniciösen Anämie auch die Einwirkung eines Giftes annehmen. (Hämoglobinurie entsteht bei Thieren nur in Folge Einspritzung von grösseren Giftmengen, daher ihr Fehlen bei perniciöser Anämie, wo man chronische Einwirkung kleiner Giftmengen annehmen muss.)

Ein Gift kann in den Organismus auf drei Wegen gelangen: durch die Lungen, durch die verletzte Haut und durch den Darmkanal. Für die ersteren zwei Wege ist bei der perniciösen Anämie kein Anhaltspunkt. Es kann also nur der Darmkanal in Betracht kommen.

Verfasser nimmt an, dass die im Darmkanal sich bildenden Ptomaine, die unter normalen Verhältnissen von der gesunden Darmschleimhaut nicht aufgenommen werden, bei in Folge von schlechter Nahrung entstehenden Erkrankungen des Magendarmtraktus (solche Erkrankungen wurden in vielen Fällen von perniciöser Anämie bei Lebzeiten der Kranken wie z. B. in dem mitgetheilten Falle die hartnäckige Diarrhoe beobachtet und auch bei zahlreichen Sektionen und zwar als Atrophie der Magenschleimhaut, polypöse Wucherungen im Darm von der einfachen Hyperämie und Schwellung der Solitärfollikel und PEYER'schen Plaques bis zu Verschwärungen und diphtheritischen Belägen beschrieben) in geringer Menge, aber dauernd ins Blut gelangen und hier durch ihre blutzerstörende Wirkung die progressive Anämie erzeugen.

Die Fälle von perniciöser Anämie, welche auf dem Vorhandensein von Bandwürmern beruhen, sind auch durch die Entwickelung und Resorption von Giftstoffen (Ptomainen) zu erklären, welche jedoch nur von pathologisch veränderten Bandwürmern produzirt werden. Verfasser fand in 12 solchen Fällen die Bandwürmer entweder krank oder abgestorben und verwesend. Nach Abtreibung derselben schwand auch die Anämie.

Verfasser hält also die perniciöse Anämie nicht für eine Erkrankung der blutbereiteten Organe, sondern für eine Folge einer chronischen Autointoxikation vom Darmkanal aus. Dementsprechend muss die Therapie in Spülungen des Magens und Darmes und Desinfektion mit inneren Mitteln bestehen. Daneben sind Eisen und Arsen zur Unterstützung der Behandlung zu empfehlen.

Den Schluss der Abhandlung bildet ein ausführliches Literaturverzeichniss.

B. S.

Aus dem Laboratorium der I. medizinischen Klinik zu Berlin.

G. Klemperer: Ist die asiatische Cholera eine Nitritvergiftung? (Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 31, 1893.)

Vor einiger Zeit berichtete EMMERICH (Münchn. Med. Wochenschrift. Nr. 25 und 26, 1893) über gemeinsam mit TSUBOI *angestellte* Beobachtungen, die zu dem Schlusse führten, dass die asiatische Cholera eine Vergiftung durch salpetrige Säure darstelle. Die hiefür erbrachten Beweise unterzieht Verfasser einer eingehenden Kritik, indem er zugleich über eigene Versuche über die Nitritvergiftung und ihre Bedeutung für die asiatische Cholera berichtet.

1. EMMERICH stützt vor Allem seine Behauptung auf die Uebereinstimmung der Krankheitssymptome und die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Cholera asiatica und Nitritvergiftung bei Menschen und Thieren.

Wenn auch die Krankheitssymptome und die Befunde manche Aehnlichkeit zeigen, so ist dies noch immer kein Beweis, dass die salpetrige Säure das Gift der Cholerabacillen sei, weil es bekannt ist, dass durch verschiedene Gifte dieselben Symptome und anatomischen Veränderungen erzeugt werden können, wie z. B. das Gift des Trippers und des Gelenksrheumatismus ganz ähnliche Gelenksanschwellungen verursachen können; wie ein Pleuraempyem durch das Gift der Pneumokokken oder Streptokokken oder Tuberkelbacillen entstehen kann u. s. w.

Eben so können durch gewisse anorganische und organische chemische Substanzen ganz ähnliche klinische und pathologisch-anatomische Veränderungen hervorgerufen werden, wie z. B. typische Dickdarmdiphtherie durch Diphtheriebacillen und durch Quecksilbervergiftung, das Symptomenbild der akuten gelben Leberatrophie durch Phosphorintoxikation etc.

2. Von entscheidender Wichtigkeit für die Frage ist die Feststellung, «ob die Virulenz der Cholerabacillen ihrer nitritbildenden Kraft durchaus parallel geht und ob die Abnahme der Virulenz von einer Verminderung der Nitritbildung begleitet ist».

Vom Verfasser angestellte Versuche haben diesbezüglich gezeigt, «dass die typischen Erscheinungen der Choleraintoxikation von Cholerabacillen aus gelöst werden, denen durch Erwärmung die nitritbildende Fähigkeit genommen war, und dass die Virulenz der Cholerabacillen beträchtlich absinken kann, ohne dass eine Verminderung der Nitritbildungsfähigkeit damit Hand in Hand geht».

3. Wie schon oben hervorgehoben, sind es nicht die klinischen Symptome und der anatomische Befund, die schon die Spezifität eines Krankheitsgiftes ausmachen, sondern in der Fähigkeit der spezifischen Immunisirung, d. h., dass öftere Einverleibungen kleiner, nicht tödtlicher Mengen eines bestimmten Bakteriengiftes den thierischen Organismus gegen die tödtliche Vergiftung mit eben diesem Bakteriengifte schützt — erkennen wir die Spezifität der Bakteriengifte.

Daher müssen wir von einer chemischen Substanz, «welche den Anspruch erhebt, das spezifische Gift eines pathogenen Bakterium zu sein, verlangen, dass sie im Stande sei, den thierischen Parasiten zu immunisiren».

Die salpetrige Säure hat diese Proben nicht bestanden: einerseits konnte Kaliumnitrit, in kleinen Mengen zugeführt, gegen die Einverleibung seiner tödtlichen Dosis nicht schützen, andererseits erwiesen sich gegen tödtliche Choleraintoxicationen immunisirte Meerschweinchen schutzlos gegen die tödtliche Dosis der salpetrigen Säure. Folglich kann den Salzen der salpetrigen Säure unmöglich die Bedeutung von Choleragiften zugesprochen werden.

4. Was die Methämoglobinstreifen im Blut von Cholerathieren betrifft, so gibt EMMERICH selbst an, dass diese sich nicht immer vorfanden. Verfasser konnte dieselben selbst bei der (von EMMERICH geforderten) intraperitonealen Einverleibung der Cholerabacillen in 11 untersuchten Fällen nicht konstatiren.

EMMERICH gibt selbst zu, dass verschiedene chemische Substanzen Methämoglobin bilden können, glaubt aber, dass bei der Cholera nur die Nitrite in Betracht kommen.

Nun ist aber Methämoglobinämie schon bei anderen schweren Infektionskrankheiten beschrieben worden (z. B. bei einem Typhusrecidiv von IMMERMANN); weiters ist Hämoglobinurie (nach HOPPE-SEYLER ein sicherer Beiweis für Methämoglobinämie, weil das Hämoglobin nur als Methämoglobin durch die Niere hindurchtreten kann) bei Typhus, Scharlach, Malaria nachgewiesen worden.

Es ist eben die Methämoglobinämie nur ein allgemeines Zeichen von schwerer Giftwirkung auf die Erythrocyten und nichts für die Cholera spezifisches und auch kein Beweis für das Vorhandensein eines heterogen Blutgiftes (der Nitrite) bei der Cholera asiatica.

Verfasser hält nach diesen Auseinandersetzungen die Angaben von EMMERICH und TSUBOI für widerlegt und sieht in der spezifischen Eigenschaft des Choleragiftes, den Thierkörper gegen diese Krankheit immunisiren zu können, das wesentlichste Kennzeichen desselben. *B. S.*

J. Mejerowitsch: Zur Frage über die Behandlung der asiatischen Cholera durch Laparotomien. — (St. Petersburger medizinische Wochenschrift Nr. 4, 1893. — Wratsch.

In Hinblick auf die Fruchtlosigkeit der inneren Therapie bei der Cholera und den zweifelhaften Nutzen der hohen Injektionen nach CANTANI, welche nach Ansicht des Verfassers nicht nachgewiesener Maassen bis zur BAUHIN'schen Klappe reichen, erwog MEJEROWITSCH, ein Arzt in Ekaterinograd, die in Betracht kommenden Möglichkeiten den Darmkanal direkt mit Desinficientien in Berührung zu bringen. An der Leiche machte er nach Einführung der Schlundsonde in den Magen die Laparotomie, führte unter Kontrolle des Fingers die Sonde in das Duodenum und liess nun die Spülflüssigkeit durch den Darm rieseln, die Methode schien Verfasser nicht geeignet für die praktische Ausführung. Daher versuchte er gleichfalls an der Leiche nach vorheriger Eröffnung der Bauchhöhle einen Troicart in den Darm einzustechen und die desinficirende Flüssigkeit durch den Troicart in den Darm laufen zu lassen: das Loch in der Darmwand wurde vernäht. Schliesslich führte Verfasser die Operation nach LAMBOTTE aus, d. h. er legte 2 Oeffnungen im Darm an, durch welche man eine kontinuirliche Durchspülung machen kann. Nach letzter Methode führte MEJEROWITSCH an Lebenden drei Laparotomien aus, welche alle tödlich abliefen, ein Fall lebte 22 Tage nach der Operation ging aber an Septico-Pyämie zu Grunde, nachdem decubitus und eine suppurative Parotitis eingetreten waren. Verfasser bedauert trotz des traurigen Ausganges keineswegs sein Unternehmen und würde im gegebenen Fall wieder operativ vorgehen, indem er die Darmwand nahe dem Duodenum und nahe dem Blinddarm in die Bauchwand einzunähen und das Darmrohr gründlich durchzuspülen beabsichtigt.

Aus dem pathologischen Laboratorium der k. Universität zu Warschau.

E. Okintschitz: Ueber die Zahlenverhältnisse verschiedener Arten weisser Blutkörperchen bei vollständiger Inanition und bei nachträglicher Aufffütterung. — (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie 31. Band, Heft 4 und 5, 1893.)

Die Versuche wurden an acht Kaninchen angestellt.

Im Kaninchenblute unterscheidet Verfasser vier Arten von weissen Blutkörperchen und zwar: 1. Lymphocyten, 2. grosse rundkernige Elemente, 3. Elemente mit einem polymorphen Kerne resp. mit mehreren polymorphen Kernen und 4. eosinophile Elemente.

Nachdem die Thiere nach einer gewissen Beobachtungszeit ein konstantes Körpergewicht aufwiesen, wurden sie dem Hunger (vollständige Entziehung von Nahrung und Wasser), welcher 8—11 Tage dauerte, ausgesetzt. Täglich zu einer gewissen Stunde wurde aus der Nasenhaut Blut entnommen, Deckglaspräparate lege artis angefertigt und gezählt.

Die Versuche ergaben folgende Resultate:

1. Unter normalen Bedingungen sind die vier Arten von weissen Blutkörperchen in folgendem Verhältnisse enthalten:

a : b : c : d = 25·9 : 11·6 : 11·5 : 51·0. In runden Zahlen ausgedrückt, machen beim Kaninchen die eosinophilen Zellen die Hälfte der weissen Blutkörperchen aus, die Lymphocyten — ein Viertel, die grossen rundkernigen Elemente und die Leukocyten mit polymorphen Kernen — je ein Achtel.

2. Bei vollständiger Inanition resp. bei vollständiger Entziehung von Nahrung und Wasser, wird die relative Menge der Lymphocyten und der Blutkörperchen mit polymorphen Kernen kleiner, wogegen der Gehalt an eosinophilen Zellen und den grossen rundkernigen Elementen einen Zuwachs erfährt.

3. In mittleren Hungerperioden erfolgt die relative Zu- und Abnahme gewisser Arten weisser Blutkörperchen weniger schnell, als in den Anfangs- und Endperioden.

4. Nur die Lymphocyten und die rundkernigen Leukocyten betreten gleich von Anfang an den für sie charakteristischen Weg; was aber die eosinophilen Zellen und die Leukocyten mit polymorphen Kernen anbelangt, so sind hier die ersten Veränderungen denjenigen entgegengesetzt, welche im weiteren Verlaufe des Hungers zur Beobachtung kommen.

5. Nicht alle Arten weisser Blutkörperchen werden vom Organismus in gleichem Maasse geschützt, sofern es sich um ihre relative Stellung handelt. Besonders veränderlich erweist sich beim Hungern der Gehalt an Leukocyten mit polymorphen Kernen.

6. Beim Auffüttern der Thiere nach vorausgegangenem Hungern wird einerseits die Vermehrung der Leukocyten und der Elemente mit polymorphen Kernen, andererseits aber die Zahlenabnahme eosinophiler Zellen und rundkerniger Leukocyten beobachtet.

7. Besonders stark verändert sich bei nachfolgender Auffütterung der Gehalt an Leukocyten mit polymorphen Kernen.

8. Die für die nachfolgende Auffütterung charakteristiche Ab- und Zunahme geht nicht bei allen Arten weisser Blutkörperchen gleichmässig vor sich; es sind vielmehr manche Schwankungen zu bemerken.

9. Thiere, welche ihren Gewichtsverlust fast vollkommen ersetzt haben, behalten in ihrem morphologischen Blutbestande noch einige Anzeichen der erlebten Störung.

Es muss somit die vollständige Inanition den Faktoren zugezählt werden, die recht deutlich die normalen Zahlenverhältnisse zwischen verschiedenen Arten weisser Blutkörperchen verändern. Die bei nachfolgender Auffütterung festgestellten Verhältnisse sind im gewissen Grade denjenigen entgegengesetzt, die der Inanition gehören. In beiden Fällen verändern sich die Leukocyten und die Elemente mit polymorphen Kernen in ähnlicher Weise ein

ebensolches Paar bilden die zwei anderen Arten — die eosinophilen Zellen und die rundkernigen Leukocyten. Durch eine äusserst grosse Veränderlichkeit zeichnen sich in beiden Fällen die Leukocyten mit polymorphen Kernen aus. *Rdt.*

Dr. Max Jordan, Privatdozent und I. Assistent an Prof. CZERNY's Klinik: **Die akute Osteomyelitis und ihre Beziehung zu den pyogenen Infektionen.** (BRUNS' Beiträge zur klin. Chirurgie. X 3.)

Nach einer weitschweifigen Einleitung, in der die ganze bakteriologische Literatur über Eiterung, Virulenz der Eiterkokken, Eingangspforten etc. rekapitulirt wird, berichtet Verfasser über 19 von ihm beobachtete Fälle von Osteomyelitis, die zum Theile mit anderen pyämischen Affektionen, zum Theile auch mit Sepsis vergesellschaftet waren. Verfasser versucht es dann an der Hand der Literatur die verschiedenen Formen der Osteomyelitis je nach den veranlassenden Bakterien (Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken, Typhusbacillen etc.) auseinander zu halten. Am häufigsten ist die Osteomyelitis durch den Staphylococcus aureus bedingt. Dann bespricht Verfasser den pathologisch-anatomischen Verlauf der Osteomyelitis und kommt zu dem Schlusse, dass sie jeden Grad der Entzündung (eitrig, serös, hämorrhagisch) repräsentiren könne und dass sie eben eine Entzündung des Knochens sei, analog Entzündungen in anderen Geweben. Dann wird recht kurz der klinische Verlauf besprochen. Hierauf werden die «Atrien des osteomyelitischen Virus» aufgezählt und endlich vom Verfasser der Satz aufgestellt: Die akute Osteomyelitis ist eine pyämische Erkrankung der Entwicklungsperiode. *J. S.*

Dr. Mordhorst: Warum sind harnsaure Nierensteine und der Harngries so viel leichter löslich als Gichtablagerungen? (Therapeutische Monatshefte. III. 8.)

Der Umstand, dass die Ausscheidung von Harngries durch Regime und Mineralwässer (speziell fasst Verfasser das Wiesbadener Gichtwasser ins Auge) eingeschränkt, resp. beeinflusst werden kann, während dies von den Gichtablagerungen nicht in gleicher Weise gilt, veranlasste MORDHORST zu Untersuchungen, die ihn zu den nachfolgenden Schlusssätzen berechtigen:

1. Harnsaure Nierensteine und Harngries können mit absoluter Gewissheit durch den Gebrauch eines stark alkalisch-muriatischen Mineralwassers aufgelöst und eine Neubildung verhindert werden.

2. Eine Auflösung der harnsauren Ablagerungen in den verschiedenen Geweben ist nur dann möglich, wenn es uns gelingt, durch passende Diät und Behandlung die Acidität der Säfte möglichst herabzusetzen.

3. Ausser durch eine zweckmässige Diät und warme Mineralbäder mit nachfolgendem Schwitzen im Bett kann eine Abnahme der Acidität der Säfte nur durch sehr reichlichen Genuss eines stark alkalisch-muriatischen Mineralwassers, z. B. des Wiesbadener Gichtwassers erreicht werden.

4. Es muss in vielen Fällen so viel Mineralwasser getrunken werden, bis der Urin stark alkalisch wird.

5. Um eine Trübung des Urins durch Kalkphosphate zu vermeiden, dürfen nur schwach kalkhaltige Mineralwässer gewählt werden.

6. Von allen Wässern enthält das Wiesbadener Gichtwasser (= Wiesbadener Kochbrunnen mit einem Zusatz von doppelkohlensaurem Natron) den grössten Gehalt an Alkalien und den geringsten an Kalk.

7. Durch das Trinken von 1—2 Flaschen des Wiesbadener Gichtwassers täglich, nimmt die Harnsäureausscheidung um circa die Hälfte ab. *J. S.*

Professor Dr. S. L. Schenk (Wien): **Die Thermotaxis der Mikroorganismen und ihre Beziehung zur Erkältung.** — (Separatabdruck aus dem Centralblatt für Bakteriologie XIV.)

Verfasser hat an Bakterien die wichtige Beobachtung machen können, dass sie den wärmeren Punkten zuströmen und hat dies in zahlreichen Versuchen in hängenden Tropfen auf den heizbaren Objekttisch konstatiren können. Auf Grund seiner Experimente und mit Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur gelangt SCHENK zu nachfolgenden Schlüssen:

1. Die Wärme wirkt als Bewegungsreiz auf die Mikroorganismen.

2. Die Mikroorganismen haben das Bestreben, aus der Umgebung eines Wärmecentrums sich in der Richtung zu diesem Wärmepunkte hinzubewegen (Thermotaxis).

3. Die Thermotaxis ist eine vitale Eigenschaft der Bakterien und zeigt sich schon bei einem Temperaturunterschiede von 8—10° C.

4. Die freilebenden, nicht in Ketten zusammenhängenden Bakterien zeigen die Erscheinung der Thermotaxis deutlicher als die Kettenverbände.

5. Mikroorganismen, welche sich einige Zeit in einem Raume von niedriger Temperatur befanden und dann in einen Raum von höherer Temperatur gebracht werden, entwickeln sich nicht sofort mit der vollen Energie und zeigen dementsprechend nicht ihre volle Wirkung.

6. Die Verminderung in der Entwickelungsenergie und in der Virulenz schwindet allmählich mit der zunehmenden Anpassung an die höhere Temperatur (Inkubation).

7. Die Erkältungen lassen sich in zwei Gruppen sondern, in die ohne bakteriellen Einfluss zu Stande kommenden Erkältungen und in jene Erkältungen, welche als Ausdruck einer Infektion aufzufassen sind.

8. Bei den Infektionserkältungen setzt die Krankeit nicht sofort nach Einwirkung der Schädlichkeit ein, während bei der anderen Gruppe der Erkältungen die Krankheitserscheinungen kurze Zeit nach dem Einwirken des Reizes auftreten.

9. Beim Eintritte eines Menschen in einen kälteren Raum strömen die Bakterien dem Menschen als dem höher temperirten Körper energich zu und rufen eine Erkältung hervor.

10. Für das Zustandekommen der Infektionserkältung *sind* zwei Bedingungen nothwendig, erstens eine Temperatur*differenz*, welche eine Strömung der Mikroben zum wärmeren Punkte hin veranlasst und zweitens die Durchgängigkeit der Haut oder der Schleimhäute für Mikroben oder eine andere Möglichkeit des Bakterieneintrittes in den Körper. *F.*

Zur Züchtung des Gonococcus Neisser. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 34, 1893.)

Dr. GHON und Dr. SCHLAGENHAUFER haben in WEICHSELBAUM's Institut das übliche Serumagarverfahren zur Züchtung der Gonokokken auf zweierlei Weise modificirt. Ihre erste Modifikation entspricht der PFEIFFER'schen Methode der Züchtung des Influenzabacillus. Bestreicht man nämlich die Oberfläche einer Agarschichte mit einigen Oesen sterilen Menschenblutes, so gedeiht auf diesem Nährboden der Gonococcus sehr gut, während er auf der gewöhnlichen Agarmasse nicht wächst. Als zweite Modifikation empfehlen die Verfasser den Zusatz von saurem menschlichen Harn zum Agarnährboden. Dieses Urin-Pepton-Agar-Fleischbrühegemisch ist nach GHON und SCHLAGENHAUFER ein der Entwicklung des Gonococcus sehr zuträglicher Nährboden. *J. S.*

Dr. Paul Sendler (Magdeburg): **Zur operativen Behandlung der Hämorrhoidalknoten.** (Centralbl. für Chirurgie Nr. 34, 1893).

Verfasser theilt die Operationsmethode mit wie er sie ausgebildet hat. Vorauf geht die bei Mastdarmoperationen übliche Vorkur und eine sorgfältige objektive und subjektive Desinfektion. Der chloroformirte Kranke liegt in Steinschnittlage. Nach Hervorziehung der Knoten wird zuerst ein Schnitt durch die Haut geführt, dann im lockeren Zellgewebe der Knoten stumpf oder scharf unterminirt und unter sorgfältiger Schonung des Sphinkter in gesunder Schleimhaut umschnitten — Alles unter sofortiger Blutstillung —, worauf unmitelbar die Schleimhaut des Rectum mit der äusseren Haut durch exakte Nath vereinigt wird. — Hat man es mit einem Kranz vorgefallener und geschwollener Knoten, oder überhaupt mit einer be-

deutenderen Ausdehnung des Leidens zu thun, so empfiehlt es sich, schrittweise vorzugehen und nach Exstirpation jedes einzelnen Knotens sofort zu nähen. Auf diese Weise lässt sich auch in sehr schweren Fällen und bei schon recht blutleeren Menschen die Operation rasch und ohne nennenswerthen Blutverlust durchführen.

Nach Beendigung derselben wird ein mit Jodoformgaze umwickeltes Drain in das Rectum eingeführt und die Wunde mit einem anti- oder aseptischen Verbande bedeckt. Bei einfacher Diät wird der Stuhl 5 bis 6 Tage lang durch Opium angehalten, sodann sorgt man für eine möglichst leichte Entleerung. Nach ungefähr 8 Tagen können die Nähte entfernt werden; meist ist dann eine primäre Vereinigung eingetreten, höchstens stösst sich ein schmaler Randstreifen der Schleimhaut nekrotisch ab, ein Umstand, der aber gar nicht ins Gewicht fällt, da die Kranken das Bett verlassen und, falls sie nicht durch voraufgegangenen Blutverlust zu sehr geschwächt sind, nach weiteren 8 Tagen bereits eine leichte Beschäftigung aufnehmen können. Der kürzeste Aufenthalt in der Anstalt hat 4, der längste 21 Tage betragen, als mittleren Durchschnitt findet Verfasser 15 Tage.

Irgend welche störende Zwischenfälle, Nachblutungen, Periphlebitiden, phlegmonöse Prozesse, Thrombosen etc. hat SENDLER nicht beobachtet, ebenso wenig hat er einen Kranken verloren. Im Gegentheil war der Heilungsverlauf jedes Mal ein ganz glatter, nur klagten einzelne Operirte kurz nach der Operation über Schmerzen, die sich meist bis zum anderen Tage verloren, zuweilen aber eine Morphiuminjektion nothwendig machten, worauf sie dauernd verschwanden. Das ist aber auch das einzige unangenehme Ereignis, welches je zu verzeichnen war. Damit erledigen sich die Bedenken, welche früher gegen blutige Eingriffe bei Hämorrhoidalleiden gehegt wurden.

Weder die Funktion der Sphinkteren, noch die Fähigkeit der Stuhlentleerung hat in irgend welcher Weise gelitten. Beides hat sich in kurzer Zeit immer ganz normal gestaltet. Ist also das beschriebene Verfahren den sonst hier angewandten Methoden, die ausnahmslos auf dem Wege der Granulation zum Ziele strebten, bei reichlich gleicher Sicherheit schon durch die Kürze der Heilungsdauer überlegen, so fällt ausserdem noch der rasche Eintritt normaler Mastdarmfunktionen sehr vortheilhaft ins Gewicht. Enge Strikturen des Orificium recti, sind bei dem geschilderten Verfahren vollständig ausgeschlossen.

Verfasser glaubt daher, dasselbe mit gutem Gewissen allen Fachgenossen warm empfehlen zu dürfen. *F.*

J. T. Jelks: Das Alter der Syphilis und Moses als Hygieniker. (The Journal of the American Medical Association. XXI, 4. 22. Juli 1893.)

Eine im «British Museum» zu London verwahrte Keilschrift aus den Zeiten des alten babylonischen Reiches erzählt, dass Istan, die Göttin der sinnlichen Liebe, den Nimrod zur Sühne für eine Schmach, die er ihr angethan, mit einer qualvollen Krankheit bestrafte.

Auf seinen Wegen, Heilung zu suchen, kam er endlich in die Unterwelt, deren Gott ihn im Lebensbrunnen baden hiess, mit den Worten: «Der Mann, den Ihr hier sehet, hat seinen Leib bedeckt mit Knoten; Schuppen haben seine Haut verändert. Im Wasser wird sich die Haut seines Körpers und auch die seiner Schamtheile erneuern und er wird geheilt heimkehren.»

Nach des Verfassers Meinung ist jeder Zweifel, dass es sich hier etwa um eine andere Krankheit als um Lues handle, ausgeschlossen, und es ist dies wohl die älteste Kunde, die wir von dieser Krankheit besitzen.

Im alten Testamente befasst sich der Autor zunächst mit Abraham, der bekanntlich der Hungersnoth Willen mit seiner Gattin Sarah nach Egypten gezogen war. Die grossen Plagen, welche über Pharao und sein Haus kamen, sollen (wie Dr. BURET, ein Franzose, vermuthet) eine Strafe dafür gewesen sein, dass der Egypterkönig im Verkehre mit Sarah eine venerische Krankheit acquirirte, und in weiterer Folge an seinen Hofstaat übertragen haben soll. Auch König Abimelech infizirte sich an Abrahams Weib, er übertrug die Krankheit an seine Frauen, und die Vermuthung, dass es sich auch hier um Syphilis gehandelt habe, wird durch die Thatsache bestärkt, dass alle diese Frauen durch lange Zeit keine Kinder zur Welt brachten. Sarah selbst war lange steril und wurde erst in späteren Jahren schwanger.

König David wieder wurde eine Strafe zu Theil, weil er einen seiner Feldherren bei Seite geschafft, und dessen schöne Gattin Both-Selon geheiratet hatte; das Kind, das ihm diese Frau zur Welt gebracht, starb nach einigen Tagen und er selbst ward schwer krank, wie aus seinen Klagen hervorgeht: «Heile mich, o Herr, denn ich bin siech und meine Knochen sind krank, und ich diene Allen zum Spotte». «Nichts ist mehr gesund an meinem Fleische, ich habe stinkende Wunden in Folge meines Leichtsinns». «Das Licht meiner Augen ist nicht mehr bei mir, und meine Knochen trennen sich». «Meine Freunde scheuen meine Plage, und die meinen Körper gesehen haben, laufen weg von mir». Diese etwas vagen Symptome können zusammengehalten doch für Ausdruck einer tertiären Lues (nächtliche Schmerzen und Eiterung der Knochen, ulcerirende Gummen) gehalten werden und es ist ausserdem noch auffallend, dass sich der Psalmist für seine Leiden verspottet sieht, anstatt bei seiner Umgebung Bedauern hervorzurufen; sein neugeborenes Kind dürfte an hereditärer Syphilis zu Grunde gegangen sein.

In seinen Sprüchen warnt Salomon vor dem Umgang mit Prostituirten, «gehet Ihnen nicht nahe, um nicht Euer Leben einer schrecklichen Zukunft auszusetzen; damit nicht Euer Fleisch und Eure Beine vergiftet werden durch einen Fehltritt; wer mit den Dirnen zu thun hat, wird unrein werden, denn Brand und Würmer werden an ihm nagen und er wird als ein abschreckendes Beispiel dienen». Als die Juden mit den Töchtern der Moabiter verkehrten, brach eine furchtbare Seuche unter ihnen aus, was Moses veranlasste, alle die krank geworden waren hinrichten zu lassen — wie die heilige Schrift erzählt, verloren damals 24000 Männer ihr Leben. Mit dieser so radikalen Massregel gab sich Moses nicht zufrieden, sondern zog auch noch gegen die Moabiter zu Felde; als er hörte, dass die Hebräer ihre männlichen Feinde getödtet, die Weiber aber für gefangen erklärt und mit heimgebracht hatten, ward er ungehalten und sprach: «Sind das nicht die Weiber, welche die Söhne Israels verführt haben? sind sie nicht der Quell der Seuche, die unser Volk betroffen hat? Darum tödtet alle von ihnen, die mit Männern verkehrt haben, den Jungfrauen sei ihr Leben geschenkt!» Dieser Befehl Moses ward ausgeführt.

Dass die Seuche «Baal Peor», von der in der heiligen Schrift so oft die Rede, nichts Anderes sei als Lues, hält der Autor für erwiesen; um Lepra, jene von den Orientalen so gut gekannte Krankheit, kann es sich nicht handeln, denn es wird oft genug gesagt, dass die mannigfaltigen Symptome jedesmal nach einem unreinen Beischlafe aufgetreten seien; auch hätte ein in seinen hygienischen Anordnungen so weiser Gesetzgeber wie Moses, gewiss nicht so strenge und grausame Verfügungen getroffen, wenn etwa minder folgenschwere Affektionen (Urethritis, Ulcera mollia etc.) vorgelegen hätten.

In chinesischen Urkunden endlich (aus dem Jahre 2700 v. Chr.) wird eine Krankheit erwähnt, die nur durch den Gebrauch von Mercur heilbar ist. Ja, der Autor geht noch weiter zurück; an ausgegrabenen Knochen — von Sachverständigen als 60.000 Jahre alt bezeichnet — sollen Auftreibungen, syphilitische Exostosen gefunden worden sein, was ihn zu dem Urtheile führt, die Syphilis sei so alt wie das Menschengeschlecht. *A. P.*

Professor J. B. Herrick (Chicago): **Ueber Diuretin.** (Journal of the «American Medical Association.»)

1. Das Diuretin, welches durch direkte Anregung des Nierenepithels wirkt, ist bei verbreiteten Oedemen stets indicirt.

2. Es ist das vortrefflichste Mittel bei allen ödemartigen Anschwellungen, entstanden durch Herzklappenfehler, auch dann, wenn Digitalis und die anderen Herztonica erfolglos waren.

3. Man kann sehr gut den Gebrauch von Diuretin mit dem von Digitalis und anderen Herztonicis verbinden.

4. Das Diuretin hat wahrscheinlich ebenso wie auf die Nieren auch einen direkten Einfluss auf das Herz, indem es die Herzaction verlangsamt und kräftigt.

5. Das Diuretin übt oft einen nützlichen Einfluss bei den mit Cirkulationsstörungen und Anasarca verbundenen Krankheiten wie Myocarditis, Pericarditis, Aneurysmen und Arteriosklerose, dochist hier seine Wirkung viel unsicherer wie bei den Erkrankungen der Herzklappen.

6. Bei Anasarca in Folge von Nephritis kann man Diuretin, ohne irgend welche Nierenreizung zu befürchten, geben. Dort, wo das Nierenepithel bereits verändert ist, leistet das Mittel nichts mehr.

7. Bei dem Anasarca in Folge von Cirkulationsstörungen in der Porta ebenso wie bei Lebercirrhose wirkt Diuretin im Allgemeinen nicht.

8. Manchmal beobachtet man nach Diuretin Erbrechen, Kopfweh, Diarrhoe, selten einen Hautauschlag.

9. Man gibt von Diuretin als grösste Menge pro Tag 10 *gr*, als mittlere 5—8 *gr*, in Einzeldosen von ca. 1 *gr*. Bei Kombination mit anderen Herztonicis wählt man kleinere Dosen.

10. Man verordnet das Diuretin in Wasser oder Milch, in Pillen oder Kapseln, indem man alle Säure vermeidet und es zwischen den Mahlzeiten nehmen lässt.

Dr. Abbe: Die Behandlung der Gallenstein-Stenose. (New-York Med. Record. Mai 1893.)

Der Autor meint, dass die Stenose des gemeinschaftlichen Gallenganges, von einem chirurgischen Standpunkte betrachtet, durchaus nicht die schwerste Form der Gallensteinkrankheit sei. Es gibt im Ductus chole lochus keinen einzigen Punkt, aus dem man nicht incarcerirte Gallensteine entfernt hat. Die Litteratur, betreffend die Fälle, in denen man eine ausgiebige Incision in den erweiterten Ductus choledochus vornahm und wo die Sutur der Wände derselben eine augenblickliche Heilung zur Folge hatten, ist jetzt eine ungemein reiche. Die Genesungen nach dieser Incision, — wie eben angegeben wird — zeigen ein derart gleichmässiges Bild, dass diese Operation als kaum mehr gefährlich betrachtet wird, als Incision und Drainage der Gallenblase. Es ist freilich eine schwierigere Operation, wenn es sich darum handelt, einen verhältnissmässig kleinen Ductus choledochus in einer tiefen Wunde zu nähen, aber in denjenigen Fällen, in welchen der gemeinschaftliche Gallengang pathologisch erweitert ist, sind die Wände desselben verdickt, und wenn der Stein entfernt worden ist, liegen sie so bequem da, dass man sie leicht fassen und durch Nähte vereinigen kann. Die kontinuirliche Seidennaht wird für die beste gehalten. Es ist auch dargethan worden, dass man den incidirten Gang offen lassen kann, und dass dennoch Heilung eintreten kann, wofern man für eine Drainage des tiefen Theiles der Wunde Sorge trägt. Wenn der Gallenstein nahe der Duodenalöffnung des Ductus choledochus incarcerirt ist, so ist der einzig sichere Weg, ihn zu entfernen, ein Eröffnen des Darmes. Die Wunde in den Schichten des Duodenum ist nach der Ansicht des Autors eine unschuldige Zugabe zum chirurgischen Eingriff, wenn dieselbe gehörig durch Nähte geschlossen wird.

Während der Autor einerseits zugibt, dass die Cholelithotripsie unter gewissen Umständen eine gerechtfertigte und nützliche Operation sei, so meint er jedoch, dass die freie Incision jetzt als eine ebenso sichere und erfolgreiche Methode anerkannt sei, dass irgend ein anderes Substitut für dieselbe — ausser in Nothfällen — nicht das beste chirurgische Verfahren darstellen würde. Hochgradiger Icterus bilde keine Contraindikation gegen das chirurgische Eingreifen in Fällen von Stenose durch Gallensteine.

In zwei sehr erfolgreichen Fällen von Incision des Ductus choledochus hatte der Icterus über zwei Jahre lang angehalten und in einem dieser zwei Fälle hatte das Blut in Folge der retinirten Galle eine ausgesprochen schlüpfrige Beschaffenheit.

Dr. Abbe plaidirt auch dafür, in geeigneten Fällen eine Anastomose zwischen der Gallenblase und dem Darm herzustellen.

Die Methode, eine Doppelreihe von Nähten nach Lembert anzulegen, zieht Autor vor den Platten- und Knopfnähten vor.

Um einen konsekutiven Verschluss der Oeffnung durch Narbenstenose und eine Recidive des Icterus zu vermeiden, sollen die Incisionen in der Gallenblase und im Darm eine Länge von je $1^1/_2$ Zoll haben.

Autor hält es auch für rathsam, das Colon und nicht den Dünndarm zu eröffnen. Die Galle wird jetzt nicht als ein nothwendiges Verdauungssekret betrachtet, und die Individuen, welche mit einer äusseren Gallenfistel behaftet sind, und die alle ihre Galle auf diese Art verlieren, nehmen oft an Gewicht und Gesundheit zu.

L. L.

Weill (Lyon): **Nervöse Störungen bei Tuberkulösen.** (Revue de Médecine 1893, Heft VI.)

In einer lesenswerthen Studie über diesen Gegenstand gelangt Weill zu folgenden Schlussbetrachtungen:

Sowohl beim Manne als auch beim Weibe wird die Lungentuberkulose in fast 50% der Fälle von einem besonderen nervösen Symptomenkomplex begleitet, der durch eine Hemihyperästhesie, von Seiten der Muskeln, der Gelenke und der Knochen charakterisirt ist. Diese Hyperästhesie, die von spontanen Schmerzen unabhängig ist, kann sich über den ganzen Körper ausdehnen, sie bleibt jedoch in der Regel vorherrschend an bestimmten Körperstellen (Hals, Stamm). Die tiefe Hemihyperästhesie gesellt sich zu Störungen der Hautsensibilität: Anästhesie oder Hyperästhesie, die entweder an der gleichen oder an der entgegengesetzten Seite sitzt. Sie wird auch sehr oft von einer regelmässigen koncentrischen Einschränkung des Gesichtsfeldes an einem oder beiden Augen, selten von Muskelschwäche an derselben Seite der Sensibilitätsstörungen begleitet.

Die Hyperästhesie der Muskeln ist das konstanteste Symptom, welches allen anderen vorausgeht und welches auch am letzten verschwindet.

Die nervösen Störungen bei tuberkulösen Leuten entwickeln sich binnen kurzer Zeit; sie erreichen ihr Intensitätsmaximum in einem Zeitraum von einigen Tagen bis zu zwei Monaten. Ihre Dauer erstreckt sich selten über drei Monate hinaus. Sie haben einen wesentlich vorübergehenden Charakter: sie gehen für gewöhnlich langsam aber progressiv binnen einigen Wochen zurück. Sie zeigen weder in Bezug auf Intensität noch hinsichtlich ihrer Vertheilung einen fixen Zusammenhang mit dem Sitze, der Ausbreitung und Schwere der Lungenaffektion. Im Allgemeinen treten sie in den ersten Monaten der Entwicklung der Tuberkulose auf; sind sie aber einmal deutlich zu Tage getreten, dann erlangen sie eine augenscheinliche Unabhängigkeit gegenüber der Lungentuberkulose. Man begegnet ihnen sowohl bei gutartigen als auch bei schweren Formen der Tuberkulose.

Die nervösen Störungen scheinen manchmal einen geradezu umgekehrten Verlauf zu jenen der Lungenerscheinungen zu nehmen, indem sie besonders ausgeprägt sind, wenn diese letzteren abnehmen, und sich bessern, wenn die Lungensymptome eine Verschlimmerung erfahren. In der Mehrzahl der Fälle jedoch ist der Verlauf bei beiden parallel. Vor Allem findet man eine innige Beziehung zwischen den nervösen Symptomen und jener Form von Tuberkulose, die von Erethismus, starken Hustenanfällen, Depressionsgefühl, Vomitus, und Palpitationen begleitet ist.

Durch die Gesammtheit ihrer Merkmale nähern sich die nervösen Störungen bei Tuberkulösen den hysterischen Zeichen. Indess war bei den untersuchten Kranken weder eine hereditäre Belastung, noch eine konvulsivische Manifestation, noch irgend ein besonderer Geisteszustand vorhanden. Es handelt sich um einen hysteriformen Zustand, der als symptomatischer Ausdruck ganz eigenartig erscheint, der aber auch ziemlich eingeschränkt ist und unfähig ist irgend welche Aenderung in seiner Evolution zu zeigen.

Nach Ansicht des Verfassers sind diese nervösen Störungen bei Tuberkulösen weder auf eine Wirkung des Tuberkelbacillus auf die Nervencentren noch auf eine Intoxikation mikrobischen Ursprungs zurückzuführen. Sie rühren vielmehr höchstwahrscheinlich von einem centripetalen Reize her, dessen Ausgangspunkt in den sensiblen Nervenfasern der Bronchien und der Lunge liegt.

A. D.

Dr. E. H. Griffin: Hysterische Aphonie. — (New.-York Med. Journal.)

Dr. E. H. Griffin berichtet über einen ungewöhnlichen Fall hysterischer Aphonie. Die Patientin, 18 Jahre alt, war während eines Jahres mehr oder weniger aphonisch. Ihre Konservation fand

in der Regel in einer leisen heisern Flüsterstimme statt, nicht genügend laut, um durch die Ausdehnung eines gewöhnlichen Zimmers hindurch gehört zu werden. Beim Singen war jedoch ihre Stimme klar und, volltönend und die Worte des Liedes wurden deutlich verstanden. Wenn sie jedoch dieselben Worte auf die gewöhnliche Art zu sprechen versuchte, so machte sich eine leise Flüsterstimme geltend.

Eine Untersuchung des Larynx zeigte, dass die Stimmbänder die normale Farbe hatten und dass sie sehr nahe aneinander lagen, ein Zustand, den man bei diesen hysterischen, stimmlosen Kranken nicht fürs gewöhnliche antrifft. Die Menstrual- und Uterinzustände waren bei der Kranken fast normal, so dass sie nicht als die Ursache der in Rede stehenden Erkrankung angesehen werden konnten.

Die Behandlung, bestehend in der Verabreichung von tonischen Mitteln, in der Anwendung der Elektrizität und in einer sehr mühevollen Disciplin der Stimme, zum Theil, wenn auch nicht hauptsächlich, in einer moralischen Beeinflussung der Patientin bestehend, bedingten allmählich einen besseren Zustand der Stimme. Gegenwärtig und auch schon während der letzten Wochen, bestand keine Aphonie.

Diese Form der Aphonie, welche gemeinhin eine hysterische genannt wird, betrifft hauptsächlich Frauen, sie ist aber nach den Erfahrungen des Autors, bei Männern nicht unbekannt. In einem von Dr. GRIFFIN's Fällen, betreffend einen jungen Mann, der einem übermässigen Kaffeegenusse ergeben war, bestand während einiger Monate Verlust der Stimme; die Stimmbänder zeigten eine unvollkommene Apposition, waren aber sonst ganz normal.

Der junge Mann war von gereizt nervöser Stimmung und hatte schlechte Träume; dies kam auf Rechnung des Umstandes, dass er die Gewohnheit hatte, sieben oder acht Tassen Kaffee täglich zu trinken. Die Aphonie wurde beseitigt, als man ihm dieses Getränk entzog und sowohl eine medikamentöse Behandlung mit Brom als auch eine moralische Behandlung einleitete.

Die chronische Heiserkeit in solchen Fällen kann den Praktiker zu der Meinung verleiten, dass irgend eine Strukturveränderung vorhanden sei, aber dieser Irrthum wird sofort durch eine Untersuchung des Larynx beseitigt.

Die Prognose kann günstig gestellt werden, wenn die Gesangsstimme fortfährt normal zu sein. *L. L.*

Pauly (Lyon): **Aktinomykose beim Menschen.** (Le Bulletin Méd. 1893).

Vor der «Société de Médecine» in Lyon berichtete PAULY über einen neuen Fall von menschlicher Aktinomykose. Es handelt sich um einen 65 Jahre alten Landmann, frei von hereditärer Belastung. Im 36. Lebensjahre überstand er einen Typhus.

Die Aetiologie in diesem Falle ist sehr dunkel: die Thiere, die im Besitze des Mannes sind, leiden an keinerlei Krankheit.

Die Affektion bei diesem Kranken begann mit einer kleinen Nodosität am linken Kieferwinkel, die erbsengross, hart und nicht schmerzhaft war. Da sie an Umfang zunahm und noch schmerzhafter wurde, machte ein Arzt die Incision.

Der vorgestellte Patient versicherte, dass heute seine Läsion weniger ausgedehnt ist. Sie sitzt an der linken Halsseite unterhalb des Kiefers und bietet mehrere Fistelöffnungen dar, aus welchen beim Drücken Eiter mit dem charakteristischen gelben Detritus heraustritt. Die Präparate lassen sofort die Aktinomykose erkennen. Der Kieferknochen ist gesund, und es scheint, dass die Läsion der Haut allein angehöre. *A. D.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Leoben. Dem Bezirksarzte in Leoben, kaiserl. Rath Dr. Karl Gubatter, wurde das Ritterkreuz des Franz Josephs-Ordens verliehen.

— Budapest. Universitätsdozent Dr. Ernst Jendrassek wurde zum ausserordentlichen Professor für Nervenkrankheiten an der Budapester Universität ernannt.

— Berlin. Prof. Joh. Gad, Vorstand der experimentell-physiologischen Abtheilung des physiologischen Institutes unter Prof. Dubois-Reymond, wurde auf ein Jahr beurlaubt, um in Cleveland (Ohio) den physiologischen Universitäts-Unterricht zu organisiren.

— Bonn. Prof. Ernst Pflüger, wurde zum Ritter der Friedensklasse des Ordens pour le mérite gewählt. — Dr. Leonhard Jores hat sich als Privatdozent für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie habilitirt.

— Königsberg. Der Physiologe Prof. Ludimar Hermann feierte sein 25jähriges Professor-Jubiläum.

— Rom. Dr. Morchen hat sich als Privatdozent für Anthropologie und Dr. Montemartini als Privatdozent für physiologische Chemie an der Universität Rom habilitirt.

*Vom Obersten Sanitätsrathe. Am 26. August trat der Oberste Sanitätsrath aus Anlass der sich immer drohender gestaltenden Choleraverhältnisse zu einer Sitzung zusammen, in welcher die Beurtheilung der durch die Choleraverhältnisse geschaffenen Situation und die Berathung über die zur Verhütung eines weiteren Umsichgreifens der Krankheit im diesseitigen Reichsgebiete zu treffenden ferneren Massnahmen den hauptsächlichsten Verhandlungsgegenstand bildeten. Der Fachrath nahm die Vorkehrungen, welche seitens der politischen Verwaltung bisher getroffen wurden, um die aus dem Marmaroser Comitate nach Galizien durch zahlreiche Flüchtlinge verschleppte, und abgesehen von mehrfachen einzelnen Fällen im Gerichtsbezirke Delatyn epidemisch herrschende Krankheit einzuschränken und die Bildung neuer Infektionsherde, zu welchen durch die Abreise von Personen und insbesondere von Arbeitern aus dem Choleragebiete in andere Gegenden vielfach Anlass geboten ist, zu verhindern, was bisher im Grossen und Ganzen auch in wirksamer Weise erreicht, wurde zustimmend zur Kenntniss. Der Oberste Sanitätsrath sprach sich dahin aus, dass die Gefahr der Verbreitung der Cholera einerseits von Galizien aus, in weit höherem Masse jedoch von Ungarn aus, wo sie in zahlreichen östlichen Comitaten herrscht, in bedrohlicher Weise gestiegen ist und um so grössere Vorsicht geboten sei, da über die Verbreitung der Cholera in Ungarn bisher keine vollständige Klarheit herrscht, und die in gegenwärtiger Zeit stattfindende Bewegung von Feld- und Bauarbeitern dieser Verbreitung besonders günstig ist und etwa eintretende grössere Truppenbewegungen unter den obwaltenden Umständen geeignet wären, diese Gefahr zu steigern. Auf Grund dieser Verhältnisse erachtete es der Oberste Sanitätsrath als nothwendig, dass die Ueberwachung der fluktuirenden Bevölkerung, welche aus Choleragegenden unter Benützung der Eisenbahn oder auf Schiffen in das diesseitige Reichsgebiet übertritt, in möglichst ausgedehnter Weise gesichert werde und daher sowohl die erforderlichen Eisenbahn-Revisionsstationen zu aktiviren, als auch zur Ueberwachung der auf der Donau aus Ungarn stromaufwärts fahrenden Schiffe eigene Schiffs-Revisionsstationen einzurichten sind. Der Oberste Sanitätsrath stellte die Grundsätze, welche bei der Einrichtung einer solchen Ueberwachung des Schifffahrtsverkehrs zu beobachten sind, fest. Derselbe erachtete es ferner für nothwendig, dass die Bevölkerung die im vorigen Jahre vom Ministerium des Innern herausgegebene, im Verlage von A. Hölder in Wien erschienene gemeinverständliche Belehrung über Cholera und Choleramassnahmen sorgfältig beachte, und dass in dieser Richtung auch seitens der berufenen Kreise, insbesondere von Seite der Seelsorger belehrend auf die Bevölkerung eingewirkt werde. Im Weiteren wurde der Vorschlag zur Besetzung einer erledigten Landes-Sanitätsreferentenstelle erstattet.

* Von der Wiener mediz. Fakultät. Es verlautet mit grosser Bestimmtheit, dass in allernächster Zeit eine vierte medizinische Klinik und eine dritte chirurgische Klinik errichtet werden sollen. Zur Leitung der neu zu errichtenden medizinischen Klinik soll Prof. Fr. Kraus ausersehen sein. Die nöthigen Lokalitäten im allgemeinen Krankenhause sollen durch die freiwillige Pensionirung eines älteren Primararztes verfügbar werden, indem die so vacant gewordene Abtheilung zur Klinik umgestaltet werden

soll. Zur dritten chirurgischen Klinik soll Prof. Weinlechner's Abtheilung umgestaltet werden, die diesem Zwecke schon mehrere Jahre lang dient, da Prof. Weinlechner ja schon längere Zeit hindurch chirurgische Klinik abhält. Soll mit diesen Massregeln der Ueberfüllung der Hörsäle wirksam entgegengearbeitet werden, so müsste wohl auch der Vorlesungsraum der bisherigen I. chirurgischen Abtheilung wesentlich vergrössert werden.

* Budapest. Die erste der vom hiesigen humanitären Vereine «Toleia zur Bekämpfung der Prostitution» zu gründenden Ordinationsanstalten wird demnächst im äusseren Theile der Leopoldstadt eröffnet, nachdem das Ministerium des Innern die Errichtung desselben genehmigt. Die neu zu eröffnende Anstalt wird nur vollkommen Unbemittelten ärztliche Behandlung zu Theil werden lassen. Als ordinirende Aerzte werden die Spezialisten Dr. Hugo Feleki, Chefarzt der Anstalt und die DDr. Ludwig Török und Rudolf Temesváry fungiren.

* VIII. Internationaler Kongress für Hygiene und Demographie in Budapest 1894. Wie bekannt, findet der nächste VIII. internationale Kongress für Hygiene und Demographie im Monate September des nächsten Jahres unter dem allerhöchsten Protektorate seiner k. und k. apost. Majestät in Budapest statt. Die Vorarbeiten für den Kongress nehmen einen sehr regen Fortgang, indem die Referate sowohl für die 19 hygienischen, als für die 7 demographischen Sektionen nicht nur festgestellt, sondern auch bereits die betreffenden Referenten des Auslandes um Uebernahme der Referate ersucht wurden und bereits jetzt von Seite derselben vielfach Zusagen einliefen. Spätestens Anfangs des künftigen Monats werden die weiteren Fragen nach einzelnen Sektionen zusammengestellt, an alle Gelehrten des Auslandes versendet werden, so, dass noch vor Beginn des Herbstes die Vorarbeiten für den wissenschaftlichen Theil des Kongresses nahezu vollendet sein werden. In Verbindung mit dem Kongresse findet auch eine hygienische Ausstellung statt, die insofern als Spezialität gelten soll, da sie nicht als Industrie-Ausstellung, sondern speziell als Illustrationsausstellung der auf dem Kongresse zu haltenden Vorträge organisirt werden wird. Das detaillirte Programm dieser Ausstellung dürfte auch spätestens im Monate September bekannt gegeben werden.

Sobald das Exekutiv-Komité hinreichend orientirt sein wird, welche Gelehrten des Auslandes an dem Kongresse theilnehmen werden, sollen die Ehren-Präsidenten designirt werden.

Nach Schluss des Kongresses werden mehrere Ausflüge vorbereitet, von denen namentlich derjenige nach der unteren Donau, zum eisernen Thor und nach Konstantinopel eine grosse Attraction ausüben dürfte.

* Lille. Dr. M. Ch. Debierre aus Lille ist mit einer wissenschaftlichen Mission in Italien beauftragt, zum Zwecke, die anatomischen und anthropologischen Sammlungen dieses Landes zu studiren und seine Untersuchungen über Cranilogie und Craniometrie dort zu vervollständigen.

* Aufnahme von Aerzten für Bosnien und die Hercegovina. Die Landesverwaltung für Bosnien und die Hercegovina beabsichtigt für den Fall des Ausbruches der Cholera im Occupationsgebiete eine Anzahl von Aerzten auf die Dauer der Epidemie gegen ein Honorar von täglich 20 Gulden und gegen Vergütung der Kosten für die Hin- und Rückreise zu engagiren, beziehungsweise Aerzte für die obige eventuelle Verwendung jetzt schon in Vormerkung zu nehmen. Diesbezügliche Reflectanten wollen ihre instruirten Gesuche unverweilt an das bosnische Bureau des gemeinsamen Ministeriums, I. Schellinggasse 5, gelangen lassen.

* Von der in Merlin's Verlag erscheinenden «Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften» ist Heft 5 der II. Abtheilung (Lieferung 10 des ganzen Werkes) erschienen.

* Todesfall. In Wien ist der Ministerialrath i. P., Dr. F. Ulrich, der erst die Stellung eines Primararztes im allgemeinen Krankenhause, dann jene eines Direktors des Rudolph-Spitales bekleidete, um hierauf zum Sanitätsreferenten im Ministerium des Innern ernannt zu werden, gestorben.

* Cholera. Wien. Am 29. August wurde der erste Cholerafall in Wien konstatirt. Die bakteriologische Untersuchung des Darminhaltes eines am 27. v. M. im Kaiser Franz Joseph-Spitale unter choleraverdächtigen Erscheinungen Verstorbenen (Franz Eggenfellner) hat das Vorhandensein der für die Cholera asiatica charakteristischen Bacillen ergeben. Eggenfellner war im städtischen Lagerhause beschäftigt, er erkrankte angeblich am 22. v. M. an Durchfall, war aber am 24. wieder arbeitsfähig; am 25. neuerlich erkrankt, wurde er in das Spital der Barmherzigen Brüder gebracht und von dort am 26. auf die Infektionsabtheilung des k. k. Kaiser Franz Joseph-Spitales transferirt; sämmtliche Orte, an welchen sich der Patient aufgehalten hatte, wurden sofort behördlich desinficirt. Dieser Fall ist bisher vereinzelt geblieben. — In Berlin wurden am 31. August 2 neue Erkrankungen gemeldet. — In England wurde der erste Fall asiatischer Cholera am 31. August zu Grimsby konstart. — Vom 15.—22. August ereigneten sich in Galizien nachfolgende Erkrankungen, respektive (Todesfälle): Im politischen Bezirke Brzeszow 3 Erkrankungen, darunter 1 Todesfall; im Bezirke Horodenka 3 Erkrankungen, darunter 1 Todesfall; im Bezirke Kolomea 14 Erkrankungen, darunter 10 Todesfälle; im Bezirke Limanowa 2 Erkrankungen, darunter 2 Todesfälle; im Bezirke Nadwórna 52 Erkrankungen, darunter 25 Todesfälle, wobei namentlich die Gemeinden Delatyn, Dobrotów und Mikuliczyn von der Seuche hergenommen waren; im politischen Bezirke Sniatyn 3 Erkrankungen, darunter 2 Todesfälle, endlich im politischen Bezirke Sokal 1 Erkrankungsfall, der ebenfalls letal endete. Bis zum 22. August sind sonach in 22 Gemeinden Galiziens 130 Personen an Cholera erkrankt und 83 gestorben. — Die in der Vorstadt Horecza der Landeshauptstadt Czernowitz (Bukowina) am 16., beziehungsweise 19. August gemeldeten choleraverdächtigen Fälle erwiesen sich bei der bakteriologischen Untersuchung als wahre asiatische Cholera. 1 Fall ging tödtlich aus. — In Marseille sind in der Zeit vom 25. Juli bis 7. August 55 choleraverdächtige Todesfälle bekannt geworden. Aus anderen Städten Südfrankreichs werden fortgesetzt einzelne Cholerafälle berichtet. Auch in den nordafrikanischen Besitzungen Frankreichs greift die Cholera um sich. Unter dem 10. August wird aus Constantine gemeldet, dass sie in dem gleichnamigen Departement ausgebrochen sei, und in den südlichen Kreisen Nafta und Tozeur der Regentschaft Tunis sollen seit Ende Juli täglich etwa 10 Personen an der Cholera gestorben sein. — In Neapel hält sich die Epidemie in mässigen Grenzen; es kamen meist 8—10 Todesfälle täglich vor. Aus mehreren anderen Orten in der Nähe: Sulmano, Trivento, Fossalto (Provinz Campobasso) werden einzelne Cholerafälle berichtet. Aus Oberitalien verlautet nur aus dem Gefängniss in Fossano bei Turin von einer verdächtigen Erkrankung. In Rom ist am 12. August wieder eine aus Neapel zugereiste Person an Cholera gestorben. — In Rumänien greift die Cholera um sich. Die meisten Erkrankungen sind in Sulina vorgekommen, wo auch die Garnison betroffen ist; neuerdings ergriffen sind Galatz und Fetesci; auch aus Bukarest wird von choleraartigen Erkrankungen berichtet. Folgende Zahlenangaben liegen aus Rumänien vor: Braila 11. August 14 (6), 12. bis 14. August 27 (15), 15. August 12 (6), 16. August 8 (12), 17. August 9 (2) Erkrankungen (Todesfälle); Sulina 11. August 24 (11), 12.—14. August 43 (17), 15. August 14 (12), 16. August 13 (8), 17. August 10 (3); Cernawoda 11. August 3 (2), 12. bis 14. August 9 (3), 15. August 9 (0), 16. August 2 (1), 17. August 0; Galatz 12.—14. August 3 (1), 15. August 11 (0), 16. August 9 (2), 17. August 10 (7); Fetesci 16. August 3 (5), 17. August 5 (2) Erkrankungen (Todesfälle). Vom 24. auf den 25. August in Braila 10, in Galatz 4, in Sulina 6, in Cernawoda 13, in Tulcsa 2 und in Calarasi 2 neue Cholerafälle vorgekommen 12 Personen starben, 26 wurden geheilt. — In Russland hat die Cholera sich stark verbreitet. Mit Ausnahme der nördlichsten Gebiete und der Ostseeprovinzen ist fast das ganze europäische Russland verseucht.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 10. September 1893.** **Nr. 37.**

„**Internationale Klinische Rundschau**“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Tuberkulöse Larynxtumoren.

Von **Dr. M. Hajek,**

Assistent der laryng. Abtheilung an der allgem. Poliklinik in Wien.

Unter den mannigfachen tuberkulösen Krankheitsformen des Kehlkopfes erregen die sogenannten tuberkulösen Kehlkopftumoren unser ganz besonderes diagnostisches Interesse. Es werden hierbei Tumoren gemeint, welche streng begrenzt sind, fast an jedem Theile der Schleimhaut des Kehlkopfes entspringen können, ein Mal mehr breitbasig, ein ander Mal mehr gestielt sind, und was das wichtigste Kriterium derselben bildet, allenthalben mit Schleimhaut bekleidet sind. Ihre Oberfläche ist glatt oder höckerig, nicht selten mit papillomatösen Auswüchsen versehen, sie erwecken bei der laryngoskopischen Untersuchung den Eindruck, dass es sich um ein gewöhnliches Fibrom oder Papillom handelt, mit welchen sie eine vollkommene Aehnlichkeit besitzen und nur eine genaue Untersuchung des ganzen Individuums lässt manchmal die Vermuthung wach werden, dass hinter dem scheinbar gutartigsten Tumor möglicherweise eine tuberkulöse Erkrankung verborgen ist, in den meisten Fällen bringen aber erst die histologische Untersuchung und der spätere Krankheitsverlauf den definitiven Beweis, dass es sich um eine tuberkulöse Erkrankung handelt.

Aus dem Erwähnten ist schon zur Genüge erklärlich, warum tuberkulöse Kehlkopftumoren vor wenigen Jahren noch als Curiosa in der Literatur angeführt wurden. Erst in den letzten Jahren, seitdem die Thatsache evident wurde, dass die äussere Erscheinungsform einer Kehlkopfgeschwulst noch nicht mit Sicherheit für deren Charakter spricht, hat man allenthalben, wo man in der Lage war, polypen- und papillomähnliche Geschwülste des Larynx zu mikroskopiren, das öftere Vorkommen von tuberkulösen Larynxtumoren constatiren können.

Es sind bisher bei 40 Fälle von tuberkulösen Larynxtumoren aus der Literatur zusammenzustellen. Diese Fälle sind jedoch durchaus nicht gleichwerthig, um zur Klärung unserer Anschauungen herangezogen zu werden. Manche Beobachtungen entbehren der die Sicherheit der klinischen Beobachtungen verbürgenden mikroskopischen Untersuchung, bei anderen, zumeist älteren Beobachtungen gewinnt man den Eindruck, dass es sich um das Vorkommen von hyperthrophischen Granulationen, welche in der Umgebung von tuberkulösen Geschwüren aufzutreten pflegen, gehandelt habe.

Dass diese letztere aber mit den eigentlichen tuberkulösen Tumoren nicht verwechselt werden dürfen und sollen, darüber sind alle Autoren einig, da die erwähnten Granulationen so gewöhnliche Vorkommnisse sind, dass sie fast als selbstverständliches Attribut tuberkulöser Kehlkopfgeschwüre aufzufassen sind.

Die erste, nahezu mit Sicherheit verbürgte Beobachtung rührt von Ariza[1]) (1877) her. Es handelte sich um einen beiläufig nussgrossen, vom Tuberkulum der Epiglottis entsprungenen, mit intacter Schleimhaut bekleideten Tumor, welcher sich nach der, der Exstirpation gefolgten mikroskopischen Untersuchung als «tuberkulös» herausstellte. Ariza gebührt somit unzweifelhaft die Priorität dieser Entdeckung. Der klaren Beschreibung Ariza's gegenüber, scheint mir die Ansicht von Avellis[2]) nicht auf Recht zu bestehen, dass Tobold schon im Jahre 1866 eine präcise Beschreibung von tuberkulösen Kehlkopfgeschwülsten gegeben hätte, da selbst aus dem von Avellis angeführten Citate meiner Ansicht nach hervorgeht, dass Tobold unter den «tuberkulösen Vegetationen» die schon früher erwähnten Granulationsgeschwülste gesehen und beschrieben hat.

Der zweite Fall rührt von einer Beobachtung an der Leiche durch J. N. Mackenzie[3]) (1882) her, derselbe Fall, der später von Chiari in dem Berichte des Rudolfspitales ausführlicher wiedergegeben wurde. Hier bestand der, das Vestibulum des Larynx einnehmende Tumor aus fibrös käsigen Massen.

[1]) La tisis laryngea, Anfiteatio anatomico Esparol. 1877/78.

[2]) Tuberkulöse Larynxgeschwülste. Deutsche med. Wochenschrift. 1891. Nr. 32 u. 33.

[3]) Tubercular Tumours of the Windpipe. Clinical Society of Maryland. Juny 1882.

Nach diesen ersten Beobachtungen finden wir noch von ANDRAL [4]) zwei Fälle angeführt, von welchen einer, ein gestielter Tumor aus einem der Ventrikel herauskam und über der Glottis lagerte, ein anderer, vom Taschenbande entspringend, eine warzige Oberfläche zeigte.

Einer der classischesten Fälle, welcher genauer beobachtet und nach allen Richtungen untersucht wurde, rührt von meinem hochverehrten Lehrer, weiland Prof. SCHNITZLER [5]) her. Die Publication SCHNITZLER's nimmt mit Recht eine besondere Stellung in den Publicationen über tuberkulöse Kehlkopfgeschwülste ein, da der Fall der erste gewesen, wo schon am Lebenden die Diagnose einer tuberkulösen Geschwulst gestellt, durch die spätere mikroskopische Untersuchung auch bestätigt wurde. Es sei daher gestattet, diesen Fall in Kürze zu reproduciren.

Die Erkrankung betraf einen 21jährigen Russen, der in der Jugend an scrophulösen Drüsenschwellungen gelitten, sonst aber stets gesund gewesen sein will. Ein Jahr vor der Untersuchung begann er zu husten, es stellten sich auch bald Heiserkeit und Athemnoth ein. Die Untersuchung ergab Dämpfung über beiden Lungenspitzen, Bronchialathmen und Rasseln. Das Sputum enthielt reichlich Tuberkelbacillen.

Der laryngoskopische Befund zeigte: Anämie des Larynx und überdies eine grössere Anzahl von bohnen- bis haselnussgrossen Tumoren, welche aus dem linken Ventriculus Morgagni hervorragten. Die Farbe der Tumoren war etwas röther als die der übrigen Kehlkopfschleimhaut, an ihrer Oberfläche waren zahlreiche graue stecknadelkopfgrosse Knötchen wahrzunehmen. Mit Rücksicht auf die grosse Athemnoth des Kranken wurde der endolaryngealen Operation die Tracheotomie vorangeschickt. Die Tumoren im Kehlkopf wurden nunmehr endolaryngeal entfernt, es erfolgte vorübergehende Heilung, bis nach 7 Monaten, in Folge der neuerdings entstandenen Wucherungen abermals die Tracheotomie nothwendig wurde. Hierauf wurden die Granulationen mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, worauf von Neuem Heilung eintrat.

Die von Prof. KUNDRAT ausgeführte histologische Untersuchung zeigte, dass die Tumoren einen tuberkulösen Charakter hatten, indem die Tumoren aus conglomerirten Tuberkeln bestanden, welche Bacillen enthielten.

Ausser diesem Falle erwähnt SCHNITZLER noch zwei Fälle, von welchen in einem ein Tumor aus der Morgagnischen Tasche, in dem anderen von der hinteren Luftröhrenwand entsprang. Diese Fälle blieben jedoch nicht lange genug in Beobachtung, um den weiteren Verlauf genau studiren zu können.

Nach der erwähnten Publication SCHNITZLER's erschienen zahlreiche Einzelpublicationen, so von PERCY KIDD [6]), LERMOYEZ [7]), FOA [8]), SCHÄFFER [9]), HERYNG [10]), DEHIO [11]), A. HENNIG [12]), GOUGENHEIM und TISSIER [13]), STÖRK [14]) und AVELLIS [15]). Letzterer allein hat 13 aus der Praxis von M. SCHMIDT herrührende Fälle publicirt und zur Kenntniss der tuberkulösen Larynxtumoren einen wesentlichen Beitrag geliefert.

Von der Anführung aller veröffentlichten Fälle, sowie von einer genauen Zusammenstellung der einschlägigen Literatur kann ich hier um so eher Abstand nehmen, als dies erst vor Kurzem ohnehin sehr ausführlich in der Arbeit von AVELLIS geschehen ist.

In Folgendem will ich 5 von mir in den letzten Jahren auf der Abtheilung von weiland Prof. SCHNITZLER beobachtete Fälle mittheilen, da ich glaube, dass sie in mancher Beziehung einen Beitrag zur Diagnostik der tuberkulösen Kehlkopfgeschwülste zu liefern vermögen.

Fall I. Em. Sch., 52 Jahre alt, kam im Jänner 1892 wegen seit mehreren Monaten andauernder Heiserkeit auf die allgemeine Poliklinik. Die laryngoskopische Untersuchung ergab einen am hinteren Ende des linken Stimmbandes sitzenden, grauröthlichen Polypen von runder Form, welcher, obwohl nicht gerade gestielt, dennoch mit schmaler Basis dem Stimmbande aufsass. Der Polyp war an seiner Oberfläche vollkommen glatt, überragte den freien Rand des Stimmbandes und hinderte die Annäherung der Stimmbänder. Die übrigen Partien des Larynx verhielten sich nahezu ganz normal; ausser einer geringfügigen Röthung des Stimmbandes in der unmittelbaren Umgebung des Polypen war weder eine Ulceration noch eine Verdickung zu finden. (Fig. 1.) Da der Kranke angab, dass er seit einiger Zeit huste, wurde derselbe gleichzeitig bezüglich des Zustandes seiner Lungen untersucht. Diese Untersuchung ergab keine Dämpfung, aber verlängertes Exspirirum. Das Sputum äusserst gering, enthielt Tuberkelbacillen.

Nach diesem Lungenbefunde musste der Charakter des Kehlkopfpolypen mit Vorsicht beurtheilt werden, insbesondere daran gedacht werden, dass der Polyp tuberkulös sein könnte, was auch die später ausgeführte histologische Untersuchung bestätigte; letztere ergab:

Mit Ausnahme derjenigen Stelle, wo der Polyp dem Stimmbande aufgesessen hat, ist die ganze Geschwulst mit einer mehrfachen Schichte Plattenepithels bedeckt, die darunter liegende Schleimhautlage zeigt ausser einer sehr spärlichen Einlagerung von Lymphzellen, welche nur an drei Stellen in etwas dichterer Aggregation erscheint, nichts Abnormes; erst in den tieferen Schichten der Schleimhaut sind Einlagerungen von wirklichen Tuberkeln zu sehen. Die einzelnen Tuberkelherde sind von einander durch mehr oder weniger dichte fibröse Bindegewebszüge getrennt, so dass die Tuberkel dadurch wie isolirt erscheinen, nur an zwei Tuberkeln sah man im Durchschnitte, dass sie in ein zusammenhängendes Granulationsgewebe eingebettet sind. Die Tuberkeln enthalten Riesenzellen, und in nach der ZIEHL-NELSEN'schen Methode gefärbten Schnitten kann man Tuberkelbacillen, wenn auch nur in spärlicher Anzahl, in den Riezenzellen constatiren.

Da nun der tuberkulöse Charakter des Larynxpolypen nach diesem Befund ausser Zweifel gestellt war, musste die Prognose bezüglich der definitiven Heilung zweifelhaft gestellt werden, obwohl nach der Entfernung des Polypen die Wunde



Fig. 1.

rasch heilte und die Stimme wieder tadellos wurde. Schon nach wenigen Monaten, im Mai 1892 kam der Kranke wieder, und zwar in verschlimmertem Zustande seiner Lunge und seines Kehlkopfes. Er hustete mehr, das Sputum ist reichlicher geworden, die linke Lungenspitze gedämpft, bronchiales Athmen, allgemeine Schwäche. Der Larynx zeigte folgenden Befund: Das ganze hintere Drittel des linken Stimmbandes, mitinbegriffen den Ort, wo früher der Polyp gesessen hat, ist stark verdickt, die Verdickung ist auch auf den subglottischen Theil des linken Stimmbandes übergegangen, die Beweglichkeit des Aryknorpels derselben Seite jedoch intact. Das verdickte

[4]) Clinique medic. Citirt nach AVELLIS.

[5]) Wiener medic. Presse. 1884. Nr. 44 und 46.

[6]) PERCY KIDD, tubercul. tumours of the lar. 1884. Brit. med. Journ.

[7]) LERMOYEZ, Tuberc. Veget. im Larynx. Annales des malad. de l'oreille et du lar. 1884.

[8]) FOA, Di una forma rara di tuberculosi della larynge. Archiv per le sciense med. VII.

[9]) SCHÄFFER, Tuberkeltumor im Larynx. 1887. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 15

[10]) HERYNG, Die Heilbarkeit der Larynxphthise.

[11]) DEHIO, Primäre tuberk. Neubildungen des Larynx. 1888. Petersburger med. Wochenschrift. Nr. 16.

[12]) A. HENNIG, Berliner klinische Wochenschrift. 1888. Nr. 28.

[13]) GOUGENHEIM und TISSIER. De la phthisi. laryng. pseudopolypeuse. 1888. Anales d. malad. d. laryng. Nr. 7.

[14]) STÖRK, Beitrag zur operat. Behandl der Larynxtuberk. 1892. Wiener med. Wochenschrift. Nr. 3 und 4.

[15]) l. c.

Stimmband ist ulcerirt und mit zahlreichen schlaffen Granulationen besetzt.

Es hat sich somit in der Umgebung, wo früher der Polyp sich befand, ein diffuses tuberkulöses Infiltrat entwickelt, welches ulcerirte. Nach wiederholter endolaryngealer Entfernung der Granulationen und Applikation von Milchsäure in steigender Concentration bis 80% vernarbte das Geschwür und blieb es auch zu meiner grossen Ueberraschung bis Juli dieses Jahres, wo ich den Patienten zum letzten Male sah.

Fall II. Kathar. H., 54 Jahre alt, aus Ungarn, kam wegen totaler Heiserkeit und Athemnoth im Juni 1891 auf die Poliklinik. Die abgemagerte und deutlich cyanotische Frau hat eine hochgradige, schon von der Ferne auffallende inspiratorische Dyspnoe.

Die laryngoskopische Untersuchung zeigt sofort, dass das Lumen des Larynx bis auf eine kleine Oeffnung in der hinteren Partie der Glottis eingeengt ist. Als Ursache der Einengung zeigt sich eine bedeutende geschwulstartige Verdickung, welche von den beiden vorderen Enden der Taschenbänder ausgehend



Fig. 2.

wie ein Diaphragma über der Glottis liegt, und wie erwähnt, mit Ausnahme einer kleinen Oeffnung, den oberen Kehlkopfraum von dem unteren absperrt. Von den Stimmbändern ist nur das hinterste Ende frei zu sehen; an letzterem, sowie an den übrigen sichtbaren Partien des Larynx keinerlei Infiltrat oder Ulceration zu constatiren.

Die Untersuchung der Lungen ergab beiderseitige Spitzeninfiltration, das Allgemeinbefinden schlecht. Diagnose: Wahrscheinliche tuberkulöse Geschwulstbildung im Larynx. Angesichts der hochgradigen Stenose im Larynx und Schwäche schlug ich prophylaktisch die Tracheotomie vor; die Kranke hielt jedoch so vorzüglich, dass ich hiedurch ermuthigt ohne Tracheotomie sofort zur endolaryngealen Operation schritt, und mit der LANDGRAF'schen Doppelcurette Stück für Stück die diaphragmaähnliche Geschwulst ausräumte. In drei täglich aufeinander folgenden Sitzungen war die Glottis vollkommen frei und die Kranke athmete anstandslos durch die Glottis. Nebstbei sah man nachher, dass die Stimmbänder vollkommen intakt waren. Die mittelst der LANDGRAF'schen Curette entfernten Geschwulstpartien zeigten mikroskopisch an ihrer Oberfläche Plattenepithel und Bestandtheile der Schleimhaut mit zahlreichen acinösen Drüsen. Der grösste Theil der Geschwulst besteht aus Granulationsgewebe, in welchem keine mikroskopisch charakterisirte Tuberkel, jedoch etliche Riesenzellen mit Bacillen zu constatiren sind. Auch in dem spärlichen Sputum der Kranken sind Bacillen nachzuweisen.

Während der weiteren Behandlung gelang es nicht, die durch die Operation gesetzten Wunden zur Vernarbung zu bringen. Die Wunden an den Taschenbändern verwandelten sich vielmehr zu Geschwürsflächen, aus welchen sehr üppige Granulationen hervorwucherten, die aber zuvörderst die Athmung nicht sonderlich hinderten. Die Kranke reiste nach mehrwöchentlicher Behandlung nach Hause mit der Weisung, antiseptische Inhalationen zu gebrauchen. Doch schon nach Ablauf von 6 Wochen kam die Kranke in Begleitung ihres Mannes wieder mit ebenso hochgradiger inspiratorischer Dyspnoe wie das erste Mal. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte, dass der Larynx abermals eingeengt war, und zwar durch zahlreiche Granulationsgeschwülste, welche den grössten Theil der Glottis ausfüllten. Die Granulationen wurden in mehreren Sitzungen abgetragen, auf die ulcerirten Flächen Milchsäure eingerieben und nach vierwöchentlicher Behandlung verliess die Kranke abermals mit freier Respiration, jedoch ohne Vernarbung der Geschwürsflächen Wien. Nach der letzten, Ende 1892 erhaltenen brieflichen Nachricht befand sich die Kranke, was Stimme und Athem anlangt wohl, nur klagte sie über vermehrten Husten.

Fall III. Franz W., 45 Jahre alt, im Mai 1892 zum ersten Male in poliklinischer Beobachtung, gibt an, seit mehreren Monaten beim Schlingen ein unangenehmes Gefühl zu verspüren, seit den letzten 14 Tagen habe er auch Athemnoth, welche insbesondere bei rascher Einathmung sich geltend mache. Anamnestisch lässt sich noch erheben, dass der Kranke vor einem Jahre eine linksseitige Rippenfellentzündung durchgemacht hat, von welcher er nach sechswöchentlichem Krankenlager genas.

Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dass die linke aryepiglottische Falte in einen Tumor umgewandelt ist, welcher beiläufig von Nussgrösse, von intacter glatter Schleimhaut bedeckt, bei jeder Inspiration in den Larynx aspirirt und bei jeder Exspiration in den Sinus pyriformis geworfen wird. Der Tumor ist somit sehr beweglicher Natur und hängt entsprechend der Beschaffenheit der aryepiglottischen Falte an einem bandartigen Stiele mit letzterer zusammen. Die übrigen Partien des Larynx sind vollkommen normal, von einer Ulceration nirgends die Spur, beide Aryknorpel bewegen sich prompt,



Fig. 3

die Stimme ist gut.. (Fig 3). Die Lungenspitzen sind frei, nur links seitlich unten ist eine handbreite Dämpfung und abgeschwächtes Athmen als Residuum der überstandenen Pleuritis zu constatiren. Die Diagnose des Larynxtumors wird vorderhand in suspenso gelassen, derselbe aber mit der Kehlkopfschlinge in toto entfernt. Der Tumor hatte nach der Entfernung eine etwas weichere Consistenz und sah blässer aus als zuvor, welcher Umstand indess durch die während des Zusammenschnürens mit der Schlinge entstandene Stauung und Oedem bedingt sein dürfte.

Die histologische Untersuchung ergab analog dem Fall I vollkommen intakten Schleimhautüberzug. Die tieferen Partien der Schleimhaut sowie auch das submucöse Zellgewebe bestehen grösstentheils aus Granulationsgewebe mit eingestreuten Tuberkeln und Riesenzellen, in welch' letzteren spärliche Tuberkelbacillen zu constatiren sind.

Die durch die Opnration gesetzte Wunde der aryepiglottischen Falte verheilte innerhalb 10 Tagen vollständig. Leider sah ich den Kranken nicht wieder, so dass ich über dessen weiteres Schicksal nichts berichten kann.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die traumatische Phthise.

Von **Dr. Ch. Eloy**, *)

Ancien interne des hôpitaux de Paris, Lauréat de l'Académie de médecine etc. in Paris.

Ich werde im «Journal des Praticiens» über das Wesen der traumatischen Phthise interpellirt. Dieselbe sei ein klinisches Problem, das man gern ventilirt, und über dessen Lösung die Ansichten auseinandergehen. Ich werde gefragt, wie man sich die traumatische Phthise heute vorzustellen habe.

Die Frage ist von klinischem Interesse, und noch mehr, sie hat auch in diesem Momente die Bedeutung der Actualität,

*) Aus «Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique», 9. August 1893.

da man soeben auf dem Kongresse zum Studium der Tuberkulose, die Rolle, welche der Heredität und der Ansteckung bei der Uebertragung der Tuberkulose zufällt, nach allen Richtungen weit und breit diskutirt hat, ohne dass dieses Problem hierbei eine Lösung gefunden haben würde.

Im Jahre 1879 veröffentlichten LEBERT und sein Schüler SCHOLTZ die Beobachtungen am Krankenbett, betreffend Fälle, in denen eine Autopsie vorgenommen wurde und in denen es ausser Zweifel zu stehen schien, dass der Traumatismus eine pathogene Rolle gespielt hatte. Sechs Jahre später kamen die klinischen Mittheilungen von MENDELSOHN, von denen sieben, die durch stichhältige bakteriologische Untersuchungen vervollständigt waren, vom klinischen Standpunkte eine entscheidende Rolle in dieser Frage zu spielen schienen,[1] und vier Publikationen von BREHMER, in denen derselbe Beweis erbracht wurde, jedoch nur vom pathologisch-anatomischen Standpunkte. Endlich machte auch JACCOUD im Jahre 1889 Mittheilungen über diesen Gegenstand, die nicht minder gut begründet waren. Es handelte sich nämlich um Individuen, welche in Folge eines Traumas am Thorax, ohne irgend welche äussere Wunde, tuberkulös wurden, nachdem dieselben am Tage nach dem Unfalle die Zeichen einer post-traumatischen Pneumonie oder Hämoptoë dargeboten hatten.

Indem der berühmte Arzt des Hôpital de la Pitié seine persönlichen Beobachtungen und die anderer Autoren zusammenstellte, kam er dahin, achtzehn diesbezügliche Mittheilungen zu sammeln, die gewiss einen hohen klinischen Werth besassen.

Man kann diesen Mittheilungen noch die älteren Beobachtungen von FEISSIER und PERROND, aus Lyon, und die von CHAUFFARD und QUEHEN[2]) hinzufügen.

Die klinische Evolution derselben ist wie folgt:

Nach dem Trauma können als direkte Zufälle die Zeichen der Pneumonie auftreten. Es ist dies die hämoptoische oder pneumonische Periode in der Evolution einer Tuberkulose, die sich durch Spätsymptome verräth, und zwar in der Mehrzahl der Fälle unter der Form einer rapiden Phthise (JACCOUD), oder einer Phthise mit langsamen Verlauf, was ziemlich ausnahmsweise vorkommt (BREHMER).

In einigen Fällen fehlten die initiale Pneumonie und die initiale Phthise. Das Trauma ist geschwunden, und der Kranke scheint ausser Gefahr zu sein; der Patient magert jedoch ab; sein Ernährungszustand wird alterirt, und es tritt Hypotrophie ein. Es ist dies die Phthise mit torpider Form.

Die Diagnose der traumatischen Phthise würde eine unvollständige sein, wenn man es unterliesse, die diesbezüglichen Thatsachen gehörig zu interpretiren, das heisst, die Beziehungen der initialen Pneumonie und der initialen Hämoptoe zur Evolution der Tuberkulose entsprechend zu präcisiren.

Man muss die klassische Lehre mit unseren jetzigen Kenntnissen über die Infektion zu vereinbaren suchen Manche Autoren halten sich an LAENNEC und sagten Alles, was sie in dieser Beziehung zu sagen haben, indem sie erklärten, dass der Angriff auf die Lunge, sei es ein traumatischer oder nicht, eine wirksame Gelegenheits-Ursache der Tuberkulose sei: Die Pathogenesis der traumatischen Phthise ist somit eine Frage, das Terrain betreffend.

Diese Art, zu denken, ist gewiss eine klinische; das lässt sich nicht in Abrede stellen. Zuerst Traumatismus, hierauf Störung in der Ernährung der Lungen, endlich Tuberkulose. Das sind somit die verschiedenen Stufen in dieser pathologischen Evolution.

Für die Anderen ist die Infektion Alles. MENDELSOHN glaubte, dies bewiesen zu haben, indem er erklärte, dass die, welche ein Trauma erlitten haben, ihre Tuberkulose in Folge einer Ansteckung in den Spitälern, in welchen sie in Behandlung standen, acquirirt hatten. Darauf erwiederte ihm JACCOUD:

[1]) MENDELSOHN: De la phtisie traumatique. 1885.
[2]) QUEHEN. Thèse de Paris. 1883.

«Aber andere Leute haben sie auch acquirirt, die sich niemals in einem Krankensaale aufgehalten hatten.»

Muss man nun die elegante, aber sehr bequeme Hypothese acceptiren, nämlich die Hypothese, welche dahin geht, dass der latente Mikrobismus unter dem Einflusse des Traumas wieder erwacht? Nein, — bevor man diese Hypothese acceptirt, müsste dieselbe durch bakteriologische Untersuchungen verificirt werden, welche die Anwesenheit des KOCH'schen Bacillus innerhalb des Organismus von Individuen, die sich einer vollkommenen Gesundheit erfreuen, darthun.

Was die Thatsache als solche betrifft, so kann das Vorkommen von Phthisen nach einem Trauma am Thorax, ohne äussere Wunde, durchaus nicht in Abrede gestellt werden. Die Verlegenheit des Klinikers beginnt erst dort, wo er dazu bemüssigt ist, nach der Pathogenese der tuberkulösen Infektion zu forschen. Kommt dieselbe von aussen her? Bedeutet sie ein Erwachen des latenten Mikrobismus? Ist die Exploration der hereditären oder persönlichen Antecedentien des Kranken vom Standpunkte der Tuberkulose eine negative? So viele Fragen sind bei der Diskussion der Differentialdiagnose zu beantworten. Aus diesen Gründen sieht man sich nach wie vor gezwungen, heute ebenso wie gestern, die banale Wahrheit gelten zu lassen, nämlich, dass der Traumatismus so weit intervenirt, als er die Ernährung der Gewebe modificirt, und dass er, — wie es KOCH häufig zu wiederholen pflegt — das Terrain, das heisst die Lungen, für die Kultur der Mikroben günstiger gestaltet.

Man begreift somit, welche grosse Bedeutung dem Umstande zukommt, Leute, die ein Trauma auf der Brust erlitten haben, einer hygienischen Prophylaxe zu unterziehen, sei es, dass sie von zufälligen Kontusionen getroffen werden, sei es von gewerbsmässigen Kontusionen, wie z. B. die Schiffer auf der Rhone, bei denen Dr. PERROND das häufige Vorkommen von Phthise beobachtet hat, und zwar in Folge des Druckes auf die Brust, denen die Schiffer fortwährend ausgesetzt sind, indem sie sich auf die Ruderstange auflehnen.

Ich schliesse somit mit dem ab, womit ich angefangen hatte: Das ist vorläufig, und indem wir den Schluss der Debatte — der vielleicht noch in der Ferne liegt — über die Rolle, welche die Ansteckung, resp. die Heredität bei der Lungenphthise spielt, abwarten, die einzig und allein annehmbare Lösung dieser strittigen Frage betreffend die traumatische Phthise.

Vom rein klinischen Standpunkte scheint diese Lösung der Frage momentan eine hinreichende zu sein.

Bemerkungen

zu dem in Nr. 36 der «Internationalen Klinischen Rundschau» erschienenen Artikel:

Ueber Dysenterie von Dr. Schwarz in Konstantinopel.

Dr. SCHWARZ in Konstantinopel berichtet in der letzten Nummer dieses Blattes (Nr. 36) über ein Volksmittel zur Behandlung der Dysenterie. Besonders erwähnt er der Myrobalanen, als Früchte eines in Indien einheimischen Baumes, der Terminalia Chebula Willd. Es ist nun eigenthümlich, dass WILLDENOW in seinem von Dr. H. F. LINK nach dessem Tode neu herausgegebenen Werke, Berlin 1831, nur die (Myrobalanaeae) Terminalia Catappa Linn. erwähnt. WILLDENOW gibt also wie gesagt nicht die Terminalia Chebula an, sondern nur die T. Catappa. Er beschreibt diese folgendermassen: Blätter länglich, an der Basis verschmälert, unten weich, feinrauh, mit 2 Glandeen unten an der Basis des Blattes, zur Seite des Mittelnerven. In Ostindien. Kern der Frucht essbar, gibt ein fettes Oel. Fructus Myrobalanorum o l e u m o f f i c i n a l e s ex hoc ordine, plantis ipsis ignotis.

Dagegen finde ich im «Wörterbuch der Droguen» von NIKOLAS LEMERY, dessen holländische Uebersetzung vom Jahre 1743 vor mir liegt unter Artikel Myrobalani folgendes:

Myrobalani, pflaumengrosse Frucht, kommt getrocknet aus Indien zu uns. Fünf Sorten: 1. M. Citrini, 2. M. indici, 3. M. Chebuli, 4. M. emblici, 5. M. bellenci. Es wird sodann jede einzelne Frucht beschrieben; die dritte wie folgt: Myrobalani Chebuli, Ofnebuli, Chepuli, Cepuli, sind längliche Früchte, wie Datteln so gross, an einem Ende spitz, wo der Stengel sich befindet, mit fünf Rippen versehen, die eckig hervorstehen, braungelblich von Farbe. Der Baum, auf dem sie wachsen, hat die Grösse eines Pflaumenbaumes, der in Indien in der Gegend von Decan und Bengalen wild wächst. Die Blätter ähneln denen des Pfirsichbaumes, die Blüthen sind sternförmig von röthlicher Farbe. Man wähle diejenigen Früchte, welche gross, voll, hart, dunkelgelb sind, und einen adstringirenden bittern Geschmack besitzen.

Des Ferneren wird, in dem derzeitigen Stile, über Myrobalani gesagt:

Alle diese Früchte enthalten viele Salze, Oele und mässig erdige und wässerige Theile; alle Sorten von Myrobalanen haben einige darmreinigende Wirkung, beinahe wie der Rhabarber. Die gelben Früchte (citrini) braucht man hauptsächlich um gallige, die indische (indici), um schwarzgallige Flüssigkeiten, die andern (Chebuli, emblici, bellenci) um Schleim zu entfernen.

Es ist gewiss nicht uninteressant, zu erfahren, dass die vom Kollegen SCHWARZ von neuem vorgeführte Drogue, welche als Volksmittel in Egypten in Gebrauch geblieben ist, ehemals officinell war und obsolet geworden ist. Solches Schicksal erleben Medikamente oftmals. *Mensinga.*

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Kongress zum Studium der Tuberkulose.

Abgehalten zu Paris vom 27. Juli bis 2. August 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

(Fortsetzung.)

DDr. Babes und **Kalendro:** *Tuberkulöse Affectionen als Eingangspforte für anderweitige Infectionen.*

Ausser den Gefahren, welche die Tuberkulose selbst mit sich bringt, birgt sie auch andere Gefahren in sich, indem die Tuberkulose als Eingangspforte für die Invasion anderweitiger pathogener Mikroorganismen dient, welche specifische Krankheiten, sei es mit oder ohne die Mitwirkung der primären Krankheit, hervorbringen.

Hier einige Beispiele als Beleg für diese Ansicht:

Eine Frau von 25 Jahren bietet seit einiger Zeit ganz ausgesprochene Zeichen von Lungen- und Darmtuberkulose dar und stirbt in Folge eines intercurrenten Typhus. Die Autopsie zeigt, ausser den charakteristischen Veränderungen des Typhus, alte Darmgeschwüre von ausgesprochen tuberkulöser Natur.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass sich der Typhus auf einem tuberkulösen Boden entwickelt hat, und dass der EBERTH-sche Bacillus durch die tuberkulösen Läsionen des Darmes hindurch seinen Eingang gefunden hat.

Ein Mann von 67 Jahren bietet die Zeichen der chronischen Dysenterie und die der Lungentuberkulose dar und stirbt. Bei der Autopsie findet man: Eine tuberkulöse Lunge, Darmgeschwüre tuberkulöser Natur, was auch bakteriologisch festgestellt wurde; überdies einen nicht tuberkulösen Leberabscess. Es ist mehr als wahrscheinlich, dass die Erreger, welche den Leberabscess hervorbrachten, durch die chronischen tuberkulösen Ulcera eingedrungen waren.

Ein Kind stirbt unter den Symptomen der superacuten Tuberkulose. Bei der Autopsie findet man ausser den tuberkulösen Läsionen in den meisten Geweben auch zahlreiche gangränöse Herde. Man kann nun in diesem Falle annehmen, dass die Mikroben, welche die Gangrän bedingt haben — Bacillen, die sich bei der bakteriologischen Untersuchung als saprogene Bacillen erwiesen haben, — sich im Innern einer tuberkulösen Caverne entwickelt haben, und dass sie, indem sie von da ihren Ausgangspunkt nahmen, die Organe inficirten (die Kehlkopf- und Rachenschleimhaut, die Lungen, die Drüsen), in denen sich dann der Brand einstellte.

Diese drei Fälle tragen dazu bei, die Richtigkeit unserer eingangs ausgesprochenen Ansicht darzuthun, nämlich, dass die Tuberkulose zur Eingangspforte für anderweitige Infectionen werden kann.

* * *

Dr. S. Bernheim: *Serotherapie in der Tuberkulose.*

Ich habe eine gewisse Anzahl von Thieren gegen die Tuberkulose refraktär gemacht, indem ich mich der Methode von BEHRING und KITASATO bediente, nämlich, indem ich die Culturen von Bacillen $1^1/_2$ Stunden lang erwärmte, dieselben filtrirte und sie den Thieren auf dem intra-vasculären Wege einimpfte.

Ich habe hierauf das arterielle Serum dieser immunisirten Thiere benützt, um andere tuberkulös gemachte Thiere zu behandeln. Ich habe drei Reihen von Experimenten angestellt:

1. An Thieren, denen Tuberkelbacillen beigebracht wurden, nachdem sie vorher immunisirtes Serum bekommen hatten. 2. An Thieren, die unmittelbar nach der Tuberkulisation behandelt wurden. 3. Endlich wurde bei einer gewissen Anzahl von Thieren die Tuberkulisation erst zu einer späten Zeit vorgenommen, zu einer Zeit, zu der die Tuberkulose bereits bestimmte und ausgedehnte Läsionen hervorgebracht hatte.

In den beiden erstgenannten Kategorien war kein einziges Thier an Phthise zu Grunde gegangen. In der dritten Reihe starben die Versuchsthiere viel später, als die Controllversuchsthiere.

Ich habe hierauf mittelst der Serotherapie mehr als hundert Phthisiker behandelt, welche alle durch diese Medication günstig beeinflusst wurden. Ein gutes Drittheil dieser Kranken kann als geheilt betrachtet werden, nämlich in dem Sinne, dass die Bacillen aus dem Sputum verschwunden sind; der allgemeine Zustand hat sich gebessert und die pathognomonischen Geräusche sind geschwunden.

Die Methode der Serotherapie beim Menschen, die eine unschädliche ist, muss auf folgende Art ausgeführt werden: Man injicirt alle zwei Tage in den intrascapulären Raum 5—10 *cgr* immunisirtes arterielles Serum: Im Allgemeinen genügen 40 Inoculationen, um eine Heilung zu erzielen.

Wie wirkt dieses Serum? — Der Therapeut muss endlich ein für alle Mal auf diese falsche Prätension verzichten, nämlich, den Bacillus à tout prix beherrschen zu wollen und die Läsion direct zu erreichen. Die Serotherapie bringt die doppelte Wirkung hervor, nämlich die Toxine, die im Organismus verbreitet sind, zu bekämpfen und die leukocytäre Kraft der Mikrophagen zu erhöhen. Das bedeutet so viel, wie die Bacillen auf Umwegen zu erreichen, da die Mehrzahl der Autoren — mit METSCHNIKOFF — die Heilung unserer organischen Läsionen auf diese Art erklären.

* * *

Dr. Chaumier (Tours): *Das kohlensaure Kreosot in der Behandlung der Tuberkulose. Das Sanatorium von Touraine.*

Vor ungefähr $1^1/_2$ Jahren begann ich Versuche mit dem kohlensauren Kreosot anzustellen. Das kohlensaure Kreosot hat vor dem Kreosot den Vortheil, dass es in grossen Dosen per os genommen werden kann, ohne den Magen zu reizen; es können 1—4 Kaffeelöffel von demselben verabreicht werden, und da es 90% Kreosot enthält, so ist die Wirkung desselben ebenso gross, wie wenn man das Kreosot allein in denselben Dosen verabreichte, in Dosen, die man nur durch subkutane Injectionen dem Organismus einverleiben könnte.

Die Wirkung ist, wie bereits erwähnt, dieselbe wie beim Kreosot in grossen Dosen, nämlich: Zunahme des Körpergewichts, die bisweilen eine ganz beträchtliche ist; Unterdrückung des Hustens, prompte Besserung des Allgemeinzustandes und eine langsamere Besserung der localen Symptome.

Um aber mit diesem Verfahren gute Resultate zu erzielen, muss man damit eine Luftkur verbinden.

Die Kinder, welche im Sanatorium von Touraine mit dem kohlensauren Kreosot behandelt wurden, zeigten eine viel schnellere

Besserung, als die, welche weniger Luft bekamen, und — was eben ein Beweis für die Wirkung dieses Medikaments ist — die Heilung war bei den erstgenannten Kindern eine schnellere, als bei ihren Genossen im Sanatorium, die kein kohlensaures Kreosot genommen hatten.

* * *

Dr. Ricochon: *Ueber die congenitalen Missbildungen in den mit Tuberkulose behafteten Familien.*

Die directe Uebertragung des Tuberkelbacillus von der Mutter auf den Foetus kommt klinisch so selten zur Beobachtung, dass der Praktiker kaum davon Notiz nehmen muss. Der Mensch bekommt somit diesen Bacillus während seines extra-foetalen Lebens von aussen her. Wir alle bekommen diesen Bacillus mehr oder weniger, aber bei den einen — und das ist eben die grosse Mehrzahl der Menschen — erscheint er, um sofort unterzugehen, und zwar in Folge eines refractären Zustandes des Organismus; in einer anderen Zahl von Fällen verursacht dieser Bacillus nur Localstörungen, die schnell wieder ausgeglichen werden; bei der kleinsten Zahl der Menschen bringt er blühende Colonien hervor, er schafft da die wahre Tuberkulose mit ihren verschiedenen Modalitäten.

Ist dies der Effect einer erworbenen oder angeborenen Prädisposition?

Man sagt, dass es in den Städten mangelhafte Existenzzustände gebe, die bereits oft geschildert wurden, und welche diese Prädisposition hervorbringen. Man muss jedoch wohl gestehen, dass von allen denen, welche diesen Zuständen unterworfen sind, nur die kleine Minorität tuberkulös wird. Auf jeden Fall muss hier in Betracht gezogen werden, dass auf dem Lande, wo diese Zustände sicherlich nicht vorhanden sind, die Tuberkulose dennoch zu Hause ist, und dass sie sogar die Landbevölkerung stark heimsucht. Es gibt dafür nur eine einzige Erklärung, nämlich, dass bei gewissen Individuen eine angeborene, hereditäre Prädisposition, eine Familien-Prädisposition bestehe.

Es gibt gewisse Familien, bei welchen einige Mitglieder derselben unter fast allen anderen Krankheiten vorzüglich zur Tuberkulose prädisponiren. Bei diesen bleibt das Wesen ihrer Prädisposition unbekannt, aber sie offenbart sich unter den Augen des Beobachters, bald bei dem einen, bald bei dem anderen durch pathologische Zustände, durch congenitale Missbildungen, die durch ihre Konstanz und durch ihre Wiederholung einen wahrhaft spezifischen Charakter annehmen.

In erster Linie kommt die congenitale Luxation der Hüfte in Betracht; unter 49 Fällen mit Tuberkulose behafteter Familien, die ich nur zufällig nach dieser Richtung untersuchte, konnte ich 38 Fälle dieser congenitalen Luxation constatiren.

Es gibt aber noch sehr viele andere originelle Missbildungen. Bald ist es eine Asymetrie des Gesichtes, bald eine fehlerhafte Implantation der Haare, namentlich auf der Stirn; mangelhaft begrenzte Ohren; Ungleichheiten in den Lidspalten, in der Höhe der Augenbrauen, des Epicanthus; Einsinken der Nasenwölbung; bisweilen findet man eine Atrophie der Oberlippe, welche die Zähne mangelhaft bedeckt; schlecht implantirte oder überzählige Zähne; in anderen Fällen findet man beim Weibe invaginirte Brustwarzen mit oder ohne mangelhaft perforirte Orificien; bisweilen einen fehlerhaft entwickelten Nabel; bald eine Phimosis; eine Verengerung der Urethralmündung; einen unperforirten Anus; ferner angeborene Ungleichheit der Extremitäten, Hernien u. s. w.

Es ist in diesen Fällen bemerkenswerth, dass alle diese angeborenen Missbildungen in dieselbe Kategorie hineingehören. Sie richten sich vorzüglich gegen die circulären Orificien, gegen die zartesten Organe, welche gewissermassen die letzte Vollendung des fötalen Lebens darstellen; gegen diejenigen Organe, welche die erzeugende Kraft gleichsam mit einer gewissen Vorliebe, mit einer mathematischen Präcision im normalen Organismus pflegt, die sie aber zu beendigen, zu vervollkommnen, wenn bereits gestört, nicht mehr im Stande ist; sie ist durch die tuberkulöse Heredität in ein Stadium der Degeneration versetzt worden.

Es handelt sich hier sehr wohl um die Zeichen der Degeneration, und das Constatiren derselben bei Gelegenheit der Tuberkulose könnte im ersten Augenblicke seltsam erscheinen, aber dies wird weniger der Fall sein, wenn man bedenkt, dass die äusseren sichtbaren Zeichen den bösartigen Veränderungen in der Lebensfähigkeit unserer Zellen und somit auch den Veränderungen in der Constitution und in der Widerstandsfähigkeit unserer Säftemassen entsprechen müssen. Es sind dies Veränderungen in dem Sinne einer geringeren Widerstandsfähigkeit, welche die so betroffenen Familien für die Mikroben und namentlich für die der Tuberkulose viel leichter zugänglich macht, und die bewirken, dass man in solchen Familien zahlreiche Kinder braucht, um das Ueberleben einiger derselben zu sichern.

Es ist sehr seltsam, dass es im Allgemeinen die «Stigmatisirten» sind, welche am besten der Tuberkulose widerstehen — wie wenn sich die anfänglichen krankhaften Processe bei ihnen mit einem Male erschöpft hätten — und dass die von den genannten Stygmata Verschonten viel eher der Tuberkulose erliegen. *R—x.*

(Fortsetzung folgt.)

Association Française pour L'Avancement des Sciences.

Abgehalten zu Besançon, eröffnet am 3. August 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

(Fortsetzung.)

Dr. Brissaud: *Ueber die Anwendung des chlorsauren Natrons beim Krebs.*

Ich möchte Ihnen Mittheilung über einige therapeutische Versuche machen, die ich bezüglich einer speciellen Behandlung des Magenkrebses unternommen habe, bezüglich einer Behandlung, welche bemerkenswerthe Erleichterungen — wenn nicht absolute Heilungen — zur Folge hatte.

Der leitende Gedanke bei dieser Behandlung beruht auf der seit langer Zeit bekannten specifischen Wirkung einer Lösung von chlorsaurem Kali auf die Epitheliome der Schleimhäute der oberen Verdauungswege. Man weiss überdies, dass dieses Medikament auf die Hautcancroide einwirkt, wie z. B. auf das Epitheliom des Augenwinkels.

Ich habe diese specifische Wirkung mit Hilfe eines löslicheren Chlorats, als es das chlorsaure Kalium ist, zu erreichen gesucht, nämlich mittels des chlorsauren Natrons.

Von dieser grösseren Löslichkeit machte ich Gebrauch, als ich daran ging, mit Hilfe dieses Mittels die Epithelialcarcinome des Magens zu behandeln, und ich that dies mit einem sehr bemerkenswerthen Erfolge.

Bevor ich Ihnen die Resultate, die ich erhalten habe, mittheile, möchte ich eine einschränkende Bemerkung betreffend die diesbezüglichen Erfolge einschalten. Man könnte diese Erfolge einem diagnostischen Irrthume zuschreiben. Man könnte mir den Vorwurf machen, dass ich chronische Gastritis für Krebse hielt, deren Symptome ganz ähnlich sind.

Wenn es jedoch zulässig wäre, dass ich mich ein Mal oder zwei Mal irrte, so wird dies für den dritten Fall schon unwahrscheinlicher, und ich bestreite es, dass ich einen solchen diagnostischen Irrthum in zahlreichen und wiederholten Fällen begehen konnte.

Ueberdies war in der Mehrzahl der behandelten und geheilten Fälle ein ausgesprochener Magentumor zu constatiren — ein unwiderlegliches Zeichen für das Vorhandensein von Krebs.

Auch verwahre ich mich gegen einen möglichen Irrthum betreffend die plastische Gastritis, welche in Folge der Verdickung der Magenwand an einen Tumor denken lassen kann. Aber einige dieser Fälle — in welchen ich eine Heilung oder wenigstens eine unglaubliche Besserung erzielt hatte — boten einen sehr netten Tumor in Form eines Hühnereies und keine flache Schwellung dar.

Diese Bemerkungen vorausgeschickt, will ich nun die Phänomene, die ich nach der Verabreichung von chlorsaurem Natron, in der Dose von 12, 14 und 16 *gr* täglich, beobachtet hatte, mittheilen.

Die Melaena und die Hämatemesis hören ganz auf, die Cachexie schwindet, und der Tumor selbst schwindet innerhalb von sechs Wochen.

Ich behaupte nicht, alle Fälle von Krebs heilen zu können, aber es gibt gewisse Formen von Krebs, welche durch chlorsaures Natrium geheilt werden können, namentlich die Epitheliome, die weder auf die Leber noch auf ein anderes Organ übergreifen, und die weder durch Thrombosen noch durch Phlebitiden complicirt sind. In diesen Fällen kann ein Misserfolg sich geltend machen trotz einer vorübergehenden ausgesprochenen Besserung.

Die Toxicität des chlorsauren Natrons ist eine viel geringere als die des Kali chloricum, denn, wie STOCKVISZ dargethan hat, bedarf es eines Grammes chlorsauren Natrons um ein Kilogramm eines Thieres tödtlich zu vergiften; endlich wird es leicht eliminirt.

Ich verabreiche dieses Medikament in 100 *gr* Wasser kaffeelöffelweise in 24 Stunden. Die einzige Contraindication ist die Albuminurie, selbst wenn sie leicht ist — wie es mir Professor HAYEM gezeigt hat.

Endlich darf man die Dosis von 16 *gr* wegen der möglichen bulbären Unfälle nicht überschreiten.

Diese Medikation mit dem chlorsauren Natron wird vielleicht auch in anderen Fällen Anwendung finden können, namentlich in den Fällen von Stomatitis, seien es membranöse oder andere, in welchen das Kali chloricum eine specifische Rolle zu spielen scheint. Das chlorsaure Natron wird eben wegen seiner grösseren Löslichkeit das Kali chloricum vortheilhaft ersetzen können. Es sind dies nur Versuche und Constatirungen, die erst durch eine grössere Zahl von diesbezüglichen Beobachtungen gestützt werden müssen.

Prof. Dr. LÉPINE: Die von Dr. BRISSAUD mitgetheilten Fälle geben viel zum Nachdenken. Ich glaube an die Correctheit der Diagnosen von Dr. BRISSAUD. Ueberdies kannte ich analoge Heilungsfälle, bedingt durch chlorsaures Kalium. Der Werth der Idee Dr. BRISSAUD's — indem er das chlorsaure Natron benützte — besteht in der Concentration der Lösung, wodurch eine topische Wirkung des Medikaments erreicht werden kann.

In der Methode Dr. BRISSAUD's handelt es sich somit nicht blos um eine Substituirung von Medikamenten.

Indessen darf man nicht behaupten, dass das chlorsaure Natron ein unschuldiges Medikament sei, dass es nicht toxisch wirke. Es wirkt toxisch, aber nur dann, wenn man die angegebenen Dosen überschreitet, wie ich mich durch meine früheren Versuche überzeugen konnte.

Es ist sogar möglich, dass man mit einer minimalen Dose von 16 *gr* das Auftreten von Methämoglobin im Blute bewirken kann, und somit einen gewissen Grad von Vergiftung.

Prof. BOUCHARD: Seit 1883 habe ich dem Kali chloricum das Natron chloricum in der Therapie substituirt, besonders bei Stomatitis, wegen seiner geringeren relativen Toxicität.

* * *

Dr. Mossé (Toulouse): *Acute und chronischs Polyurie in Folge von Paludismus.*

Ich habe bereits in der Académie de médecine im Jahre 1888 auf einen acuten Diabetes insipidus im Gefolge von Anfällen von Malaria aufmerksam gemacht. Seit jener Zeit, obgleich mein diesbezügliches Material ein minder gutes war, suchte ich meine früheren Schlussfolgerungen durch das Experiment zu controliren. Obgleich meine Beobachtungen nur gering an Zahl waren, so haben sie dennoch die Richtigkeit der erstgenannten Schlüsse bestätigt. Die Curven der bi-quotidianen Temperatur, der Diurese und der Harnstoffausscheidung sind ganz analog. Man muss somit zugeben, dass es nach den Anfällen der Intermittens einen häufig wiederkehrenden, aber nicht constanten acuten Diabetes insipidus gibt. Die Diurese, die bis auf 6 und 8 Liter in 24 Stunden steigen kann, ist nicht von einer entsprechenden Stickstoffausscheidung begleitet. Es handelt sich da nicht um eine einfache Hydrurie; die Chloride sind in grosser Menge vorhanden. Diese Polyurie muss überhaupt in die Kategorie der Polyurien gebracht werden, die man in der Reconvalescenz von acuten Infectionskrankheiten beobachtet, obgleich sie sich in gewisser Beziehung den kritischen Symptomen zu nähern scheint. Sie unterscheidet sich von der Polyurie der chronischen Malariakranken. Eine unserer graphischen Aufzeichnungen, auf welcher man beide Formen der Polyurie bei einem und demselben Individuum aufeinanderfolgen sieht, bei einem Kranken, bei dem die Polyurie verhältnissmässig rasch chronisch wurde, zeigt diese Differenz sehr deutlich.

In einem Falle von falscher Intermittens (urämische Intoxication), in welchem die Paroxysmen häufig auftraten, und die Temperatur eine erhöhte war, konnte man keine Polyurie beobachten.

Es wäre somit noch festzustellen, ob man die Polyurie nur bei dem Sumpffieber beobachtet, das heisst bei einer eigentlichen Infectionskrankheit, und nicht bei dem Fieber in Folge einer Auto-Intoxication.

* * *

DDr. Sezary und **Barillon** (Algier): *Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mittelst hypodermatischer Injectionen von Kampheröl.*

Wir haben die obengenannte Behandlung in grossem Massstabe bei einer grossen Zahl von Tuberkulösen auf einer der Kliniken des Spitals in Algier versucht.

Die Resultate sind ausgezeichnete, die Kranken verlangen fortwährend nach dieser Behandlung und rühmen die Besserung, die sie verspüren.

Der Vorzug dieser Injectionen vor denen mit Kreosot- oder Guajacolöl ist ihre absolute Unschädlichkeit. Auch verweigern die Kranken im Allgemeinen eine solche Behandlung nicht, während dies bei den andern soeben genannten Injectionen häufig der Fall ist. *Ch*

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Grundlagen der Aseptik und praktische Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung.

Von **Dr. Egbert Braatz** in Königsberg i. P.

Mit 19 Holzschnitten.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1893.

Nachdem die Ueberlegenheit der Asepsis über die Antiseptik nunmehr auch in praxi durch die Erfahrungen grosser Kliniken sichergestellt ist, erscheint es gerechtfertigt, die aseptische Methode auch in die allgemeine Praxis einzuführen. Diesem Bestreben verdankt das vorliegende Buch seine Entstehung. Vor Kurzem erst ist ein demselben Zwecke dienendes Werk von SCHIMMELBUSCH in Berlin erschienen, das schon in zweiter Auflage vorliegt, was wohl zur Genüge bezeugt, dass die Abfassung von derartigen Werken eben jetzt ein zeitgemässes Unternehmen ist. Wir haben, als das Büchlein von SCHIMMELBUSCH erschienen war, dasselbe als durchaus zweckentsprechend bezeichnet und dessen Anschaffung empfohlen. Mit dem eben genannten Werke hält BRAATZ' Anleitung in keiner Weise den Vergleich aus. BRAATZ hat seinerzeit eine Anzahl von Aufsätzen über die Anaerobiose und ihre Bedeutung für die Wundinfektionskrankheiten geschrieben, Aufsätze, in denen ein unzweifelhaft richtiger Gedanke verfochten wurde. Dieser Gedanke wird auch in dem vorliegenden Werke sehr stark, vielleicht zu sehr in den Vordergrund gestellt. Ferner hat BRAATZ in den letzten Jahren eine Anzahl von Apparaten konstruirt die er zur Ausübung der aseptischen Wundbehandlungsmethode empfiehlt und auch diese Apparate — auch ein Nagelputzer nach BRAATZ fehlt nicht — sind in unverhältnissmässiger Weise in den Vordergrund gerückt. Ausserdem finden sich Erörterungen über die Aseptik und Antiseptik und deren Geschichte, über Reinigen der Hände, Catgutsterilisation, Sterilisation mit strömendem Dampfe, Drainage etc. Zweifellos findet sich in all diesen Abschnitten viel Richtiges Wissenswerthes, besonders ist die Lehre von der Desinfektion im Dampfe sehr klar und eingehend erörtert, daneben aber eine Menge historischer Details, die in einem so kurzen Buche besser weg geblieben wären, um wichtigeren Dingen Raum zu lassen. Ausserdem springt eine gewisse Systemlosigkeit in der Anordnung des ganzen Stoffes in die Augen. Ganz überflüssig erscheint in einem Buche, das die «Grundlagen der Aseptik» be-

titelt ist, ein Kapitel über die Narkose! Tropfmethode, künstliche Athmung, Herzmassage gehören wohl nicht zur Ausübung der aseptischen Wundbehandlungsmethode. Sehr richtig hingegen erscheinen die Aeusserungen des Verfassers betreffs der Ueberschätzung der Nothwendigkeit besonders gebauter Operationssäle zur Ausführung der aseptischen Wundbehandlung. Wollten wir unser Urtheil über das BRAATZ'sche Buch in Kürze zusammenfassen, so würde es dahin lauten, dass aus der anorganischen Zusammenstellung einer Reihe von einzelnen ganz guten Abhandlungen ein viel weniger gutes Buch entstanden ist. Als Anleitung zur Ausführung der aseptischen Wundbehandlung kann es nicht in erster Linie empfohlen werden, wenn es auch für den bakteriologisch arbeitenden Chirurgen manches Interessante und Lesenswerthe enthält. *Dr. Julius Schnitzler.*

Hypnotische Experimente.

Von **R. v. Krafft-Ebing.**

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Die kleine Brochüre enthält die Schilderung jener Experimente, mit dem Medium Cl. P., welche vor einigen Wochen durch die ganze Tagespresse gingen, ausserdem die Kritik, welche von Aerzten und Laien an diesem Experimente geübt wurde und schliesslich eine Widerlegung der kritischen Einwendungen. Bei dem Kennern der einschlägigen Literatur und solchen, die ähnliche Experimente ohne Vorurtheil gesehen oder selbst gemacht haben, wird die kleine Schrift kaum auf besondere Beachtung Anspruch machen, doch ist es bei der eigenthümlichen, lächelnden Gehässigkeit, mit welcher nicht nur die Zunft, sondern auch selbstständige Denker von Bedeutung in Oesterreich wie Deutschland noch immer dem Hypnotismus gegenüberstehen, jede Enunciation eines Fachgelehrten in dieser Frage stets mit Vergnügen zu begrüssen. Wenn sich die Leute nur endlich abgewöhnen werden, seltene psychologische Thatsachen als Wunder anzusehen, wird bereits viel gewonnen sein. *A. S.*

Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus,

nebst Bemerkungen über Suggestion und Suggestionstherapie.

Von **Dr. R. v. Krafft-Ebing,**

o. ö. Professor für Psychiatrie in Wien.

III. durchgesehene, verbesserte und vermehrte Auflage.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Diese Studie enthält bekanntlich den interessanten Fall der Ungarin Ilma S., dessen wissenschaftlicher Werth darin liegt, dass er die Möglichkeit der Beeinflussung körperlicher Funktionen durch unbewusste psychische Vorgänge darlegt.

Der vorliegenden 3. Auflage ist eine Skizze über Suggestion und Suggestionstherapie beigegeben, die nichts Neues enthält, aber das Bekannte sehr sachlich und lehrreich vorträgt. *A. S.*

Schriften der Gesellschaft für psychologische Forschung.

Heft V.

Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner). Leipzig 1893.

Die Führerin der Geisteswissenschaften, die Psychologie, folgt durch Anbequemung an exakte Methoden dem Banner der Naturwissenschaft. Sie schafft sich hiedurch nicht bloss ein solides Fundament, sie erwirbt sich Freunde auch ausserhalb der fachmännischen Kreise. Den Erweis, dass es keinen Gegenstand der Geisteswissenschaft gibt, dem die Wissenschaft vom innersten Wesen des Menschen nicht dienen kann, suchen die Schriften obgenannter Gesellschaft in überzeugendster Weise zu erbringen. Das vorliegende Heft dürfte auch für den Mediziner nicht ohne Interesse sein; es umfasst zwei Abhandlungen, deren erstere JEAN PAUL's Seelenlehre von Dr. von KOEBER, anregend und leicht verständlich namentlich die Ansichten JEAN PAUL's über Traumleben und organischen Magnetismus d. i. Hypnotismus beleuchtet. Die zweite Studie über die Psychologie BONNET's von Dr. MAX OFFNER weist die hohe Bedeutung der psychologischen Forschungen dieses berühmten Naturforschers nach, der wacker mitgekämpft zur Begründung einer Seelenwissenschaft auf physiologischer Basis, dessen Lehren über Ideenassociation, über die Lust- und Unlustgefühle, Instinkt u. A. zum Theil noch heute gelten oder wenigstens modifizirt sogar glänzende Bestätigung von naturwissenschaftlicher Seite erhielten.

Die klar und verständlich abgefassten Studien dürften all' denen reiche Anregung bieten, welche sie auf dem Gebiete der Psychologie suchen, das dem Mediziner zum mindesten nicht fremd sein sollte. *Dr. M. N.*

Zeitungsschau.

Dr. **Hugo Salus** Assistent an dem hygienischem Institute in Prag. **Ueber zwei neue Choleraarbeiten.** (Prager medizin. Wochenschrift Nr. 26, 1893.)

I. Die Verbreitungsweise und Abwehr der Cholera. Von Prof. Dr. Carl Flügge. Leipzig, Veit & Comp.

II. Ueber den augenblicklichen Stand der Choleradiagnose. Von Robert Koch, Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, Vierzehnter Band II. Heft.

I.

Nach einem historischen Ueberblick auf die Entwicklung der Cholera-Kenntnisse bespricht FLÜGGE zuerst die localistische, dann die kontagionistische Anschauung, bekennt sich zu letzterer und gibt zum Schluss Verhaltungsmassregeln für den Fall einer Epidemie.

PETTENKOFER, der erste Repräsentant der localistischen Anschauung zählt die Cholera zu den miasmatischen Krankheiten (wie etwa die Malaria), die nur von der Bodenbeschaffenheit abhängig sind.

Der Infektionskeim x wird erst durch die Bodenbeschaffenheit y (Auflockerung, Imprägnirung mit organischen Stoffen, Durchfeuchtung) virulent; zu diesen 2 Unbekannten kommt noch als dritte «z» die individuelle Disposition des Menschen.

Diese Theorie hat schon manchen Stoss erlitten: Städte z. B. die gleiche Bodenverhältnisse hatten, zeigten kein gleiches Verhalten bei Epidemien; Orte, die nach PETTENKOFER als für die Seuche empfänglich zu betrachten waren, blieben bei der letzten Epidemie frei etc.

Die kontagionistische Lehre weist vor Allem auf das konstante Vorkommen der KOCH'schen Kommabacillen hin, die sich in den schwersten sowie in den leichtesten Fällen vorfanden und deren Ansteckungsfähigkeit auch durch Versuche am Menschen nachgewiesen ist. Ihre Existenzbedingungen sind genau bekannt.

Sie brauchen zum Fortkommen eine bestimmte Temperatur, alkalische Reaktion des Nährbodens, Luftzutritt; sie sind leicht zerstörbar durch Austrocknen, Einwirkung von Hitze oder Desinfectionsmitteln. Sie verlieren darum in kurzer Zeit ihre Lebensenergie auf trockener Wäsche, halten sich dagegen sehr lange auf feuchter Wäsche, in Rinnsalen, seichten Bächen und Flüssen. Sie können durch Insekten (besonderes Fliegen) und durch Nahrungsmittel verbreitet werden.

Die Infektion geschieht vom Verdauungstrakt aus und kann darum der Mensch sich gegen diese Contagion schützen, was bei anderen kontagiösen Krankheiten (z. B. Variola) in der Weise nicht möglich ist. Das Wasser spielt eine grosse Rolle bei der Verbreitung der Keime. Luft und Boden dagegen kommen nicht in Betracht. Das einmalige Ueberstehen immunisirt den Menschen für eine gewisse Zeit.

Bei der Weiterverbreitung spielen manche Zufälligkeiten mit; ob die ersten Fälle gleich behandelt werden, ob die Dejecte gleich unschädlich gemacht werden etc.

Die zeitliche Disposition, das Auftreten der Seuche im Spätsommer und Herbst erklärt sich aus dem tiefen Stand des Grund-

wassers in der Weise, dass die in das Wasser gelangenden Keime eine geringere Verdünnung und langsamere Fortschaffung erfahren.

Die individuelle Disposition ist im Sommer in der reichlichen Wasseraufnahme, im Genuss von rohen Nahrungsmitteln begründet.

Bei all' dem bleibt noch manches Räthsel ungelöst und können die oft recht gezwungenen Erklärungen FLÜGGE's für manche auffallende Erscheinung nicht befriedigen.

Einen vermittelnden Standpunkt zwischen den beiden Richtungen nimmt HUEPPE (die Cholera in Hamburg 1892) ein, indem er die Bacillen als die Erreger der Krankheit anerkennt, aber dabei auch auf ihre Beeinflussung durch die Umgebung und ihre Anpassung an diese Einflüsse hinweist.

Trotz seines streng contagionistischen Standpunktes kommt FLÜGGE zu dem Schlusse, die Cholera zu den nicht stark contagiösen Krankheiten zu rechnen und stimmt bezüglich der prophylaktischen Massnahmen mit HUEPPE überein.

Diese Massnahmen beziehen sich auf die Bekämpfung der lokalen Disposition durch Kanalisation etc. und auf Vorkehrungen gegen Einschleppung von aussen wie Seequarantänen, Grenzrevisionen mit vernunftgemässe Desinfektion des Gepäckes Kranker und ihrer Isolirung, Kontrollstationen auf schiffbaren Flüssen.

Von grösster Wichtigkeit ist die möglichst zeitliche Isolirung der Kranken, geregelt durch gesetzlich normirte Anzeigepflicht und ermöglicht durch rasche (in zweifelhaften Fällen bakteriologische) Diagnose.

Zur Desinfektion empfiehlt FLÜGGE Kalkmilch und Karbolseifenlösungen.

Die individuelle Empfänglichkeit wird durch vorsichtige Lebensweise und Behandlung jeder gastrischen Störung herabgesetzt. Von Schutzimpfungen ist kaum ein praktischer Nutzen zu erwarten.

II.

Die Arbeit ROBERT KOCH's beginnt mit der Konstatirung der unzweifelhaften Thatsache, «dass die Cholerabacillen unzertrennliche Begleiter der asiatischen Cholera sind und dass der Nachweis derselben das Vorhandensein dieser Krankheit mit unfehlbarer Sicherheit beweist.»

Um in solchen Fällen, wo nur wenige Keime in den Dejecten vorhanden sind — die leichtesten Fälle, deren Erkennung jedoch zu Beginn und am Ende jeder Epidemie für die Anordnung von geeigneten prophylaktischen Massregeln von grösster Wichtigkeit ist — rasch und sicher die Diagnose machen zu können, sind jetzt in dem KOCH'schen Institut für Infektionskrankheiten folgende Verfahren üblich:

1. Die mikroskopische Untersuchung, 2. Die Peptonkultur, 3. Die Gelatinplattenkultur, 4. Die Agarplattenkultur, 5. Die Jodolreaktion, 6. Der Thierversuch.

Diese Methoden werden ausführlich geschildert und zum Schluss der Gang der Untersuchung in folgender Weise zusammengefasst:

a) Die mikroskopische Untersuchung von Schleimflocken berechtigt, wenn dieselbe Cholerabakterien in der beschriebenen Anordnung oder in Reinkultur ergibt, ohne weiters zur Diagnose Cholera. Zur vollkommenen Sicherung dieses Ausspruches werden gleichzeitig Gelatineplattenkulturen (bei 22°) und Peptonkulturen (bei 37°) angelegt. Ergibt nach 8 Stunden die mikroskopische Untersuchung der Oberfläche der Peptonkultur eine Cholerareinkultur, so wird die Indolreaktion angeschlossen. (Wir können hier den Zweifel nicht unterdrücken, dass eben mit Rücksicht auf das von KOCH so ausdrücklich hervorgehobene überwiegende Luftbedürfniss der Cholerakeime oberflächlich zwar nur diese vorhanden sein können, während in den tieferen Schichten leicht Fäulnissbakterien wuchern können, die dann das Postulat KOCH's, die Indolreaktion nur mit Reinkulturen anzustellen, hinfällig machen.)

b) Bei unsicherem Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung werden sofort Gelatineplatten, Peptonkulturen und am besten auch Agarstrichplatten angelegt. Die Peptonkultur wird nach 6 Stunden von Zeit zu Zeit auf Cholerabacillen untersucht und bei Anwesenheit derselben Strichkulturen auf Agar angelegt, die oft schon 10 Stunden (bei 37°) nach der Aussaat grosse Kolonien ergeben. Von diesen, sowie von den indessen angegangenen Gelatineplatten werden Peptonreinkulturen angelegt.

c) Bei Fehlen charakteristischer Colonien auf der Gelatinplatte und spärlicher Anwesenheit von Cholerabakterien in der Peptonkultur kommt alles auf richtige Benützung der Agarplatten an, die aus den Peptonröhrchen angelegt sind. Die auf den Agar auftretenden, verdächtigen Kolonien werden sofort in Reinkulturen auf Agarplatten, in Pepton und in Gelatineplatten weitergezüchtet und dann in der Peptonkultur auf die Indolreaktion geprüft, von der Agaroberfläche zum Thierversuche benützt. Eventuell wird von der Oberfläche der ersten Peptonlösung eine zweite Generation auf demselben Nährboden angelegt.

Die Untersuchung von choleraverdächtigem Wasser: man nehme nicht über 100 cm^3 für jede einzelne Probe; diese wird mit Chlornatrium und Pepton (je 1%) versetzt und bei 37° gehalten. Davon werden dann noch 10, 15, 20 Stunden Agarplatten beschickt. Auf diesen wachsen die verdächtigen Kolonien werden dann nach mikroskopischer Sicherstellung ihrer Kommaform für die Indolreaktion und den Thierversuch weiter gezüchtet, um die Cholerakeime von anderen im Wasser vegetirenden Krummstäbchen zu unterscheiden.

Auf jeden Fall erfordert die Choleradiagnose vom Untersuchenden Uebung und vollständige Vertrautheit mit der bakteriologischen Technik und es soll darum die Untersuchung nur von erfahrenen Bakteriologen vorgenommen werden. *B. S.*

Aus der medizinischen Klinik in Kiel.

Roos: Ueber Infusoriendiarrhoe. — (Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. 51, Heft 4 und 5, 1893.)

Verfasser theilt 5 Fälle von Diarrhoe mit, die durch Infusorien verursacht worden sind.

Im ersten Falle fanden sich neben den gewöhnlichen Faecesbestandtheilen zahlreiche Infusorien vor. Es liessen sich nur deutlich zwei Formen unterscheiden und zwar die von GRASSI als Megastoma entericum beschriebene Flagellate und die von MARCHAND zuerst beobachtete Art. (Trichomonas intestinalis.)

Sehr reichlich fanden sich auch die von PERRONCITO und GRASSI als encystirte Formen des Megastoma entericum erkannten Gebilde.

Die Durchfällle waren vollkommen schmerzlos, ohne Tenesmus und die einzige Klage des Patienten bezog sich auf starkes Kollern und Unruhe im Leibe. Der eiweissfreie Harn enthielt viel Indican.

Patient bekam Wismuth und täglich Klystire mit 3—5 *gr* Naphth. Es trat kein wesentlicher Erfolg ein, die Stühle blieben weiter diarrhoisch und enthielten in wechselnder Zahl die erwähnten Infusorien.

Es wurde dann dreimal täglich 0·1 Calomel in Pillen gegeben. Schon am nächsten Tage war die Verminderung der Infusorien eine auffallende und die Stühle wurden dickbreiiger. Es musste aber mit dem Mittel ausgesetzt werden, da es Patient schlecht vertrug (Stomatitis, Brechneigung).

Nach dem Aussetzen des Mittels wurden die Stühle dünner, Infusorien traten wieder in grosser Zahl auf und ausserdem wurden zum ersten Male runde, glashelle unbewegliche Körperchen gefunden, die keinerlei Struktur aufwiesen. Verfasser hält diese Körperchen für encystirte Formen.

Patient erhielt jetzt innerlich 4 Mal täglich 0·2 Naphthol aber ohne Erfolg. Nachdem auch andere Mittel fehlschlugen, wurde wieder Calomel gereicht, welches jetzt besser vertragen wurde. Im Laufe von 7 Tagen schwanden die Erscheinungen.

Im zweiten Falle war Patient stark herabgekommen. Harn eiweissfrei und enthielt Indican. In den Faeces fand sich Balantidium coli.

Da nach den Untersuchungen von ORTMANN das Chinin sehr gut gegen diese Parasiten wirkt, so wurde innerlich und gleichzeitig in Form von Klystiren Chinin gereicht. Der Erfolg war ein sehr geringer, so dass wieder zum Calomel gegriffen wurde, welches die

Parasiten zum Schwunde brachte. Die Diarrhöen besserten sich aber erst nach innerlichem Gebrauche von Acid. tannic. und nach Tanninklystiren.

Im 3. Falle fanden sich im Stuhle reichliche Mengen von Infusorien, welche mit dem von Davaine beschriebenen Cercomonas hominis übereinstimmten.

Bettruhe, Diät und Wismuth subnitr. brachte die Infusoren zum Schwunde und sistirten die Diarrhoe. Es kamen zwar Rückfälle vor, aber bei Bettruhe und Diät schwanden sie.

In einem weiteren Falle wurden in den Faeces grosse pfriemenförmige Infusorien gefunden, aber nur einmal gesehen, da sie in den späteren diarrhoischen Stühlen nicht mehr nachzuweisen waren. Nach dem Tode der Patientin, die wegen eines Tumors laparotomirt wurde und an profusen parenchymatösen Blutungen aus der Operationswunde starb — konnten die Infusorien ebenfalls nicht aufgefunden werden.

Im Exsudate einer putriden Pleuritis sah Verfasser lebende Cercomonaden. In einem weiteren Falle fanden sich neben grossen Mengen von Bakterien sehr reichlich Infusorien und zwar Trichomonas intestinalis (Marchand) vereinzelte, fast immer todte Megastomen, die encystirten Form derselben, und ein Infusorium, welches sich mit dem von Malz beschriebenen identisch erwies.

Auf Calomel schwanden auch hier die Infusorien. *Rdt.*

Dr. H. Alapy (Budapest): **Ueber Verdauungsstörungen bedingt durch einzelne Erkrankungen der Harnorgane.** («Klinikai Füzetek», XV. Heft, Jahrgang 1892. — Pester Medizinisch-Chirurgische Presse Nr. 33, 1893.)

Das Krankheitsbild ist so abwechslungsreich, dass alle Grade von der leichtesten Dyspepsie bis zu den schwersten dyspeptischen Störungen vorhanden sein können und was die Diagnose besonders erschwert, ist der Umstand, dass weder beim Auftreten, noch aber im Verlaufe nur ein einziges Symptom für sich allein die Aufmerksamkeit auf die Harnwege lenken würde. Vielleicht noch am konstantesten ist der Zustand der Mundschleimhaut, und zwar ist der Mund stets trocken, der weiche Gaumen, die Zunge, der Schlund desgleichen trocken und roth. Wenn bei gerötheter Spitze und Rändern der Rücken der Zunge einen schmierigen trockenen Belag hat (Langue urinaire), so empfinden die Patienten fortwährenden Durst, eckeln sich vor konsistenteren Speisen und schlucken zufolge Mangels an Speichel nur flüssige Nahrungsmittel (Dysphagia buccalis.)

Zwei Hauptkategorien der chronischen Retention muss man unterscheiden; in die erste reiht man die Fälle ein, wo eine postgonorrhoische Striktur das Hinderniss für die Entleerung abgibt und dies sind die leichteren, da wohl koncentrische Hypertrophie, aber keine Dilatation der Blasenwand auftritt; der zweiten Kategorie gehören jene Fälle an, wo die Patienten an vorgeschrittener Prostata-Hypertrophie und traumatischer Harnröhrenverengerung leiden und Blase, Harnleiter, Nierenbecken und Kelche erweitert und die Nierensubstanz selbst eine mehr weniger verdünnte, atrophische Schichte bildet.

Die Ursache für die bei chronischer Harnretention auftretenden Dyspepsien ist in der vicariirenden Ausscheidung von Ammoniumsalzen auf der Magen-Darmschleimhaut und der reaktiven Hyperämie der letzteren zu suchen. Wohl können auch pathologische Veränderungen der Niere diese chronische Urämie hervorbringen, allein die Hauptrolle fällt dem Umstande zu, dass die Nieren um den Druck der in der Blase angestauten Harnmenge zu überwinden, gezwungen sind, grössere aber diluirtere Urinquantitäten zu seceniren, welche nicht nur relativ, sondern auch absolut viel weniger feste Bestandtheile enthalten, als de norma, welch' letztere in den Kreislauf gelangen.

Der Zustand der Kachexie wird also in diesen Fällen durch die Doppelwirkung der fortwährenden urämischen Intoxikation, welche die Ansammlung von Harnbestandtheilen im Blute verursacht und der Inanition zufolge von Verdauungsstörungen unterhalten.

Daher soll es als Regel gelten in allen Fällen, wo ältere Leute (Männer über 50 Jahre) an hartnäckigen Verdauungsbeschwerden leiden, den Zustand der Harnorgane genauestens zu untersuchen.

Was die Behandlung anlangt, so soll vorerst eine Vorbereitungskur die Kräftigung und Erhöhung der Widerstandskraft des Patienten bezwecken. Oefters wiederholte Verabreichung leichter Laxantien, z. B. von Mittelsalzen soll die an der Schleimhautoberfläche von Magen und Darmtrakt ausgeschiedenen Ammoniumsalze eliminiren, gleichzeitig soll auch gegen das symptomatische Erbrechen angekämpft werden. Leichte Diät, Milch (ausschliessliche Milchdiät ist wegen der unerwünschten Diurese kontraindicirt), Beförderung der Hautthätigkeit durch Abreibungen und Massage. Mancher Patient fühlt sich wohl bei mässiger Bewegung, bei anderen hingegen ist Bettruhe und kontinuirliche schwache Diaphorese angezeigt.

Hierauf erst soll die Blase gradatim und nicht auf einmal entleert werden, bei der ersten Sitzung wird blos der $^1/_2$—$^1/_4$ Theil des Residualwassers abgelassen, am nächsten Tage etwas mehr und so fort. Wenn sich die Blase derart an die Entleerung gewöhnt hat, erst dann wird dieselbe am 5.—10. Tage vollständig evacuirt. Von diesem Zeitpunkte an kann die vollständige Entleerung zweimal täglich mittelst sterilisirten Nelatonkatheter vorgenommen werden.

Aus dem pathologischen Institute zu Freiburg i. B.

Dr. Vehsemeyer: Studien über Leukämie. I. Zur Aetiologie der Leukämie. (Münchener Mediz. Wochenschr. Nr. 30, 1893.)

Gewisse Erscheinungen der Leukämie, besonders der rapid verlaufenden Fälle (3 solche mit tödtlichem Ausgang nach 3-, 5- und 10tägiger Krankheitsdauer führt Verfasser an) wie die auffallende Blutdissolution mit daraus erfolgenden Hämorrhagien aller Art, das Fieber, dann bei chronischem Verlauf das primäre Erkranken eines Organs und die Weiterverbreitung auf andere, zunächst lymphatische Organe, die Bildung von Metastasen, liessen schon vor längerer Zeit den Gedanken aufkommen, ob man es hier nicht mit einer Infektionskrankheit zu thun habe.

Die in dieser Richtung von zahlreichen Autoren angestellten Versuche ergaben verschiedenartige bakterielle Befunde; doch ist eine Ueberimpfung der Krankheit auf Thiere trotz der verschiedensten angewandten Methoden nicht gelungen, obzwar spontane Leukämie bei Fleischfressern, besonders Hunden und anderen Thieren öfter beobachtet wurde.

Manche Autoren leugnen sogar überhaupt jeden charakteristischen bakteriologischen Befund, so dass die Neigung, Leukämie zu den Infektionskrankheiten zu zählen, «durch die bisherigen Forschungen in keiner Weise sicher begründet und daher durchaus nicht berechtigt ist».

Verfasser meint, es könnte sich da hingegen um eine Autointoxikation durch die Entwicklung toxischer Substanzen im Darmtractus handeln.

Bei der Leukämie hat nach Köttnitz der Verdauungsapparat die Fähigkeit verloren, Pepton in der Mucosa umzuwandeln. Es würde demnach vielleicht eine Peptonämie bestehen. Pepton, intravenös eingespritzt, erzeugte bei Kaninchen eine bedeutende Verminderung der Leukocyten, die sogenannte Leukolyse und hatte wieder eine hochgradige aber vorübergehende Leukocytose zur Folge (Löwit).

Die Leukämie könnte demnach einen höheren Grad dieser toxischen Leukocytose darstellen, in dem durch fortdauernde Intoxikation dauernde Leukolyse erzeugt wird, welche dann eine funktionelle Störung der blutbereitenden Organe und in Folge des übermässig gesteigerten Wiederersatzes der Leukocyten die Hypertrophie dieser Organe zur Folge hat. *B. S.*

Prof. Dr. J. Uffelmann: Können lebende Cholerabacillen mit dem Boden- und Kehrichtstaub durch die Luft verschleppt werden? (Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 26, 1893.)

Die Versuche des Verfassers lehren, dass in dünnen Schichten von Gartenerde, feinem weissen Sande und von Kehricht, Cholerabacillen, welche ihnen mittelst Aufschwemmung in Wasser oder mittelst dünner Fäcalmassen einverleibt waren, durch Trocknung an der Luft — bei Ausschluss der Sonnenstrahlen — zwar der überwiegenden Mehrzahl nach binnen 24 Stunden zu Grunde gehen, dass jedoch ihrer nicht wenige des Stadium des Lufttrockenwerdens jenes Materiales um mehrere Stunden, vereinzelte dasselbe Stadium noch länger, nämlich einen vollen Tag, ausnahmsweise drei Tage überdauern. Dies ist von nicht geringem Belange. Denn, wenn überhaupt lebende Cholerabacillen an lufttrockenem, verstäubungsfähigem Materiale vorkommen können, so muss auch die Möglichkeit zugegeben werden, dass sie mit dem, sei es durch Wind, sei es durch mechanisches Aufrühren aufwirbelnden Staube verschleppt werden und mit diesem in unseren Mund oder auf resp. in Nahrungsmittel, selbst ins Wasser von Bächen, Flüssen u. s. w. gelangen. Verf. gesteht zu, dass diese Art der Uebertragung keine häufige sein wird, weil von dem Augenblicke des Lufttrockenwerdens der Erdmasse oder des Kehrichts die Zahl der Cholerabacillen sich stetig und ziemlich rasch vermindert, weil die Trocknung des fäcal-verunreinigten Materiales an sich noch keine Staubbildung zur Folge hat und besonders weil in natura der Prozess des Absterbens der Cholerabacillen vielfach durch das Sonnenlicht wesentlich beschleunigt wird. Aber es handelt sich hier auch nur um die Entscheidung der Frage, ob überhaupt lebende Cholerabacillen mit dem Luftstaube verschleppt werden können; und diese Möglichkeit sei nach dem Ergebniss von Verf.'s Versuche geradezu als bewiesen anzusehen. Denn ebenso gut, wie in diesen durch schwaches oder mässig starkes Anblasen von den vorher inficirten lufttrockenen, feingepulverten Boden- und Kehrichtmassen Staubtheilchen mit lebenden Cholerabacillen fortgerissen wurden, ebenso und sogar noch besser wird ein kräftiger Windstoss dieselben von der obersten Lage des Bodens oder des Kehrichts abblasen können, wenn sie inficirt, dann Lufttrocken uud auf irgend eine Weise zerkleinert, verrieben, in Staub verwandelt wurde, bevor alle Cholerabacillen zu Grunde gingen. *F.*

Dr. L. Perl (Privatdozent in Berlin): **Akute Nephritis nach Schutzpockenimpfung.** (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28, 1893.)

Akute parenchymatöse Nephritis tritt im Kindesalter selten primär, meist im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten auf. Von diesen ist vor Allem Scharlach, dann Diphtheritis zu nennen; aber auch nach Masern und neuerer Zeit nach Varicellen und nach kontagiöser Parotitis wurde sie beobachtet. Akute Nephritis nach der Vaccination findet sich bisher in der Literatur nicht verzeichnet.

Ein $2^3/_4$ jähriges Kind, das an leichter Rhachitis und einem hartnäckigen Ekzem in der Umgebung des Afters gelitten, bei der Impfung jedoch vollkommen gesund war, erkrankte am 5. Tage darauf mit Fieberhaftigkeit, Kreuz- und Bauchschmerzen. Der Harn war spärlich, trübe, braunroth, $^1/_2\,^0/_{00}$ Eiweiss, ziemlich viel Blutfarbstoff enthaltend. Die mikroskopische Untersuchung ergab rothe Blutkörperchen, hyaline, zum Theil mit Blutkörperchen respektive Epithelien besetzte Cylinder.

Alle diese Erscheinungen schwanden unter Bettruhe und Milchdiät im Verlauf von 6 Tagen. Die Vaccineblasen nahmen ihren normalen Verlauf. *B. S.*

Heinrich Laehr: Zur Reform des Irrenwesens in Preussen (Sonderabdruck aus der Deutschen med. Wochenschrift 1893).

Ein kürzlich in Preussen erschienener, die Unterschriften bedeutender Persönlichkeiten tragender Aufruf verlangt 1. schärfere Massregeln bezüglich der Aufnahme von Geisteskranken in Heilanstalten, 2. eine schärfere Kontrolle dieser Anstalten.

Bezüglich des Punktes 1 wird weiters ausgeführt, dass eine Kommission ehrenwerther Laien über die Anstaltsaufnahmen sowie über die Entmündigung der Kranken zu entscheiden hätte. Nur in dringenden Fällen, bei Gemeingefährlichkeit, eines Kranken wäre eine vorläufige Aufnahme desselben zu gestatten und hätte die genannte Kommission nachträglich in der Heilanstalt ihre Funktion zu üben.

Verfasser kann die Verschärfung der Aufnahmen in Heilanstalten und die Laienkommission nicht billigen, weil dadurch manche Kranke von der Anstalt in einem Stadium ferngehalten würden, wo sie darin noch Heilung finden könnten. Ferner ist in vielen Fällen die richtige Erkenntnis eines Krankheitsfalles erst nach längerer Beobachtung möglich und die rasche Entscheidung selbst für den psychiatrisch erfahrenen Arzt oft schwierig, um wie viel mehr eine Laienkommission zu Irrthümern ausgesetzt.

Bezüglich der Entmündigung entscheiden stets nur Laien, die gewiss Vertrauen verdienenden Richter, denen die Aerzte nur als Berather zur Seite stehen.

Kranke, die als gemeingefährlich in dem akuten Stadium einer Geisteskrankeit in eine Anstalt aufgenommen werden, müssen hier vor Allem Beruhigung finden und ist es nicht räthlich sie hier wieder der aufregenden Prozedur einer kommissionellen Untersuchung auszusetzen.

Verfasser empfiehlt Gleichstellung der Psychiatrie mit den anderen Klinischen Fächern während des medizinischen Studiums und verlangt auch von Juristen eine gewisse Ausbildung in dieser Disciplin.

Bezüglich des Punktes 2 meint Verfasser, dass den Amtsärzten eine eingehende Kontrolle der Kranken wohl schwer werden dürfte. Sollte auch hier eine Laienkommission wieder über die Entlassung von Kranken zu entscheiden haben (wie einstens in Russland dem Gouverneur dies Recht zustand), so würde dies gewiss zu manchen Unzukömmlichkeiten führen.

Verfasser beantragt in der Centralbehörde eine Stelle zu schaffen, von welcher aus, wenn sie mit der geeigneten Persönlichkeit besetzt würde, bedeutender Einfluss auf die Entwickelung der Heilanstalten genommen werden könnte. Eine neue Irrengesetzgebung hält Verfasser noch nicht für zeitgemäss. *B. S.*

Dr. G. Cramm: Ueber Inoculationslupus. (Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie. X. 3.)

Verfasser berichtet über vier von ihm an Bruns' Klinik beobachtete Fälle von Inoculationslupus und führt zahlreiche Fälle aus der Literatur an, für welche ein analoger Entstehungsmodus zumindest sehr wahrscheinlich ist. Es sind dies Lupusfälle, bei denen das Auftreten dieser tuberkulösen Affektion sich direkt an eine Verletzung angeschlossen hat. Da andererseits viele Fälle bekannt sind, bei denen Infektion einer verletzten Stelle zu typischer Hauttuberkulose geführt hat, so entsteht die Frage nach der Ursache der Verschiedenheit dieser Folgeerkrankungen auf anscheinend gleichartige Ursachen hin. Verfasser fasst drei Möglichkeiten ins Auge, verschiedene Virulenz der Tuberkelbacillen, verschiedene Resistenzfähigkeit der betreffenden Individuen oder endlich Verschiedenheit der Eintrittspforte, indem ja nicht immer die Wunde, sondern vielleicht mitunter Haarbälge oder Talgdrüsenausführungsgänge dem Eintritte der Bacillen dienen. Letzterer Weg ist für die Eiterkokken durch zahlreiche Versuche erwiesen, für die Tuberkelbacillen demnach nicht ausgeschlossen. Die Statistik ergibt, dass auf 573 Lupusfälle, in denen die Erkrankung ihren Sitz an entblössten Körperstellen hatte, nur 69 Fälle mit Erkrankung nicht entblösster Parthien kamen. Dies fasst Verfasser als Stütze seiner Ansicht auf, dass der Lupus häufig durch Inoculation entstehe. *J. S.*

Dr. Fischer: Ueber Schwangerschaftsnephritis. — (Archiv für Gynäkol. 1893.)

Fischer hat eingehende Studien über das Verhalten der Niere während der Gravidität und die sogenannte Schwangerschaftsnephritis angestellt. Während der Gravidität befindet sich die Niere in einem Reizungszustand; es treten Leukocyten im Urin auf. Chronische Veränderungen der Niere verrathen sich durch granulirte Cylinder

besonders bei Multiparen, akute durch das Auftreten rother Blutkörperchen im Harn von Erstgeschwängerten. Die in einem Reizungszustand befindliche Niere unterliegt leicht entzündlichen Veränderungen, insbesonders im Gefolge von Temperatursteigerungen. Im Allgemeinen haben diese Nephritiden eine ausgesprochene Heilungstendenz, gehen sie jedoch in den chronischen Zustand über, so ist die Prognose eine ernste. Nebst Syphilis ist diese Nephritis die häufigste Ursache des Abortus. Bei Erstgeschwängerten ist die akute Schwangerschaftsnephritis die häufigste Ursache der Eklampsie. Unter dem Einfluss der Schwangerschaft bilden sich unbekannte chemische Produkte im Blute und geben, wenn sie sich rasch anhäufen, Anlass zum Auftreten von Konvulsionen. Mehrgeschwängerte vertragen die Ansammlung dieser toxischen Produkte besser oder vielleicht ist deren Niere in höherem Grade zur Ausscheidung dieser Stoffe befähigt. Ist die Diagnose auf Schwangerschaftsnephritis gestellt, so sind Bäder, warme Einpackungen und Bettruhe angezeigt. Der Erfolg dieser Therapie ist Steigerung der Diurese und Diaphorese, Abnahme der Oedeme und Albuminurie. Bleibt diese Wirkung aus, so ist Einleitung der Frügeburt indicirt. *S.*

Francotte und **de Rechter: Untersuchungen über den Krebs.** (Bull. de l'acad. roy. Belg. 1892. — Centralblatt für Chirurgie Nr. 34, 1893.)

Die Verfasser publiciren eine vorläufige Mittheilung, deren Resultat dahin lautet, dass bösartige Geschwülste des Menschen, zunächst Carcinom, auf weisse Mäuse mit Erfolg übergeimpft werden kann. Es wächst dort lokal zu einer analogen Geschwulst heran und macht Lymphdrüseninfektion. Man kann alsdann von Maus zu Maus mit Erfolg weiter impfen. Die Uebertragung wurde derart vorgenommen, dass man eine minimale Menge frischen Krebssaftes mittels der PRAVAZ'schen Spritze den Thieren unter aseptischen Kautelen unter die Haut der Schultern resp. Hüftgegend brachte. In mehreren Fällen fiel die vordere Extremität mitsammt der entwickelten Geschwulst ab, worauf die Wundfläche vernarbte. Ob das Thier nachträglich an Krebsgeschwülsten sterben wird, muss abgewartet werden. Die Verfasser leiten aus ihren positiven Erfolgen die Ansicht her, dass der Krebs etwas Parasitäres sein müsse.

Dr. Werner Stork: Grosse Dosen von Jodkalium gegen Tabes. (Neurol. Centralblatt, Juni 1893).

Eine 43jährige Frau erkrankte 8 Jahre nach Acquisition von Lues an Tabes 5 Jahre später bot sie so hochgradige ataktische Erscheinungen dar, dass sie nicht gehen konnte, es bestanden Anästhesien und Analgesien an den unteren Extremitäten. Die Anwendung kleiner Dosen von Jodkalium war erfolglos gewesen. Verfasser verordnete nun 3 Esslöffel tgl. einer Lösung von 50 Jodnatrium auf 400 Wasser und steigerte die Konzentration bald auf 60:400 nach 3 Monaten auf 75:400 und nach weiteren 3 Monaten liess er der Patientin täglich 4 Löffel einer Lösung von 100 Jodnatrium auf 400 Wasser einnehmen; diese stärkste Medikation wurde 4 Monate hindurch angewendet. Es trat auffallende Besserung auf, so dass Patientin wieder gehen konnte. In längeren Intervallen wurde vorsichtshalber immer wieder Jodnatrium gegeben. *J. S.*

A. F. Büchler: Ueber Bursitis luetica. (Monatshefte für Praktische Dermatologie Nr. 3, 1893).

Man kann zwei Formen von syphilitischen Schleimbeutelaffektionen unterscheiden, nämlich die Sekundärformen und die Tertiärformen.

Die ersten treten synchronisch mit dem Erscheinen der Frühsymptome auf und kennzeichnen sich zunächst durch Schmerzhaftigkeit in den Schleimbeuteln. Neben diesem rein subjektiven Symptom treten auch klinich wahrnehmbare anatomische Veränderungen in den Bursae auf. Meistens bietet sich dem Blicke sowohl wie der tastenden Hand eine fluktuirende Geschwulst von verschiedener Grösse dar.

Verfasser führt aus der Litteratur und der eigenen Praxis einige Fälle von Bursitis luetica an. Die Patienten werden auf das Vorhandein des Leidens gewöhnlich erst durch das Spannungsgefühl und durch das die Geschwulst erzeugte Bewegungshemmnis aufmerksam. Die so häufig bei syphylitischen Affektionen der Gelenke und Knochen angegebenen Schmerzen mit nächtlichen Exacerbationen fehlen fast gänzlich. Ausnahmsweise stellen sich rheumatische Schmerzen ein. Die Prognose ist äusserst günstig. Unter einer antisyphilitischen Kur bilden sich die Erscheinungen in wenigen Wochen zurück.

Die tertiären Formen der Bursitis zeichnen sich durch einen chronischen, sich auf Monate erstreckenden Verlauf aus. Als Prädilectionssitz dieser Formen muss die Kniegegend angesehen werden, wobei das weibliche Geschlecht vorwiegend befallen wird. Klinisch ist die Erkrankung charakterisirt durch eine brettharte, scharf umschriebene, schmerzlose, leicht bewegliche, stellenweise fluktuirende Geschwulst, welche die ergriffenen Schleimbeutel einnimmt. Im Anfangsstadium bleibt die Haut erhalten. Unter einer antiluetischen Behandlung kann vollständige Rückbildung eintreten. Wird die Geschwulst sich selbst überlassen, so kann sie erweichen; die darüber liegende Haut nimmt eine bläulich-rothe Verfärbung an, es bilden sich Fistelgänge aus, oder es entstehen durch komplete Nekrose des Neoplasmas Geschwüre mit den charakteristischen Anzeichen eines zerfallenen Gummas.

Verfasser beschreibt einen hierher gehörigen, typischen Fall aus seiner Praxis. In anderen Fällen beschränkt sich die tertiäre Form, ähnlich wie bei manchen syphilitischen Gelenkaffektionen, auf einfache Ergüsse in die Schleimbeutel, die sich rasch zurückbilden, während die begleitenden luetischen Erscheinungen noch lange persistiren oder Nachschübe der Syphilis kontinuirlich sich einstellen.

Dr. L. Stembo: Ueber ataktische Paraplegie. (Vortrag mit Krankenvorstellung geh. 12. Februar 1893 in d. med. Gesellsch. zu Wilna.) (St Petersburger med. Wochenschrift Nr. 30, 1893.)

Verfasser bespricht die Symptomatologie des genannten Leidens und theilt im Anschluss daran einen einschlägigen Fall mit.

Die Krankheit beginnt meist langsam schleichend mit Abnahme der Muskelkraft, leichtem Ermüden; es folgt später unsicherer Gang, Schwanken bei geschlossenen Augen. Lancinirende Schmerzen, Sensibilitätsstörungen fehlen. Der Patellarreflex ist stets bedeutend erhöht, die anderen Reflexe meist deutlich vorhanden. Bei Befallenwerden der Arme finden sich daselbst auch Incoordination und Muskelschwäche. Frühzeitige Impotenz. Die Sphincteren dagegen bleiben intact. Pupillen normal, keine Sehnervenatrophie. Manchmal Nystagmus bei Augenbewegungen. Sprache mehr oder weniger scandirend, Zittern der Gesichtsmuskulatur. Psyche bis auf leichte Gedächtnisschwäche normal. — Die Schwäche der Extremitäten kann sich bis zur vollkommenen Lähmung steigern. — Die Kopfnerven bleiben unberührt. Der Tod tritt meist durch intercurrente Krankheiten ein.

Pathologisch-anatomisch findet man Sclerose der Seiten- und Hinterstränge des Rückenmarkes, doch ist dabei die Degeneration zum Unterschied von Tabes im Dorsaltheil stärker als im Lendentheil.

Bezüglich der Aetiologie ist neuropathische Prädisposition selten nachzuweisen, ebensowenig Lues, dagegen werden Rheumatismus, traumatische Einflüsse, übermässige körperliche Anstrengung als Ursache angegeben.

Männer werden häufiger befallen als Frauen und zwar meist das Alter zwischen 30 und 40 Jahren.

Die Unterscheidung von der gewöhnlichen Tabes ist leicht durch den vorhandenen Patellarreflex und die Lähmung der unteren Extremitäten, von der spastischen Tabes durch die Gegenwart von Coordinationsstörungen. Die Unterscheidung von chronischer Myelitis ist unter Umständen schwierig.

Bei Tumoren des Kleinhirns, die mitunter ähnliche Erscheinungen zeigen, finden sich Occipitalschmerzen, Erbrechen, Störungen in den Bewegungen der Pupillen, die hier fehlen.

Therapeutisch wird Arsen innerlich und Massage empfohlen. Elektricität ohne besonderen Einfluss.

Zum Schluss folgt die Krankengeschichte eines Patienten, der die oben beschriebenen Symptome, besonders die Coordinationsstörungen in ausgesprochenster Weise zeigte. *B. S.*

Adolf Gottstein (Berlin): **Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Disposition.** (Therapeut. Monatshefte August 1893.).

Nach des Verfassers Ansicht sind, wenn in einer specifischen Krankheit von den 3 von KOCH für die Specifität eines Krankheitserregers aufgestellten Bedingungen (regelmässiger Nachweis desselben bei einer bestimmten Krankheit, fehlen bei anderen Krankheiten, Erzeugung derselben Krankheitserscheinungen durch die Reinkultur) einer oder mehreren nicht genügt wird trotzdem, aber die Krankheit dadurch zu Stande kommt, dass dieser Defect durch gelegentlich oder regelmässig hinzutretende andere Ursachen kompensirt wird, die jedoch ganz ausserhalb der Sphäre des specifischen Krankheitserregers liegen und untereinander ganz verschiedenartig sind, diese letzteren als die disponirenden Momente zu bezeichnen.

Die Besprechung des vorliegenden Stoffes zerfällt in 3 Theile 1. locale Disposition bewirkende Momente, 2. Eingriffe allgemeiner Natur, welche durch Veränderung des Gesammtorganismus eine allgemeine Disposition erzeugen, 3. Darlegung der Bedeutung der Disposition bei den einzelnen Krankheiten des Menschen.

1. Von lokale Disposition bewirkenden Momenten kommen mechanische und chemische Eingriffe in Betracht. Von mechanischen Einwirkungen ist z. B. anzuführen, dass Quetschungen der Gewebe galvanokaustische Zerstörung der Haut, Eiterung, Einwirkung der atmosphärischen Luft auf die normale Serosa, Durchschneidung des Ischiadicus, Sympathicus, locale Infection begünstigt etc.

Von chemischen Substanzen ist eine beträchtliche Anzahl als zur Eiterung disponirend gefunden worden; subcutane Injection von Staphylococcenkulturen in nicht mehr pyogen wirkender Menge wird eiterregend durch gleichzeitige Einspritzung von 25% Traubenzuckerlösung. Aehnlich wirkt die der Injection voraus geschickte Einspritzung von (1‰) Sublimat oder (2%) Carbol, von Milchsäure, Tartarus stibiatus etc. Am meisten begünstigen die Infection die Stoffwechselproducte von anderen Bacterien (von Proteus, Prodigiosus etc.), durch deren Mitwirkung abgeschwächte Mikroorganismen erst ihre volle Virulenz wieder erlangen.

2. Zu den Eingriffen allgemeiner Natur, die eine Allgemeininfection fördern, gehören a) allgemeine Störungen des Stoffwechsels wie Hunger (Tauben und Hühner, die gegen Milzbrand wenig disponirt sind, verlieren durch Hunger ihre Immunität), Dürsten, Temperaturerhöhung (bei Fröschen) etc.

b) Pathologische Veränderungen allgemeiner Natur wie z. B. Hydrämie und Anämie sowie reichliche Wassereinspritzungen erhöhen die Disposition für Erkrankungen durch Staphylococcen etc.

c) Vergiftungen: Phloridzinvergiftung lässt weisse Mäuse an Rotz erkranken, die sonst dagegen immun sind; Einspritzung von Papayotin, Jequirity bewirken die Vermehrung beliebiger Bacterienarten in der Blutbahn von Fröschen. Am meisten wirken in dieser Richtung (wie schon für locale Infection hervorgehoben wurde) Bacteriengifte begünstigend für Allgemeininfection.

d) Die Mischinfection u. zw. als Secundärinfection und Symbois. Bei der Sekundärinfektion wird durch eine vorausgegangene Infection der Körper disponirt für das Eindringen einer zweiten Bacterienart, welche sonst nicht zu haften vermochte. Hierhier gehören die Streptococceninfection nach Scharlach, Diphtheritis, Typhus, Rotz, Influenza, Tuberkulose. — Bezüglich der Symbiose hat NENCKI beobachtet, dass 2 Mikroorganismen vereint ganz andere chemische Gährungsprocesse mit durchaus verschiedenen Endproducten zu erzeugen vermögen als jede Art für sich allein. Wenn durch Sym-Symbiose die Infektion des Organismus überhaupt ermöglicht ist, dann gewinnt eine bestimmte Bacterienart ihren specifischen bacteriologischen Charakter (so bei Tetanus, Oedema malignum, wahrscheinlich auch Diphtheritis, vielleicht Cholera).

e) Verstärkung der Virulenz durch Passage d. h. abgeschwächte Culturen erlangen dadurch, dass sie mehrere Thiere derselben Art passiren, wieder ihre volle Virulenz (Eitererreger, Typhus, Diphtheritis).

3. Specielle Erkrankungen des Menschen. Verfasser führt die einzelnen Bacterienerkrankungen und zwar a) Eiterung, b) Septicämie. c) Tetanus, d) Oedema malignum, e) Diphtheritis, f) Typhus, g) Cholera, h) Pneumonia crouposa, i) Tuberkulose vor und weist für jede einzeln nach, dass die specifischen Bacterien allein zur Erzeugung der Krankheit nicht hinreichen, indem sie sich oft bei ganz gesunden Individuen vorfinden. «Sie spielen den Menschen gegenüber nur die Rolle abgeschwächter Keime, erst unter Mitwirkung anderer disponirender Momente, wie sie oben beschrieben wurden, gewinnen sie krankheitserregende Eigenschaften. Auf welches ursächliche Moment das grösste Gewicht zu legen ist, wird sich in jedem Einzelfalle besonders entscheiden lassen; doch fällt die Entscheidung durchaus nicht überwiegend zu Gunsten der Mikroorganismen aus.» *B. S.*

Boerne Bettmann (Chigago): **Die Behandlung der Blenorrhoea neonatorum.** (The Journal of the American medical association. XXI. 7. 12. August 1893.)

Ungeachtet des Umstandes, dass in den letzten Jahren so viel über die Wichtigkeit der Therapie der in Rede stehenden Krankheit docirt und geschrieben wurde, ist die traurige Thatsache zu verzeichnen, dass alljährlich eine nicht unbeträchtliche Zahl von Augen der Blenorrhoea neonatorum zum Opfer fällt. Verfasser glaubt, dass die Autoren (auch die Deutschen) nicht mit genügender Präcision über alle Details der zu treffenden Massnahmen Auskunft geben, und dass, so sehr sich alle Fachleute über den Gebrauch von cauterisirenden Mitteln einig sind, mit Unrecht vor dem Gebrauche starker Lösungen gewarnt wird. Argent. nitr. in 2 % Solution wird allgemein als Panacee gegen die Blenorrhoe gerühmt, während Verfasser mit Erfolg (unter Umständen) 15 % Lösungen in Anwendung gebracht hat. Um so heroisch einzugreifen, müsse man aber auch den Verlauf der Krankheit kennen.

Verfasser unterscheidet zunächst 2 Typen der Blenorrhoen: eine «milde» Form mit leichter schleimig-eitriger Secretion und eine zweite «schwere» Form, die von vorneherein stürmisch und mit schwerer Eiterung verläuft. Tritt die Krankheit mit den ersterwähnten Symptomen auf, so genügen kalte Umschläge auf das Auge, 2 stündliche Instillationen einer concentrirten Borsäure-Lösung und endlich eine 1 Mal täglich ausgeführte Bepinselung der Bindehaut mit 1—2 % Lösung von Silbernitrat.

Tritt die Blenorrhoe intensiver auf, so ist auch der Arzt zu energischerem Einschreiten verpflichtet. So lange die Conjunctiva starr infiltrirt ist, darf von reizenden Mitteln kein Gebrauch gemacht werden; einer gewandten Pflegerin ist aufzutragen, das Auge stündlich mit einer Sublimat-Lösung (1 : 5000) zu reinigen. Tag und Nacht sind Eisumschläge zu appliciren und die Wärterin besonders darauf aufmerksam zu machen, dass sie jede Verletzung der Cornea (beim Reinigen, beim Eintropfen ins Auge) sorgfältigst zu vermeiden habe, da auch eine nur geringfügige Epithelabschürfung den verderblichen Keimen Eintritt gewährt.

Bei ausgesprochener purulenter Secretion beginnt die Behandlung des Auges mit reizenden Mitteln. Der Arzt klemmt den Kopf des Kindes zwischen seinen Knieen ein, und evertirt das untere Lid, während er mit dem herabgezogenem oberen die Hornhaut schützt. Eine 2 % Lapislösung wird im Anfange immer ihre Dienste leisten; sie muss so lange mit der Bindehaut in Berührung bleiben, bis sie eine milchige bläuliche Farbe annnimmt; dann ist der Ueberschuss mit einem in Wasser getauchten Pinsel zu entfernen. Das obere Lid erfährt die gleiche Procedur und es ist dabei besondere Sorge zu tragen, dass auch das Fornix conjunctivae (die «retrotorsale Falte») zugänglich gemacht und touchirt werde. Gehen die Erscheinungen nicht zurück, so verwendet Verfasser stärkere 8—10—15 % (!) Lösungen von Lapis, und er glaubt lediglich durch dieses entschiedene Eingreifen manches Auge gerettet zu haben. Im Allgemeinen darf nicht öfter als 1 Mal in 24 Stunden touchirt werden.

Wenn die Schwellung der Conjunctiva deutlich nachlässt und die Eiterung geringer wird, geht der Autor zur Anwendung heisser Umschläge über, um die Elimination des bereits zerstörten Gewebes zu beschleunigen; dieselben sollen Morgens und Abends durch je 2 Stunden applicirt werden.

Wenn bereits bestehende Cornealgeschwüre trotz Atrophie keinen Rückgang zeigen, so soll Ferrum candens oder eine Beträufelung der Geschwürsfläche mit 95 % Carbolsäure-Lösung zur Anwendung kommen.

Die in öffentlichen Anstalten mit so glänzendem Erfolge durchgeführten prophylactischen Massnahmen sollten auch in der Privatpraxis mehr Eingang finden. Das Genitale jeder Gebärenden ist vor der Geburt mit 1 % Carbolsäure-Lösung gründlich zu desinficiren, in die Augen des Neugeborenen sind 2 Tropfen einer 2 % Lapislösung zu instilliren. *A. P.*

R. Massalongo und S. Silvestri: Ueber Diuretin. (Klinisch-therapeutische Studien. Riform. Medic. Nr. 58, 1893.).

Verfasser haben das Diuretin-Knoll in einer ganzen Reihe hydropischer Zustände einer genauen Untersuchung unterzogen. Es wurden in Behandlung genommen Fälle von Hydrops in Folge von Aorten- und Mitralinsuficienz. Hier waren die Resultate meist sehr gute. Als Beispiel diene die Beobachtung Nr. X.

M. E. 60. J. Mitralinsufficienz. Oedem der Beine. Kleiner unregelmässiger Puls. Harnmenge c. 200 Cc. Eiweiss 1·5‰.

	Harnmenge	Puls	
6. Dezember	200 Cc.	120	
7. »	1800 »	110	Täglich Diuretin 4—6 *gr*
8. »	4500 »	110	
9. »	6000 »	100	
10. »	5200 »	110	
11. »	5500 »	100	
12. »	4300 »	110	

Eiweiss nicht vorhanden. Puls regelmässig. Oedeme verschwunden.

Bei Ascites in Folge von Lebercirrhose waren die Resultate nur mittelmässige, dagegen bei Nephritis recht gute.

Ihre Ergebnisse fassen Verfasser schliesslich in folgender Weise zusammen:

Die harntreibende Wirkung des Diuretin ist s e h r b e d e u t e n d bei c a r d i a l e m H y d r o p s und bei N e p h r i t i d e n. Bei Hydrops als Folge von Lebercirrhose und bei pleuritischen Exsudaten ist die Wirkung nur gering.

Die diuretische Wirkung bleibt auch nach Aussetzen des Medikamentes oft bestehen in Folge der Fortschaffung der durch das Oedem gesetzten Circulationshindernisse.

Bei Dosen von 4—6 *gr* ruft das Diuretin keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen hervor und zeigt auch keine cumulative Wirkung.

Die Formen des cardialen Hydrops, welche auf Mitralerkrankung beruhen, zeigen bedeutendere Wirkungen des Diuretin als die durch Aortenerkrankung hervorgerufenen. Er wählt das Diuretin stärker bei akuter als bei chronischer Nephritis.

Die Wirkung des Diuretin pflegt schon am 1. Tage hervorzutreten.

Das D i u r e t i n i s t e i n g a n z v o r z ü g l i c h e s D i u r e t i c u m, wohl das b e s t e, w e l c h e s d i e T h e r a p i e b e s i t z t und trägt daher seinen Namen mit vollem Recht.

Dr. W. M. Polk: Zur Chirurgie der Uterusadnexe. — (Med. Standard, 1893.)

In einem vor der Amerikan. Gynäkol. Gesellschaft gehaltenen Vortrag gelangt Verfasser zu folgenden Schlussfolgerungen:

Bei chronischer Erkrankung der Adnexe hat zunächst jede Operation den Charakter der Probeincision. Erst nach unmittelbarer Besichtigung der erkrankten Organe kann die Indikation zur eventuellen Exstirpation gestellt werden. Das Entscheidende sei stets der Zustand des Ovariums. Zur genauen Eruirung desselben ist Probeincision resp. Punktion des Organes gestattet. Wird hierdurch die Anwesenheit von Eiter konstatirt, so muss das betreffende Ovarium sammt Tube derselben Seite entfernt werden; nie darf die Tube nach Exstirpation des gleichseitigen Ovariums belassen werden. Enthält die Tube Eiter so kann der Operateur diese und das gleichseitige Ovarium entfernen oder er kann die Tube reseciren und das Ovarium belassen; dieselbe Regel gilt für Hydro- und Hämatosalpinx. Cysten des Ovariums bedingen nicht die Entfernung des ganzen Organes, sondern können, wenn sie nicht das ganze Ovarium einnehmen, durch Enucleation resp. durch Ovarialresektion entfernt werden; hingegen muss bei Hämatom des Ovariums das ganze Organ entfernt werden. Durchgängige Tuben bedingen nicht die Entfernung des Organs selbst bei Vorhandensein von Adhäsionen oder Endosalpingitis, sie müssen jedoch entfernt werden, wenn sich grössere Eitermengen finden. Eine artretische Tube darf, ausser wenn sie Eiter oder Blut enthält, operativ durchgängig gemacht und nach gehöriger Desinfektion reponirt werden. Adhäsionen bedingen nur dann die Entfernung von Tube, resp. Ovarium, wenn diese Organe selbst hochgradig erkrankt sind oder die Adhäsionen so starr sind, dass eine Lösung ohne ernste Verletzung dieser Organe nicht möglich ist. *J. S.*

Comby (Paris): **Ueber die angebliche Heredität der Rhachitis.** (Le Bulletin Méd. 1893.)

Bezugnehmend auf die noch heute vorhandene Ansicht einiger Aerzte über die Rhachitis, behauptet der Verfasser, dass der Schwächezustand der Eltern auf die Kinder eine besondere Prädisposition zur Rhachitis übertragen kann, dass aber diese Dystrophie an sich vom Vater auf den Sohn nicht übertragbar ist. Nach ihm rührt die Rhachitis wesentlich von einer ungeeigneten Ernährung ab, und insbesondere in Familien, in denen die Rhachitis herrscht, kommt es häufig vor, dass eine rhachitische, demnach schwache, dyspeptische und schlecht genährte Frau ihr Kind nicht an der Brust aufzuziehen vermag, weshalb sie leicht zur künstlichen Säugung und zur vorzeitigen Ernährung mit mehligen Substanzen greift, die die wahre und effektive Ursache der Rhachitis bilden. *A. D.*

Prof. A. Forel (Zürich): **Suggestibilität und Geistesstörung.** (Zeitschrift für Hypnotismus, Suggestionsther. etc. Nr. X, 1893.)

Für die Suggestibilität ist relative Ruhe des Gehirns Bedingung, ein gewisser plastischer Zustand desselben worin die Vorstellungen eine schwächere Kraft haben sich zu associiren und deshalb leichter dem von aussen kommenden Impuls d. h. der Suggestion zugänglich sind.

Darum sind es die Affecte wie innere Aufregung, Zorn, grosse lebhafte Heiterkeit, Angst, Verzweiflung etc., welche (selbst bei gut suggestiblen Menschen) den Erfolg beeinträchtigen oder gar vereiteln.

Ebenso wirken andere Hirnthätigkeiten, welche die Aufmerksamkeit in gespannten Zustand erhalten: Preoccupation, Wirkung des Interesses, Triebe etc. als Antagonisten der Suggestion.

Bei akuten Psychosen haben wir Affekte, deren Gewalt und Dauer alles niederkämpft.

Bei Melancholie, Manie, Wahnsinn ist der Antagonist im Gehirn viel zu stark um Suggestion aufkommen zu lassen.

Bei Psychosen mit vorwiegenden Wahnideen, wie Verfolgungswahn, Grössenwahn, ist schon der Versuch diese Kranken zu hypnotisiren sinnlos, mitunter sogar schädlich, weil diese durch die dabei nothwendigen Manipulationen nur aufgeregt werden.

Bei den angeborenen und konstitutionellen Psychosen (mit Ausnahme des völligen Idiotismus) bei geistigen Schwächezuständen, Hysterie etc. kann man durch eine richtige suggestive Pädagogik manche Erfolge erzielen.

Ebenso kann man auch bei den Intoxikationspsychosen (nach Ablauf des Deliriums) wenn auch keine eigentliche Heilwirkung, doch gewisse wichtige Impulse zu nützlicher Thätigkeit sowie Hemmung von perversen Gewohnheiten erreichen.

Manche Geisteskranke sind gut zu hypnotisiren d. h. man kann bei ihnen Schmerz, Appetitlosigkeit, Stuhlgang, Schlaf etc. beeinflussen, während die geistige Störung, die krankhaften Wahngebilde unverändert fortbestehen. Man muss dann eben denken, dass das Gehirn bei seiner Vielseitigkeit theilweise noch in gesunder Thätigkeit erhalten ist. Doch sind auch diese Fälle recht selten. *B. S.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus Ungarn.

Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Ende August 1893.

Nachdem die Leser Ihres geschätzten Blattes eine Zeit her nichts über die sanitären Zustände des österreichischen Dualstaates gelesen haben, so ist es wohl an der Zeit, wieder einmal darüber einige Worte zu sagen. Es dürfte bereits ein Jahr her sein, da schilderte ich die potemkinischen Zustände unseres ungarischen Gesundheitswesens. Seit dieser Zeit hat sich so manches geändert. Die Hoffnung, die Aussicht auf baldige radikale Besserung der sachlichen und persönlichen Seite unseres Sanitätswesens wäre eine sichere und bestimmte, wenn der Mann, der an der Spitze steht, die gehörige Fachkenntniss hätte, denn Energie und guter Wille wird Herrn HYERONIMI von keiner Seite abgesprochen. Zu unserem Unglück aber ist er Techniker und nicht Mediziner und dadurch muss er, wenn er Medizinisches oder Hygienisches will, mit anderer Leute Köpfen denken. Herr von HYERONIMI hat allsogleich bei seinem Regierungsantritt den ungarischen Landessanitätsrath aufgefordert, ein Elaborat zu unterbreiten, damit er die Gebrechen des Sanitätswesens genau kenne. Der Herr Minister möge mich entschuldigen, denn da hat er gleich beim Zuschneiden die Sache verdorben. Denn die hochwohlgebornen Herrn beim grünen Sanitätsrathstische sind sehr tüchtige Fachleute, jeder nach seiner Art, jedoch in dieser Angelegenheit, nämlich die Zustände in der Provinz oder auf dem Flachlande vom grünen Tische aus zu beurtheilen, geht wohl nicht an, destoweniger, weil es so Manche unter dem Sanitätsrathe gibt, die diese oder jene Gegend des Landes nur von der Landkarte her kennen.

Die Herren Räthe waren dabei bescheiden genug, haben ihre Mängel dadurch eingestanden, dass sie Fragebogen mit 52 Punkten den Herren Komitatsphysicis zusandten. Wie die Bogen ausgefüllt retour kamen, weiss ich nicht, jedoch nach den Fragepunkten urtheilend, dürfte ich mir einen Begriff machen. Dem einen Physikus wird die Stuhlrichterwirthschaft nicht gefallen, der wird gewiss selbe in den 52 Punkten roth unterstreichen, der andere Herr Komitatsoberarzt, der zufälligerweise mit dem Herrn Stuhlrichter auf gutem Fusse steht, wird die Hebammenwirthschaft bemängeln und so wurden die 52 Punkte in kaleidoskopischer Art von den Herren Physici zusammengestellt und dem hohen Landessanitätsrathe zugestellt. Dass der hohe Rath aus den zugesandten Fragebogen kein richtiges Resumé herausbringen konnte, beweist, dass sie die Komitatsphysici zu einer gemeinsamen Konferenz einluden, wo dann ein solidarisches Vorgehen dem Herrn Minister unterbreitet werden sollte. Der eigentliche Zweck dieser Berathung dürfte jedoch ein anderer gewesen sein, die mosaikartige Zusammenstellung der 52 Fragepunkte, deren Enträthselung mit der Ansicht einzelner jüngerer Sanitätsräthe in Widerspruch standen. Nämlich die Herren wollten in dem Sanitätsdienste das Alte beim Fenster hinauswerfen, ohne überhaupt etwas Neues zu haben. Sie wollten die Institution der Bezirksärzte durch Lächerlichmachen perhorresciren, ohne jedoch das Wesen der Kreis- und Gemeindeärzte gehörig zu kräftigen. Nach zweitägiger Vor-, Mit- und Nachberathung ist die Frucht der 52 Fragepunkte als eine jämmerliche entstellte Fratze zur Welt gekommen. Die Quintessenz des Elaborats besteht aus der Zubesserung von einigen Gulden und aus den 4—5 Kreuzern Kilometergelder, ob dann der Kilometer in 20 Minuten oder bei unseren unfahrbaren Strassen oft in drei Stunden zurückgelegt werde, kümmert die hohen Herren nicht, denn sie selbst fahren ja im Fiaker auf Asphalt mit feurigen Rossen, oder aber mit dem Separat- oder Blitzzug. Der arme Kreisarzt trachte, wie er um 5 Kreuzer per Kilometer fortkommen kann. Timeo Danaos dona ferentes. Dieser Spruch schwebte uns Landärzten vor. Wir trachten auch, dass wir uns vor der Vormundschaft der hohen und höchsten Herrn bei gehöriger Zeit emancipiren. Wir Landärzte sind erfüllt von dem Bewusstsein unseres Pflichtgefühls. Unser Kampf hier zu Lande ist ein doppelt harter. Wir müssen fortwährend ankämpfen gegen die indolente Sanitätsadministration, gegen das Vorurtheil und den Fatalismus unserer Landesbevölkerung und müssen kämpfen, für die richtige Durchführung des Gesetzes und der in Schnelltempo erscheinenden Ministerialerlässe. Ausserdem müssen wir Armenärzte sein, so dass oft dem geplagten Landarzte keine Zeit zur Erholung oder Restaurirung seiner eigenen Person übrig bleibt, viel weniger für den Nebenerwerb einer Privatpraxis. Bei alledem sind wir in manchen Gegenden die verhasstesten Individuen. Weil das Volk in jeder Erneuerung oder Vollstreckung einer sanitären Massregel nur die Launen und das vexative Vorgehen des Arztes erblickt.

Dem Allen meinte der hohe Sanitätsrath durch Aufbesserung von einigen Gulden und Stipulirung von 5 Kreuzer Kilometergeldern, begleitet mit der Motivirung eines Bettelbriefes abzuhelfen. Nun gibt es Aerzte auf dem Lande in Ungarn, die genügend moralische Kraft haben, einer solchen Missgeburt, die überhaupt nicht im Interesse des ärztlichen Standes lebensfähig darf sein, bei Zeiten den Garaus zu machen. Der aus der Mitte der Landärzte gewählte Direktionsrath beschloss in seinem eigenen Interesse aber auch zum Wohle des Sanitätswesens für Ende September oder Anfang Oktober einen Kongress einzuberufen, wo ein wohldurchdachtes und gut präparirtes Programm aus der Feder eines der tüchtigsten Fachmänner, Herrn Andreas NOVAK, zur Berathung kommen soll. Wir Landärzte wissen, wo uns der Schuh drückt, wir kennen am besten die Mängel der Sanitätsverwaltung. Wir wollen kein Almosen, wir wollen nur Recht und Gerechtigkeit nach allen Seiten hin. Wir bauen uns wohl keine Luftschlösser, jedoch gestützt auf die Energie, Patriotismus und Rechtsliebe unseres hochverehrten Ministers Karl von HYERONIMI, gehen wir mit voller Zuversicht und Freude dem nächsten landesärztlichen Kongresse in Pest entgegen. Unser Wahlspruch ist «nihil de nobis sine nobis.» *Dr. Mór. Boszkovitz.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Prag. Der ausserordentliche Professor Dr. Johann Janoschik ist zum ordentlichen Professor der Histologie und Embryologie an der böhmischen Universität in Prag ernannt worden.

— Amsterdam. Dr. J. Rotgans, Privatdocent an der medicinischen Facultät zu Groningen, ist zum Professor der Chirurgie ernannt worden.

— London. Die DDr W. Wills und G. Hartridge wurden zu Lectoren für innere Medicin resp. Ophthalmologie an der Westminster Hospital Medical School ernannt. Dr. Normann Moore, Lector für Pathologie, wurde an Stelle Gee's zum Lector für innere Medicin an Bartholomew's Hospital and College und Dr. Kanthack an dessen Stelle zum Lector für Pathologie daselbst ernannt. Dr. F. H. Openshaw wurde an Stelle von F. Treves zum Lector für Anatomie am London Hospital ernannt.

* Budapest. Mit der provisorischen Leitung des im Ministerium des Innern neu errichteten bakteriologischen Instituts wurde Dr. Karl Kayser betraut.

* Dorpat. Am 13., 14. und 15. Seetember wird hier der V. livländische Aerztetag seine Versammlung abhalten.

* Frankreich. Der internationale Kongress für physische Erziehung, der voriges Jahr in Paris stattfand, wird dieses Jahr vom 25. bis 28. Oktober in Bordeaux abgehalten werden. Dr. Tissié (Bordeaux) hat die Vorarbeiten für den Kongress übernommen.

* Preisausschreiben. Das College of Physicians in Philadelphia schreibt einen Preis von 500 Dollar — William F. Jenks Memorial Prize — aus für die beste Arbeit über das Thema: «Kindersterblichkeit während der Geburt und ihre Verhütung.» Die Bewerbung ist international. Der Arbeit ist eine englische Uebersetzung beizugeben; dieselbe muss mit der Schreibmaschine geschrieben sein. Ablieferungstermin 1. Januar 1895.

* **Cholera.** **Wien.** Hier kam ein zweiter Choleratodesfall vor, welcher einen Arbeiter aus Marmaros-Szigeth betraf, der mit der Eisenbahn bereits krank hier anlangte. — **Deutsches Reich.** Der «Deutsche Reichsanzeiger» vom 28. August meldet, dass innerhalb der letzten 14 Tage in verschiedenen Theilen des Reiches vereinzelte verschleppte Cholerafälle constatirt wurden. Die Gesammtzahl der seit 15. August festgestellten und dem kaiserlichen Gesundheitsamte angezeigten Fälle beträgt 11, davon haben 8 mit Tod geendet. Von diesen (zum Theile schon in Nummer 35 erwähnten) 11 Fällen kommen auf **Berlin** 3, Donaueschingen 1, auf das Rheingebiet 7 (3 in Neusse, je 1 in Duisburg, Homburg, St. Goarshausen und Neuwied). In Berlin sind seither weitere 2 Fälle aufgetreten, welche das 15 Monate alte Kind eines Buchbinders und die von diesem Kinde inficirte Mutter desselben betrafen. — **Niederlande.** In **Rotterdam** wurden seit 21. August bis inclusive 1. September 15 Choleraerkrankungen constatirt, von denen 11 tödtlich verliefen. In Kralingen kam 1 Todesfall, in Leerdam 1 Erkrankungs- und 1 Todesfall vor. In Ablasserdam constatirte man 2 Erkrankungen, in Hansweert 1 Todesfall, in Ameide und Niuve-Wetering 1 Todesfall. — **Belgien** Bis zum 24. August (inclusive) wurden 74 Cholerafälle (inbegriffen Cholera nostras, Cholerine, verdächtige Enteritis) constatirt, nämlich in den Provinzen Antwerpen vom 28. Juli bis 23. August 47 (30†), Westflandern vom 10. bis 12. August 2 (1†), Ostflandern vom 20. Juli bis 24. August 16 (10†), Hennegau vom 3. bis 20. August 4 (1†). Lüttich vom 6. Juli bis 19. August 2 (2†), Namur vom 15. Juli bis 21. August 3. Die in Antwerpen Erkrankten waren fast ausschliesslich Schiffsleute oder Hafenarbeiter. — **Frankreich.** Die Sterblichkeitsberichte der Stadt Marseille weisen in der Woche vom 19. bis 25. August unter 243 Todesfällen nur am 23. August 2 verdächtige Fälle nach. — **Spanien.** Am 26. August wurde in einer Vorstadt von Barcelona ein Cholerafall constatirt. — **Italien.** In Cussignacco, der Vorstadt von **Udine**, sind vom 23. bis 24. August noch 2 Cholera-Erkrankungen mit tödtlichem Ausgange vorgekommen, weitere Fälle aber nicht mehr bekannt geworden. In Codroipo (westlich von Udine) trat 1 Cholerafall auf. In **Genua** starb am 27. August eine aus Neapel zugereiste Person an Cholera, eine andere, welche mit dieser in Berührung gekommen war, wurde ebenfalls von der Krankheit befallen In **Neapel** dauert die Cholera in ziemlich unveränderter Intensität fort (seit Beginn über 400 Erkr., 360 Todesfälle), hat auch ausserhalb der Stadt in einer weiteren Reihe von Gemeinden Eingang gefunden und herrscht insbesondere in Castellamare, Bosco-Trecosa, Gragnano, Capri, Torro-Annunziata. In Palermo kamen 6 Todesfälle, in Fiumicino bei **Rom** verdächtige Fälle vor. — **Russland.** In der Stadt Moskau kamen zwischen 27. Juli und 2. August (a. St.) 256 Erkrankungen, 105 Todesfälle, im Gouvernement Kiew zwischen 25. und 31. Juli 529 Erkrankungen, 184 Todesfälle, im Gouvernement Nishnj-Nowgorod vom 25. bis 31. Juli 468 Erkrankungen, 191 Todesfälle, im Gouvernement Szamara vom 18. bis 31. Juli 332 Erkrankungen, 114 Todesfälle, im Gebiete der Don'schen Kosaken vom 29. Juli bis 2. August 562 Erkrankungen, 266 Todesfälle vor. — **Rumänien.** — In der Zeit vom 13. bis inclusive 27. August wurden Choleraerkrankungen (Todesfälle) nachgewiesen: in Braila 154 (111), Sulina 139 (73), in Galatz 95 (47), in Cernawoda-Fetestie 72 (38), vom 19. bis 27. August in Tultscha 19 (10). Weiterhin ist die Cholera aufgetreten in den Districten Braila, Cazasu, Putna, Dorohoiu, Gaiscanca. — **Türkei.** In Bagdad wurde Cholera constatirt. In Smyrna betrug die Zahl der täglichen Erkrankungen (Todesfälle) an Cholera vom 10. bis 15. August: 2 (2), 8 (0), 10 (7), 4 (5), 7 (7), 17 (6) 48 (27). — **Vereinigte Staaten Nordamerikas.** Auf dem Dampfer «Karamania» der Anchorlinie, welcher mit nahezu 500 Zwischendeck-Passagieren aus Neapel in New-York ankam, waren während der Fahrt und kurz vor der Ankunft in Amerika mehrere verdächtige Todesfälle vorgekommen. Die Passagiere wurden nach in der Quarantainestation vorgenommener Desinfection auf dem vor dem Eingange zum Hafen liegenden Hofmann Island untergebracht. Während der achttägigen Beobachtung sind 10 Personen an Cholera erkrankt (2 gest.) and wurden nach dem naheliegenden Quarantaine-Spitale Swinburn Island gebracht. Bei einem Kranken wurden Cholerabacillen nachgewiesen.

* **Todesfälle.** In **Neuenahr** Sanitätsrath Dr. **Schmitz**, bekannt durch seine Arbeiten über Diabetes. — In **Lohenstein** Sanitätsrath Dr. **Aschenbach**, Begründer des dortigen Bades. — In **Frankfurt** a. M. der ... Sanitätsrath Dr. **Gustav Passavant**. — In **Belfast** der Gynäkloge. Prof. **Holster Bill**. — In **London** der Gynäkologe Professor Dr. **Graily Herilt**, 65 Jahre alt. dessen Lehrbuch der Frauenkrankheiten in's Deutsche übersetzt wurde. — In **St. Petersburg**. Dr. J. F. **Balandin**, Staatsrath und Director des Hebammeninstitu's, 57 Jahre alt.

Aerztliche Stellen

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgruppe **Unter- und Ober-Piesting** (Niederösterreich) mit dem Sitze in Unter-Piesting. Unter-Piesting ist Eisenbahnstation der Linie Leobersdorf-Gutenstein, schön gelegen und wird von zahlreichen Sommerparteien besucht. Die jährlichen fixen Bezüge belaufen sich auf 475 fl., und zwar von der Gemeinde Unter-Piesting 400 fl. und von der Gemeinde Ober-Piesting 75 fl. Ausserdem hat sich der Allgemeine Arbeiter-Kranken- und Unterstützungsverein in Wiener-Neustadt bereit erklärt, dem Gemeindearzte in Unter-Piesting die Vereinsarztesstelle für die dortigen Mitglieder zu übertragen. Die jährlichen Bezüge hiefür würden sich auf circa 300 fl. belaufen, um welchen Betrag sich die fixen Bezüge erhöhen, so dass dieselben rund 775 fl. betragen. Bewerber um diese Stelle wollen ihre ordnungsmässig instruirten Gesuche unter Nachweis der Praxisberechtigung, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der physischen Eignung, sowie der bisherigen Verwendung an die Gemeinde Unter-Piesting einsenden. Nähere Auskünfte über diese Stelle wollen bei der k. k. Bezirkshauptmannschaft Wiener-Neustadt eingeholt werden.

Gemeindearztesstelle in **Weinzierl am Walde** (Niederösterreich). Kirche, Schule, Post im Orte, 400 fl. Subvention, freie Wohnung, Gartenbenützung, Brennholzbezug, Todtenbeschaugebühren, das Recht zur Führung einer Hausapotheke. Vertrauensarzt der Kremser Bezirkskrankencasse; die Sanitäts-Gemeindegruppe zählt 2255 Einw Gesuche an die Gemeindevorstehung in Weinzierl am Walde, Bezirk Krems, oder an die k. k Bezirkshauptmannschaft Krems.

Bahnarztesstelle für die Strecke **Wiener-Neustadt—Aspang** (Niederösterreich) Reflectanten wollen sich an die Betriebsdirection der k. k. priv. Eisenbahn Wien-Aspang wenden.

Secundararztesstelle im Krankenhause der **israelitischen Cultusgemeinde in Wien.** Jahresgehalt 600 fl. nebst freier Wohnung und Verpflegung. Bewerber müssen Doctoren der gesammten Heilkunde sein, operative Befähigung und chirurgische Spitalpraxis nachweisen und das 40. Lebensjahr nicht überschritten haben. Die näheren Bedingungen können in der Kanzlei der Cultusgemeinde eingesehen werden. Die mit den entsprechenden Documenten belegten Gesuche sind bis 20. September d. J. in der Gemeindekanzlei (I., Seitenstettengasse 4, II. Stock) zu übergeben.

K. k. Bezirksarztesstelle II. Classe, sowie jene des **k. k. ärztlichen Statthalterei-Concipisten** (letztere in provisorischer Weise zu besetzen). Oberösterreich. Bewerber um eine dieser Stellen haben die mit den Nachweisen über ihr Alter über den an einer inländischen Universität erlangten Grad eines Doctors der Medizin und Chirurgie und Magisters der Geburtshilfe, beziehungsweise eines Doctors der Gesammtheilkunde, über ihre bisherige Verwendung, endlich über die nach den Bestimmungen der Ministerial-Verordnung vom 21. März 1873 (R.-G.-Bl. Nr. 37) mit Erfolg abgelegte Physicatsprüfung belegten Gesuche bis zum 30. September 1893 bei dem k. k. Statthalterei-Präsidium in Linz einzubringen.

Gemeinde- und Districtsarztesstelle in **Schwabenitz**, Bezirk Wischau (Mähren), mit einem Gehalte von 533 fl. 28 kr. Bewerber, welche österreichische Staatsbürger und beider Landessprachen mächtig sein müssen, haben ihre Gesuche bis 15. September d. J. beim Gemeindeamte in Schwabenitz einzubringen.

Landesfürstliche Bezirksarztesstelle mit den Bezügen der IX., beziehungsweise X. Rangsclasse, eventuell Stelle eines **Statthalterei-Sanitäts-Concipisten** mit den Bezügen der X. Rangsclasse. (Steiermark.) Bewerber um eine dieser Stellen haben ihre mit dem an einer inländischen Universität erlangten Diplome eines Doctors der gesammten Heilkunde, mit dem Zeugnisse über die im Sinne des Ministerial Erlasses vom 21. März 1873, R.-G.-Bl. Nr. 37, behufs Erlangung einer bleibenden Anstellung im öffentlichen Sanitätsdienste abgelegte Prüfung, sowie mit den Nachweisungen über Alter, Sprachkenntnisse und über die bisherige Verwendung und Dienstleistung belegten Gesuche im vorgeschriebenen Dienstwege bis 25. September 1893 bei dem k. k. Statthalterei-Präsidium in Graz einzubringen.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 17. September 1893. Nr. 38.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Therapeutische Klinik an der Universität zu Neapel.

Ueber den therapeutischen Antagonismus bei den natürlichen Krankheiten.

Von **M. Semmola,**

Professor der experimentellen Pharmakologie und klinischen Therapie.

Es ist eine seit Langem bekannte Erfahrungsthatsache, dass eine Infectionskrankheit, die im Verlaufe einer anderen bereits bestehenden Krankheit auftritt, diese letztere zur Heilung bringt, selbst dann, wenn es sich um eine für unheilbar gehaltene Affection handelt.

Als Beweis für diesen therapeutischen Antagonismus der verschiedenen Krankheiten kann man in der That die verschiedensten und verlässlichsten klinischen Beobachtungen anführen. Wohl allgemein bekannt dürften die Heilungen einiger Fälle von malignen und benignen Tumoren sein in Folge des Auftretens eines Erysipels (NORTON). Die russische und englische Literatur weist viele Fälle von Carcinom und Sarcom auf, die durch das Erysipel zum Verschwinden gebracht wurden; und diese Fälle sind um so bemerkenswerther als die erysipelatöse Infection nicht zu Beginn der Entwicklung des Neoplasma aufgetreten war. Was aber die Casuistik besonders wichtig erscheinen lässt, ist der Umstand, dass die so geheilten Neubildungen nicht wiederkehrten, so dass man daraus folgern konnte — was übrigens von einigen französischen Klinikern hervorgehoben worden ist — dass die erysipelatöse Infection eine wohlthätige Modification in der Blutmischung hervorgebracht haben müsste, indem durch sie gleichsam die carcinomatöse Diathese zerstört wurde. Desgleichen findet sich angeführt, dass in vielen Fällen, eine rheumatische Affection nach Heilung irgend einer, im Laufe derselben aufgetretenen Infectionskrankheit verschwand. So sind auch Fälle von Diabetes mellitus bekannt, die in Folge eines Choleraanfalls oder eines schweren Erysipels etc. etc. geheilt wurden.

Alle diese klinischen Fälle von therapeutischem Antagonismus der verschiedenen Krankheiten wurden verschieden gedeutet an der Hand von mehr oder minder absurden und sicher nicht der Wahrheit entsprechenden Hypothesen, ohne von der Ungläubigkeit sprechen zu wollen, womit dieselben von einigen Aerzten aufgenommen wurden.

Vor nicht langer Zeit haben dagegen andere Aerzte oder Chirurgen den natürlichen Vorgang künstlich hervorzurufen versucht, indem sie z. B. das erysipelatöse Virus in einigen Fällen von Sarcom und Carcinom inoculirten, ohne jedoch das gewünschte Heilergebniss zu erlangen.

Die experimentellen Fortschritte des Laboratoriums in biologischen Fragen, betreffend die künstliche Immunität gegen einige Infectionen, nöthigen heute den Kliniker, der erwähnten Casuistik über den möglichen therapeutischen Antagonismus zwischen einzelnen Krankheiten eine grosse Bedeutung beizulegen, und ich will nun daran gehen, meine Ideen über diesen Punkt wissenschaftlicher Pathologie kurz auseinanderzusetzen, da sie vollkommen den Anschauungen entsprechen, die ich seit 25 Jahren vertreten und die successive durch die klinischen Thatsachen und auch durch die gegenwärtigen wissenschaftlichen Untersuchungen, wofern diese von dem Wunsche, die Wahrheit vorurtheilslos aufzudecken, beseelt waren, ihre volle Bestätigung fanden.*)

Die erste Schlussfolgerung, die man aus dem klinischen Factum des therapeutischen Antagonismus zwischen den einzelnen Krankheiten ziehen muss, ist die zweifellose Bestätigung, dass die neue Medizin, oder die sogenannte experimentelle Medizin, die Medizin des Laboratoriums nämlich den gröosten Fehler beging, als sie sich — indem sie glaubte den Grundpfeiler zur medizinischen Klinik in dem Laboratorium und mit Hilfe des Mikroskops allein gefunden zu haben — anmasste,

*) Siehe SEMMOLA: «Terapia empirica e Terapia scientifica» (Bologna 1868). «Medicina Vecchia e Medicina Nuova» (Neapel 1876). «La scoperta di Koch innanzi alla Terapia scientifica» (Neapel 1890). «La Medicina scientifica e la Batteriologia in rapporto al metodo sperimentale» (Washington 1887).

ihr berüchtigtes: Punkt, neue Zeile! aussprechen zu dürfen, was unser ausgezeichneter Lehrer, Professor TOMMASI so oft in seinen Vorlesungen zu wiederholen pflegte.

Dieser wunderbare Einfluss, den das Erysipel auf die Heilung einiger Krankheiten, insbesondere der Sarcome und Carcinome ausübt, ist nichts weiter als die volle Bestätigung einer grossen und fundamentalen axiomatischen Wahrheit, die die Basis der Gesetze des Lebens bildet, der Wahrheit nämlich, dass bei den Lebensäusserungen die Grundlage einer jeden Thätigkeit und Function in dem Chemismus liegt, und dass die unaufhörlichen Umwandlungen, die man sowohl unter physiologischen als auch unter pathologischen Bedingungen beobachtet, in Wirklichkeit nichts Anderes sind als chemische Vorgänge, deren Aufeinanderfolge ebenso variabel sein kann, als die Zahl der Menschen gross ist; und dass der einzige Grund, weshalb wir bisher klinische Gesetze nicht formuliren konnten und auch niemals werden formuliren können, die man wahrhaftig als mathematische Gesetze ansehen könnte, wie dies für die Chemie und Physik der Fall ist, darin liegt, dass wir die physikalisch-chemische Constitution der verschiedenen den lebenden Organismus zusammensetzenden Principien vollständig ignoriren und für immer ignoriren werden.

Oft wird es sich um einfache moleculare Veränderungen handeln, es wird vielleicht auch keine chemischen Reagentien geben, durch die man im Stande wäre, diese Unterschiede aufzudecken, denn die Chemie müsste uns Reagentien liefern, die, nach Art des Mikroskops bei der histologischen Untersuchung, die geringfügsten in der Constitution der verschiedenen lebenden Grundstoffe vorhandenen Unterschiede zu entdecken vermöchten. Vom biologischen Gesichtspunkte jedoch sind diese selbst moleculären Modalitäten in der Zusammensetzung irgend welcher Grundsubstanz, wie z. B. des Eiweissstoffes, mehr als genügende Unterschiede um eine Aenderung der Ernährung oder, wenn man will, der Morphologie eines Organismus herbeizuführen. Was Wunder also, wenn ein infectiöser Process, wie jener des Erysipels, der die chemischen Functionen in einem Organismus ausser Gleichgewicht bringt, zu einem Heilmittel einer bereits gestörten bio-chemischen Thätigkeit werden und demnach den normalen Ernährungsvorgang wieder herstellen kann? Was thut das Quecksilber, um ein enormes Gumma zum Verschwinden zu bringen, das Mittel, mit dessen Verabreichung erst am Tage nach einem Consilium begonnen wird, in welchem viele berühmte Chirurgen der Meinung gewesen sind, dass es sich um ein Sarcom handelte, das der Operation zugänglich sei? Aehnliche Fälle kommen alle Tage vor, wenn den Kliniker der Zweifel befällt, dass jener Tumor statt eines Sarcoms ein syphilitisches Gumma sei. Man behauptet in grobsinnlicher Weise, dass Quecksilber und Jodkalium auflösende Mittel seien, als ob sie die Substanz, aus der das Gumma besteht, lösen würden. Man könnte aber Mercur und Jod nach Belieben ins Innere eines solchen Gummas injiciren, ohne dass der Rest des Organismus Theil daran hat, und man kann sicher sein, dass dann das Gumma niemals verschwinden wird. Der Grund ist ein ganz einfacher. Das Mercur muss mit jeder Molekel des Organismus in Berührung kommen, es muss die Richtung der cellularen Nährthätigkeit in Uebereinstimmung mit den von ihm in der ganzen intraorganischen Sphäre veranlassten bio-chemischen Modificationen ändern, dann erst verschwindet das Gumma, denn, indem dessen Quelle versiegt ist, kann es sich bei der modificirten Stoffwechselthätigkeit nicht unaufhörlich von neuem bilden; dann erleidet seine heterogene Substanz bestimmte Umwandlungen und wird in Folge einer physiologischen Nothwendigkeit von dem Blutstrome fortgerissen. Und umsomehr können die durch infectiöse Agentien bedingten biochemischen Modificationen zu noch auffallenderen morphologischen Ergebnissen Anlass geben, wobei es selbstverständlich ist, dass diese biochemischen Veränderungen in der Regel schädliche und häufig unwiederherstellbare Effecte hervorrufen, während jedoch bei einer vorhandenen Krankheit in Folge einer präexistirenden mehr oder weniger tiefgreifenden Ernährungsstörung das Resultat ein nützliches und heilsames sein kann.

Leider vermag uns diese so werthvolle und Laien wie ein Wunder erscheinende Casuistik nicht in den Stand zu versetzen, experimentelle Gesetze aufzustellen und Vorhersagen zu machen. Sie bildet eine Reihe von Unbekannten, die, ich wiederhole es, so zahlreich als die Menschheit selbst sind, sei es hinsichtlich der Ursache und des inneren Wesens einiger Krankheiten, wie das Sarcom, das Carcinom etc. (die nur deshalb bösartig genannt werden, weil sie zum Tode führen), sei es in Bezug auf die bio-chemische Natur der durch die Infectionskrankheiten im Organismus hervorgerufenen Modificationen, die zuweilen mit einem Mechanismus, den wir nicht kennen, von Nutzen und heilbringend sein können (JENNER'sche Impfung). Und in solchen Fällen ist das wissenschaftliche Problem so complicirt, und die Zahl der Unbekannten so gross, dass es nicht wundern darf, wenn das Auftreten eines Erysipels die Heilung eines Sarcoms bei dem Individuum A veranlasst hat, während es nach künstlicher Inoculation bei dem Individuum B wirkungslos geblieben ist. Dieses verschiedene therapeutische Ergebniss ist sogar eine logische und nothwendige Folge seiner besonderen bio-chemischen Natur.

Bei der specifischen Behandlung der erworbenen Infectionen, wie der Malaria, der Syphilis, bewirken in der That die Chinin- und Quecksilberpräparate stets Heilung, und es ist nur eine Frage der Form oder der Zeit. Aber die specifische Wirkung der genannten Heilmittel bleibt nie aus, wie immer auch die bio-chemische Constitution der verschiedenen Individuen, die an Malaria oder Syphilis erkrankt sind, sein möge, weil sowohl die Ursache der genannten Infectionen als auch die dagegen angewandten Arzneimittel der physikalisch-chemischen Constitution des Blutes und der blastematischen Säfte stets fremd bleiben: sie stellen daher immer für den Organismus heterogene Substanzen dar, während dies nicht der Fall ist bei zufälligen oder beabsichtigten Impfungen gegen spontane und nicht erworbene pathogene Prädispositionen des Organismus. In letzterem Falle muss das Virus, mit dem wir die Vaccination vornehmen, die Richtung der Nährthätigkeit des Organismus gründlich ändern, indem es an der Zusammensetzung desselben innigen Antheil nimmt: daher sind die individuellen bio-chemischen Bedingungen ein integrirender Theil des Problems und stellen eine Unbekannte dar, die die nützlichen Wirkungen des neuen Virus hintanhalten können.

Der heutige wissenschaftliche Fortschritt mit allen seinen schätzenswerthen Errungenschaften ist nicht im Stande uns das Ergebniss jener Vaccinationen verständlich zu machen, die die Natur in ihrer geheimnissvollen Macht von selbst vollzieht; sie lässt uns aber, wie ich schon früher bemerkt habe, vollkommen begreiflich erscheinen, wie die Heilung in dem einen Falle und die Unheilbarkeit in einem anderen Falle zwei Thatsachen bilden, die eine Folge sind eines und desselben, wenn auch uns unbekannten Gesetzes, gleichwie ein Gebäude, das niederstürzt, und ein solches, das aufrecht steht, einen schlagenden Beweis eines und desselben mechanischen Gesetzes liefern.

(Fortsetzung folgt.)

Tuberkulöse Larynxtumoren.

Von **Dr. M. Hajek**,

Assistent der laryng. Abtheilung an der allgem. Poliklinik in Wien.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Fall IV. N. Abraham, 53 Jahre alt, verheiratet, am 17. Jänner 1893 zum ersten Male in der Ambulanz erschienen, ist, abgesehen von einem vor 30 Jahren durchgemachten Typhus nie krank gewesen. Tuberkulose soll in seiner Familie nicht vorgekommen sein, auch will er nie eine Geschlechtskrankheit durchgemacht haben. Seine jetzige Krankheit, welche in besonders intensiven Schlingbeschwerden sich äussert, datirt

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 37, 1893.

Patient von einem vor zwei Jahren stattgehabten Fischgenuss her, bei welcher Gelegenheit er eine Fischgräte verschluckt zu haben glaubt. Nach Gebrauch eines Gurgelwassers und Inhalationen verschwanden damals die Beschwerden. Seit dieser Zeit hatte Patient bis vor drei Monaten keinerlei Belästigung seitens seines Halses, zu welcher Zeit ohne sichtbare Veranlassung sich abermals intensive Schlingbeschwerden einstellten. Da seit einer Woche die Schlingbeschwerden von besonderer Intensität sind, kam der Patient nach Wien um hier ärztliche Hilfe zu suchen.

Der Kranke von schwächlichem Körperbau, blass, zeigt ausser einem Lipom an der rechten vorderen Scheitelbeingegend nichts Bemerkenswerthes an seiner Köperoberfläche. Ausser einer granulösen Pharyngitis im Rachen nichts Abnormes, dagegen zeigt die laryngoskopische Untersuchung folgenden interessanten Befund: Die Epiglottis ist in eine beiläufig nussgrosse, höckerige, cyanotisch verfärbte Geschwulst umgewandelt. Anscheinend



Fig. 4.

geht diese Geschwulst von der linken Seite der Epiglottis aus, legt sich indess so nach rechts hinüber und über die Glottis, dass der Einblick in das Innere des Larynx und die Ansicht der vorderen Enden der aryepiglottischen Falten unmöglich ist. Das Tumor fühlt sich derb an; eine Ulceration ist nirgends wahrzunehmen. (Fig. 4.) Die Lymphdrüsen am Halse sind nicht geschwollen. Die Percussion des Thorax ergibt an beiden Lungenspitzen Dämpfung, die Auscultation sehr spärliche Rasselgeräusche.

Der Kranke wurde behufs besserer Beobachtung in das poliklinische Spital aufgenommen. Die Diagnose des Larynxtumors wurde vorderhand in suspenso gelassen, die Möglichkeit des tuberkulösen Charakters jedoch mit Rücksicht auf den Lungenbefund vermuthet.

Nach Cocainisirung der Epiglottis, respective des aus ihr hervorgegangenen Tumors, wurde letzterer mittelst der Kehlkopfschlinge in zwei Portionen bis zur Zungenbasis abgetragen. Die Blutung war minimal. In der entfernten Geschwulst ist ein Stück des Faserknorpels der Epiglottis enthalten. Herr Prof. Paltauf, der die Güte hatte, die mikroskopische Untersuchung des Tumors vorzunehmen, berichtete nach wenigen Tagen, dass der Tumor tuberkulösen Ursprunges sei.

Die Nachbehandlung der Wunde bestand in antiseptischer Inhalation und Insufflation mit Jodoformpulver, worauf die gesetzte Wunde innerhalb von nicht ganz 3 Wochen vollkommen vernarbte.

Es ist bezüglich des Larynxbefundes nachzutragen, dass erst nach Ablauf des den Wundverlauf begleitenden Oedems an der rechten aryepiglottischen Falte ein Geschwür sichtbar wurde, welches früher durch den Tumor gedeckt war.

Der Kranke erfreute sich nur kurze Zeit einer Besserung seines Zustandes, da schon nach wenigen Wochen die Tuberkulose in seinem Larynx weitere Fortschritte machte, indem rechterseits von dem Geschwür der Aryfalte aus eine stärkere Infiltration des Taschenbandes und des Stimmbandes auftrat. Auch der Allgemeinzustand verschlimmerte sich rapid, auf beiden Lungen wurden zahlreiche Rasselgeräusche hörbar. Der Kranke verliess Wien in desolatem Zustande.

Fall V. Rudolf N., 54 Jahre alt, im Mai 1893 in meiner Sprechstunde erschienen, sieht herabgekommen aus und macht den Eindruck eines fortgeschrittenen Phthisikers. Anamnestisch ergibt sich, dass derselbe seit 5 Jahren hustet, wiederholt Hämoptoe gehabt, seit 4 Wochen ist er heiser und hat stärkere Dyspnoe. Die laryngoskopische Untersuchung zeigt zwei unter dem rechten Stimmbande, zapfenförmige, breitaufsitzende Geschwülste von etwa Bohnengrösse, deren eine unmittelbar unter dem vorderen Ende des rechten Stimmbandes, die andere unter dem Processus vocalis sich befindet. Beide Geschwülste sind an der Oberfläche glatt, mit Schleimhaut bekleidet, nirgends eine Ulceration sichtbar. (Fig. 5.)

Da angesichts des verzweifelten Zustandes des Kranken von einer activen Therapie nicht die Rede sein konnte, wurde



Fig. 5.

ein endolaryngealer Eingriff unterlassen und dem Patienten Inhalationen verordnet. Der Kranke starb, wie mir mitgetheilt wurde, wenige Wochen nachher.

Obwohl dieser Fall nicht während längerer Zeit beobachtet wurde und auch die Geschwülste ohne mikroskopische Untersuchung nicht einwandsfrei als «tuberkulös» erwiesen sind, so glaube ich dennoch diesen Fall in die Reihe der tuberkulösen Geschwülste einreihen zu dürfen, da ja bei der bestehenden hochgradigen Lungentuberkulose diese Annahme mehr als wahrscheinlich ist.

Was vor Allem den Fall I betrifft, so repräsentirt derselbe eine hochwichtige Form der tuberkulösen Geschwulstbildung, denn dieser Fall zeigt, dass ein ganz gewöhnlicher Polyp, den wir bisher als charakteristische Form eines Fibroms des Larynx betrachtet haben, auf tuberkulöser Grundlage sich entwickeln kann. Aehnliche Fälle hat Avellis mehrere angeführt und mit Recht darauf hingewiesen, dass in Folge der Möglichkeit eines derartigen Vorkommnisses die Prognose eines Kehlkopfpolypen vor der histologischen Untersuchung eine zweifelhafte ist, da ja naturgemäss ein tuberkulöser Polyp als etwas ganz Anderes zu betrachten ist wie ein gewöhnliches Fibrom. Wie Fall I zeigt, erfolgte nach Entfernung des Polypen die locale Heilung nur für kurze Zeit, da bald eine Infiltration und geschwüriger Zerfall des Stimmbandes, die gewöhnliche Art einer allmälig fortschreitenden Larynxtuberkulose auftrat.

Was die Diagnose ähnlicher Fälle noch schwieriger gestaltet, ist der Umstand, dass, wie aus mehreren bisher angeführten Fällen von Gussenbauer, Schäffer, Dehio, Gougenheim, Mandl und Avellis hervorgeht, zur Zeit der ersten Beobachtung der Kehlkopfgeschwulst die Lungen als intakt sich erweisen können, so, dass an der Gutartigkeit des in Form eines Fibroms oder Papilloms auftretenden Geschwulst zu zweifeln gar kein Grund vorliegt, bis später entweder durch das Auftreten von charakteristischen tuberkulösen Infiltraten im Larynx oder Erkrankung der Lungen oder durch die histologische Untersuchung die Krankheit erkannt wird. In einer Anzahl von Fällen traten eben die tuberkulösen Tumoren als Frühformen der Larynxtuberkulose auf, wo entweder Veränderungen in der Lunge nicht nachweisbar waren oder so minimal gewesen sein mochten, dass sie gar nicht zur Untersuchung der Lungen angeregt hatten. Bei meinen sämmtlichen Fällen war durch die gleichzeitig vorhandenen Veränderungen der Lungen zu mindestem eine Richtschnur gegeben, in welcher Hinsicht die Kehlkopfgeschwülste zu untersuchen waren, wesshalb auch der tuberkulöse Charakter der Geschwülste vermuthet werden konnte. Es geht hieraus hervor, wie wichtig es ist bei Larynxtumoren die Lungen auf das sorgfältigste zu untersuchen, da gegebenenfalls der Lungenbefund allein es ist, welcher auf die richtige Diagnose lenkt.

In anderen Fällen wird indess nur die histologische Untersuchung über den wahren Sachverhalt Aufklärung geben können, da man sonst alle diese Geschwülste dem Aussehen nach für ein Fibrom, Papillom oder bei mehr diffusem Charakter für Carcinom hält. Dass ein diagnostischer Irrthum mitunter so-

gar verhängnissvoll werden kann, beweist der Fall GUSSENBAUER's, wo, da ein Carcinom diagnosticirt wurde, welche Diagnose merkwürdiger Weise einmal auch durch die histologische Untersuchung endolaryngeal entfernter Stücke verificirt wurde, die Larynxexstirpation ausgeführt worden ist, und erst nachdem der Kranke an Lungentuberkulose starb, der wahre (tuberkulöse) Charakter der Kehlkopferkrankung erkannt wurde.

In Bezug auf die Differentialdiagnose zwischen carcinomatöser und tuberkulöser Geschwulst meint AVELLIS, dass die tuberkulöse Geschwulstbildung mehr das jugendliche Alter betreffe, während Carcinom mehr das vorgerückte Alter ergreift. So sehr man auch diese Angabe, insofern sie das Carcinom betrifft, gelten lassen kann, ist sie doch nicht in Bezug auf die Tuberkulose zu verwerthen, da alle 5 von mir beobachteten Fälle in einem Alter vorgekommen sind, wo auch das Carcinom des Larynx aufzutreten pflegt. Auf Grund so weniger Fälle, wie bisher beobachtet wurden, lassen sich eben keine allgemeinen diagnostischen Grundsätze aufstellen.

Im Uebrigen muss erwähnt werden, dass in einigen Fällen, wo die Erkrankung schon längere Zeit dauerte, neben dem Tumor im Kehlkopf auch für Tuberkulose charakteristische Infiltrate und Ulcerationen zu sehen waren. Dass in derartigen Fällen die Diagnose des Tumors keinen weiteren Schwierigkeiten begegnet, liegt auf der Hand.

Welche Stellung nimmt nun diese Form der tuberkulösen Tumorbildung ein im Rahmen der gewöhnlichen tuberkulösen Kehlkopferkrankungen? Das laryngoscopische Bild ist in der That ein so verschiedenes von den alltäglichen Formen der Kehlkopftuberkulose, dass man sich veranlasst fühlen könnte, den tuberkulösen Tumoren eine besondere Stellung einzuräumen. In der That begegnen wir auch bei einzelnen Autoren der Meinung, dass die Tumorbildung vorzugsweise den sogenannten primären Formen der Larynxtuberkulose eigen sei. MANDL, DEHIO, GOUGENHEIM und zum Theil wohl auch AVELLIS haben auf Grund ihrer Beobachtungen diese Ansicht vertreten.

In meinen Fällen ist zu einer derartigen Annahme sicherlich kein Grund vorhanden, da die Lungen überall nachweisbare Veränderungen zeigten; ja wenn man den Fall V als erwiesen acceptiren will, zeigt sich sogar, dass es auch nach lange bestehender Lungenerkrankung zu Tumorbildung im Larynx kommen kann. Für die Annahme der angeführten Autoren, dass es sich in mehreren Fällen um primäre Larynxtuberkulose handelte, den Beweis zu erbringen, dürfte schwer fallen, wenigstens wie dies bisher geschehen, auf Grund der klinischen Beobachtung allein, da primäre Larynxtuberkulose eine Diagnose ist, welche mit Sicherheit nur durch die Obduction erbracht werden kann. Immerhin ist es unbestritten, dass in der grösseren Mehrzahl der beobachteten Fälle die Tumorbildung als sogenannte Frühform der Larynxtuberkulose sich manifestirte, was ja auch nicht Wunder nehmen kann, denn wenn das Infiltrat als das erste Stadium der anatomischen Veränderungen in der Larynxtuberkulose aufzufassen ist, so ist der Tumor als ein ganz circumscriptes Infiltrat zu betrachten, das einige Zeit hindurch vornehmlich ein einseitiges Wachsthum zeigt und weniger der Fläche nach fortschreitet. Als Beweis für diese Auffassung mag gelten der fast in allen Fällen constatirte weitere Verlauf der Larynxtuberkulose, indem im späteren Stadium vom Orte der Geschwulstbildung eine weitere Infiltration mit Zerfall aufgetreten ist.

Fall II, III und IV sind wegen der eigenthümlichen Form der Geschwülste bemerkenswerth, da sie in mancher Hinsicht verschieden von den bisher in der Literatur verzeichneten Fällen sind. In den genannten drei Fällen handelt es sich nicht um circumscript aufsitzende Geschwülste, sondern mehr um eine geschwulstförmige Degeneration ganzer Larynxtheile. So sind im Fall II beide Taschenbänder, im Fall III die eine aryepiglottische Falte, im Fall IV die ganze Epiglottis, zu einer Geschwulst degenerirt. Diese Fälle bilden meiner Ansicht nach anatomisch den Uebergang von den polypenartigen, circumscript aufsitzenden tuberkulösen Tumoren zu den diffusen, für gewöhnlich vorkommenden Infiltraten bei Tuberkulose des Larynx.

Die Prognose der tuberkulösen Kehlkopftumoren fällt mit der der Frühformen der Larynxtuberkulose zusammen. In den häufigsten Fällen folgt der localen Exstirpation bald die Recidive in Form einer von der Operationsstelle ausgehenden Infiltration und Ulceration mit entsprechender Verschlimmerung der Lungen und des Allgemeinzustandes. So verhielt es sich in all den Fällen, welche ich längere Zeit zu sehen Gelegenheit hatte und es wird dies auch bestätigt durch die Beobachtungen Anderer. Allerdings tritt die Recidive manchmal nur langsam auf, so dass der Verlauf ein ausgesprochen chronischer wird. In einer geringeren Anzahl der Fälle liegen indess auffallend günstige Resultate vor. Abgesehen von einigen Fällen, wo mehrere Monate, ja selbst ein Jahr verging, wo nach Entfernung des Tumors keine Recidive erfolgte, sind einige Fälle von GOUGENHEIM und AVELLIS angeführt, wo der Larynx und die Lunge mehrere Jahre gesund geblieben sind. Derartige Fälle, wie die letzterwähnten, scheinen indess doch mehr zu den Ausnahmen zu gehören, die Regel ist, dass die Tuberkulose bald nach der Operation in Form einer Infiltration weiterschreitet, und nur dadurch, dass der Tuberkeltumor gewöhnlich eine Frühform der Larynxtuberkulose repräsentirt, ist der Verlauf als ein etwas günstigerer zu bezeichnen.

Hinsichtlich der Therapie ist es schwer allgemein geltende Gesetze aufzustellen, da das bisher beobachtete Material viel zu klein und die Einzelfälle viel zu verschieden sind, als dass sie für eine bestimmte therapeutische Massregel zu verwerthen wären. Es ist eigentlich selbstverständlich, dass insolange ein Tumor circumscript ist und endolaryngeal entfernt werden kann, keine andere Methode als letztere auf Recht besteht, und nur in denjenigen Fällen, wo dies unmöglich ist, die Laryngofissur als indicirt erscheint. Der Fall STÖRK's, sowie auch die oben angeführte Beobachtung II zeigt indess, wie weit man *mitunter* mit der endolaryngealen Operation gehen kann, was *allerdings* nur durch eine Anzahl günstig mitwirkender Momente möglich ist. Es ist fast die Regel, dass nach Entfernung mehr circumscript aufsitzender Tuberkelgeschwülste die Wunde vorübergehend vernarbt. So ist dies im Fall I und im Fall III sowie in mehreren Fällen von AVELLIS und Anderen zu beobachten gewesen.

DEHIO hat indess auf Grund eines von ihm beobachteten Falles, wo der Kranke 7 Wochen nach der, behufs Entfernung des Tuberkeltumors ausgeführten Laryngotomie an acuter Lungenphthise starb, die Ansicht geäussert, dass es besser sei, diese Tumoren nicht zu entfernen, da durch die gemachte Wunde die früher eingeschlossenen Bacillen in den Organismus gelangen. Wenn es auch nicht angeht, auf Grund eines Falles, wie dies DEHIO thut, therapeutische Schlüsse zu ziehen, so gibt doch der Fall Anlass zu Bedenken, da in dem von mir angeführten Fall III nach Entfernung der geschwulstförmig degenerirten Epiglottis eine rapide Verschlimmerung des Lungenprocesses und des Allgemeinbefindens auftrat, trotzdem die Wunde im Larynx heilte. Man könnte diese ungünstigen Folgen mit der Grösse der gemachten Läsion in Zusammenhang bringen, wenn nicht andererseits wieder Fälle verzeichnet wären, wie die von SCHNITZLER, GOUGENHEIM und STÖRK, wo trotz ausgedehnter Eingriffe nebst einer günstigen Beeinflussung des Kehlkopfprocesses keinerlei unangenehme Folgen für die Lungen und das Allgemeinbefinden resultirten, ein Beweis, dass die Ansicht DEHIO's keine allgemeine Anwendung finden kann. Die Frage der Therapie der tuberkulösen Kehlkopftumoren hängt übrigens in letzter Instanz mit der Frage der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberkulose überhaupt zusammen, von deren weiterer Klärung auch hier das Schlusswort zu erwarten ist.

Aus der Therapeutischen Klinik des Prof. Dr. **M. Semmola** *in Neapel.*

Aetiologie, Pathogenese und Behandlung der Pneumonie.

Von

Prof. Dr. Nicola Ferrara in Neapel.*)

(Fortsetzung.)

Behandlung der Pneumonie.

Der wahre Fortschritt in der Behandlung der Infectionskrankheiten wird im Allgemeinen dann erreicht sein, wenn wir im Besitze von Arzneimitteln sein werden, die entweder die pathogenen Bacterien vernichten, oder die Bacteriengifte chemisch neutralisiren, oder die intraorganische Sphäre im umgekehrten Sinne zu den von den mikrobischen Producten verursachten Veränderungen modificiren: in den zwei ersteren Fällen hätten wir die wahre ätiologische Behandlung, im letzteren Falle die wahre Behandlung des Krankheitsprocesses verwirklicht.

Leider verfügen wir heute, hinsichtlich der Pneumonie, weder über Mittel, um den Fränkel'schen Diplococcns zu tödten, noch über solche, um die Toxine zu neutralisiren, und noch weniger über Mittel, die den Krankheitsprocess zu heilen vermöchten. Das ist der Grund, warum der Arzt am Bette eines Pneumonikers sich in die Lage versetzt sieht, eine symptomatische Behandlung durchzuführen und die Familie damit zu trösten, dass er sagt «die Krankheit muss ihren Lauf nehmen».

Indess sind verschiedene Medikamente bei der Behandlung der Pneumonie empfohlen worden, und mit diesen will ich mich nunmehr befassen, wobei etwas Bestimmteres über deren Anwendung angegeben werden soll, um nicht das Schicksal der armen Kranken mit einer unpassenden Verschreibung zu erschweren, denn leider kann heute in der Behandlung der Pneumonie, während man oft nichts Gutes zu thun vermag, viel Unheil angestiftet werden.

Vor Allem muss der Kranke im Bett liegen und unbedingte Ruhe haben; er darf durch Besuche nicht belästigt werden und die Luft, die er athmet, muss möglichst rein und sauerstoffreich sein. Ist bei den Pyrexien im Allgemeinen eine reine, sauerstoffreiche Atmosphäre nothwendig, so wird diese noch dringender geboten erscheinen bei den acuten Erkrankungen der Respirationsorgane, bei welchen die respiratorische Capacität und der Coëfficient der organischen Oxydation in erheblicher Weise herabgesetzt sind, eine Herabsetzung, die in dem Organismus eine Anhäufung von giftigen Extractivstoffen veranlasst.

Nach den Lehren Robin's über die Desintegrirung der Gewebe während des Fiebers, ist es von dem grössten praktischen Nutzen, den Oxydations-Coëfficient bei den Pyrexien, insbesondere bei der Pneumonie und anderen acuten pleuropulmonären Erkrankungen zu erhöhen, da, nach der erwähnten Theorie, der Oxydationsvorgang zur Bildung von löslichen Produkten, die leicht eliminirt werden können, Anlass gibt, während bei einer etwas lebhafteren Desintegrirung unlösliche und dem Organismus schädliche Substanzen sich bilden.

Ueberdies bekomme der Kranke nur leichte Decken. Es ist von keinem Nutzen, seinen mit Oel oder Fett eingeriebenen Thorax bis zum Hals hinauf in Watta- oder in Leinsamen-Kataplasmen einzuhüllen. Diese heute noch von Laien geübte Praxis findet bei unseren heutigen Kenntnissen über die Aetiologie und Pathogenese der Pneumonie absolut keine Stütze mehr.

Als Nahrung gebe man Milch in einer täglichen Menge von 500—1000 *gr*, ferner ein oder zwei Mal täglich Bouillon und zwei oder drei Eidotter.

Frisches Wasser muss selbstverständlich ohne Einschränkung den Pneumonikern dargereicht werden, bis ihr Durstgefühl gestillt ist. Verdammenswerth und geradezu barbarisch ist die noch heute hie und da übliche Methode, den Kranken frisches Wasser vorzuenthalten aus Angst, den Lungen damit zu schaden!

Bei der Pneumonie steht uns leider bisher nur die symptomatische Behandlung zur Verfügung. Ich glaube jedoch, dass die jüngsten Versuche Andeond's über die Serumjherapie der Pneumonie**) unsere vollste Aufmerksamkeit verdienen, da sie, wenigstens nach dem heutigen Stande unserer Wissenschaft, einer rationellen ätiologischen Behandlung der Krankheiten am meisten entsprechen. Andeond ist der Meinung, dass man die Krise bei den Pneumonikern beschleunigen kann, wenn man ihnen Blut Reconvalescenter nach genuiner Pneumonie injicirt, indem das Serum dieser letzteren das Antipneumotoxin enthalten muss, eine Substanz, die die Eigenschaft hat, das Pneumotoxin zu neutralisiren. Das Blut wurde direct aus einer der Armvenen eines solchen Reconvalescenten entnommen und in das Unterhautzellgewebe des zu behandelnden Kranken injicirt.

Nachdem heute zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben, dass dem Blute mikrobicide Eigenschaften innewohnen, nachdem ferner erwiesen ist, dass ein grosser Unterschied zwischen dem normalen Blute und jenem eines Reconvalescenten nach Pneumonie besteht (und ich glaube, dass der Reconvalescent nach einer Infektionskrankheit überhaupt im Besitze eines Blutes mit besonderen Eigenschaften sein muss) ist wohl die Hoffnung nicht unbegründet, dass man bei Fortsetzung dieser Untersuchungen zu Ergebnissen gelangen könnte, die für die ätiologische Therapie der Pneumonie von grösserer Fruchtbarkeit sein werden.

Sehen wir von diesem Versuche ätiologischer Behandlung der Pneumonie ab, so sind wir nicht im Stande mit den Mitteln über die die heutige Wissenschaft verfügt, gegen den Fränkel-schen Diplococcus etwas auszurichten oder die im Blute kreisenden Bacteriengifte lahm zu legen. Jedoch bildet die Förderung der Oxydation und Elimination dieser letzteren einen wesentlichen Vortheil für den Pneumoniker. Zur Erreichung dieses Zweckes wendet Prof. Semmola seit mehreren Jahren bei der Behandlung der Pneumonie das Jodnatrium in starken Dosen an, und zwar alle zwei Stunden 5—10 Tropfen der gesättigten Lösung d. i. 60 bis 120 Tropfen binnen 24 Stunden.

Die Jodpräparate im Allgemeinen haben unbestritten die Eigenschaft, die Stoffwechselthätigkeit in energischer Weise anzuregen, die organischen Oxydationen zu fördern und die Elimination der regressiven Produkte zu vermehren. Indem also die Jodpräparate bei einem Pneumoniker die Oxydation der mikrobischen Toxalbumine und deren raschere Ausscheidung begünstigen, verhindern sie ein längeres Verweilen derselben im Blute und in den interstitiellen Flüssigkeiten, und setzen so ihre toxischen Wirkungen, die eben mit ihrer Menge und ihrem Verweilen im Organismus im Zusammenhange stehen, einen Damm entgegen.

Bevor wir zur symptomatischen Behandlung der Pneumonie übergehen, will ich noch kurz einer jüngst vorgeschlagenen Behandlung der Pneumonie, nämlich der mittelst Injectionen von Terpentinöl, erwähnen.

Diese Behandlung wurde durch Dieulafoy warm befürwortet, und zwar auf Grund der zuerst von Lépine unternommenen Versuche, der von der von Fochier beobachteten Thatsache ausging, dass in Fällen von Wochenbettfieber nicht selten mit dem Erscheinen eines Eiterherdes in der Darmbeingrube, an der Brust, im Unterhautzellgewebe oder in irgend einem Gelenke eine plötzliche Besserung eintritt. Fochier legte diesem Suppurationsherde den Namen Fixationsabscesse bei, und bei Frauen, deren Zustand ein verzweifelter schien, erlangte er staunende Erfolge durch künstliche Erzeugung solcher Abscesse mittelst subcutanen Injectionen von Terpentinöl. Lépine wandte dasselbe Verfahren auf die croupöse Pneumonie an. Dieulafoy

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 31, 33, 36, 1893.

**) Rev. med. de la Suisse rom. Nr. 2, 1893.

berichtet über mehrere Fälle von schwerer Pneumonie die nach dieser Methode behandelt und geheilt wurden. Die Injectionen wurden an den Extremitäten vorgenommen, und man rief in jedem Falle je vier Abscesse hervor. Nach DIEULAFOY sind diese Abscesse als Eiteransammlungen aufzufassen, woselbst sich die Materia peccans anhäuft, die den Organismus inficirte, der sich auf diesem Wege derselben entledigt.

Die gute Wirkung dieser Behandlung hat man auch dadurch zu erklären gesucht, dass man behauptete, der Bildung dieser Abscesse gehe eine lebhafte Leukocythose voraus, die von der Phagocythose untrennbar sei.

Wir selbst haben in mehreren Fällen obiges Verfahren angewendet. Mit der Injection von 1 *kcm* Terpentinöl haben wir jedoch weder lebhaften Schmerz noch irgend welche Reactionserscheinungen hervorrufen können. Auch RENDU hat diese Behandlungsmethode ohne Erfolg applicirt.

Andererseits habe ich Gelegenheit gehabt, zu beobachten, dass das Terpentinöl kurze Zeit nach der Injection eine beträchtliche cardio-vasculäre Erregung veranlasst mit erheblicher Steigerung des Blutdruckes; dies dauert jedoch nur kurze Zeit an, und der Kranke fällt bald in einen Zustand grosser Erschöpfung: der Puls wird äusserst schwach und ist kaum fühlbar. Ausserdem glaube ich, dass vier Injectionen an den vier Gliedmassen, wie sie von LÉPINE, DIEULAFOY etc. empfohlen werden, für den Harnapparat nicht so gleichgiltig sein können, indem ja die durch Terpentin hervorgerufene Nephritis Allen bekannt ist.

Bei Infectionskrankheiten kann man leicht jene Kranken retten, die ungehindert die Bacteriengifte ausscheiden. In Folge dieser lebhaften Elimination aber erkranken sehr leicht die Nieren, weshalb auf Infectionskrankheiten secundär auftretende Nephritiden nicht selten beobachtet werden. Wenn demnach bei der Behandlung allgemeiner Infectionen im Momente der grössten Ausscheidung irritirende Substanzen verabreicht werden, so ist fast sicher, dass man dadurch die Nieren in einen noch heftigeren Reizungszustand versetzt.

Ich glaube also, dass, wofern mich weitere klinische Beobachtungen nicht des Gegentheils überzeugen werden, diese Behandlung mittelst Injectionen von Terpentinöl bei gewissen acuten Infectionen und folglich auch bei der Pneumonie bei Seite gelassen werden müsse.

Auch ist die Idee dieser Behandlung nicht ganz neu. Unsere Altvordern riethen bei der Behandlung acuter Krankheiten, die sie auf eine im Blute circulirende *materia peccans* (die unseren Mikroben und den Toxinen entspricht, zurückführten, die Applikation ausgiebiger Vesicantien an den Gliedmassen, um an diesen Stellen die *materia peccans* gelangen zu lassen. Dieses Verfahren ist aber eine der barbarischesten Erinnerungen der alten Medizin.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Association Française pour l'Avancement des Sciences.

Abgehalten zu Besançon, eröffnet am 3. August 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

(Fortsetzung.)

Dr. Chapoy (Besançon): *Congenitale Naso-pharyngeal-Polypen ectodermischen Ursprunges.*

Ich glaube der Erste zu sein, der zwei Fälle congenitaler Nasenrachenpolypen beobachtet hat, Fälle, die analog demjenigen sind, den SCHUCHARD im Jahre 1884 beschrieben hat, und der der einzige beschriebene Fall dieser Art ist. In einem dieser Fälle konnte ich das Vorhandensein des in Rede stehenden Tumors sogar im Momente der Geburt constatiren. Diese Beobachtungen regten mich dazu an, diesen Gegenstand genauer zu studiren, und die Conclusionen, zu denen ich gelangt bin, sind folgende:

1. Es existiren beim Kinde, sogar beim neugeborenen Kinde, Naso-pharyngeal-Tumoren, die noch nicht beschrieben worden sind.

2. Die Form derselben ist die eines zweilappigen Ovoïds, das mit einem langen und dünnen Stiele versehen ist; der Tumor ist in den meisten Fällen an den oberen Theil des Pharynx fixirt.

3. Die schön ausgeprägte dermoepidermische Structur dieser Tumoren und ihre variable Implantation muss ein Grund dafür sein, dass man die in Rede stehende Bezeichnung, nämlich den Terminus: «congenitale Polypen ectodermischen Ursprunges» der Bezeichnung «Haarpolypen» vorzieht.

4. Man hat es in diesen Fällen mit wahren Bildungsanomalien zu thun.

5. Die Genesis derselben ist wahrscheinlich auf eine unvollständige Resorption der auf dem Niveau des Pharynx befindlichen Wand zurückzuführen, in Folge der Juxtaposition des Ectoderms oder des Endoderms, oder noch mehr auf eine Plicatur des Ectoderms im Niveau einer Kiemenspalte.

6. Als ätiologische Factoren sind die Blutsverwandtschaft und das weibliche Geschlecht anzuführen.

7. Die Initialsymptome sind die der Cyanose; später, wenn das Kind überlebt, sind es die Symptome der langsamen Asphyxie, die auf Rechnung einer mangelhaften Expansion der Lungen kommen.

8. Die in Rede stehende Diagnose muss besonders in denjenigen Fällen, in denen Cyanose vorhanden ist, gestellt werden. In allen Fällen, in denen man bei einem Neugeborenen Cyanose antrifft, ist eine minutiöse und wiederholte Untersuchung des Pharynx nothwendig.

9. Die Prognose ist sehr schwer, und der Tod tritt rasch ein, wenn man die Natur des Tumors verkennt; hingegen eine günstige, wenn der Tumor erkannt wird.

10. Der Tumor, der Anfangs rudimentär ist, kann sich später entwickeln.

11. Die Abtragung durch mässige Torsion oder Traction ist die wirksame Behandlung.

* * *

Dr. Séjary (Algier): *Prophylaktische Behandlung der Malaria mit Chinin.*

Seit zum Mindesten vier Jahren verabreiche ich meinen Patienten auf dem Lande in der Umgebung von Algier das Chinin als Präventivmittel, und zwar in kleinen Tagesdosen; der Erfolg ist ein sicherer.

Während der gefährlichen Saison verhindert eine tägliche Einnahme von 15—20 *cgr* das Auftreten der Anfälle, und die Leute fühlen sich vollkommen wohl.

Wenn die Kranken diese Behandlung aufgeben, so kommt das Fieber in kurzer Zeit zum Ausbruche, und das Vertrauen derselben in diese Prophylaxe ist ein derartiges, dass sie diese Methode den Leuten in ihrer Umgebung mit demselben glücklichen Resultate verschreiben. Mein Verfahren bestätigt somit durchaus die Schlussfolgerungen von WIDAL in der Abhandlung von CHARCOT, BOUCHARD und BRISSAUD über die Wirksamkeit und die Unschädlichkeit dieser Methode.

* * *

Dr. Baudin: *Ueber den wahren Werth der Injectionen mit organischen Flüssigkeiten (Brown-Séquard).*

Um mich von dem wahren Werthe der Injektionen mit den organischen Flüssigkeiten von BROWN-SÉQUARD und C. PAUL zu überzeugen, führte ich bei einer sehr grossen Zahl von Kranken Injectionen mit diesen Flüssigkeiten aus.

Meine diesbezüglichen Erfahrungen gehen dahin, dass die Wirkung dieser Injectionen in mehr als der Hälfte der Fälle gleich Null sei; in den meisten andern Fällen ist eine leichte und vorübergehende Wirkung zu verzeichnen, dieselbe kann jedoch auf Rechnung der Auto-Suggestion gesetzt werden; der Einfluss der Injectionen ist ein ernster und dauernder, wenn nicht in exceptionellen Fällen, so doch zum Mindesten in sehr wenigen Fällen.

Die Behandlung erwies sich als besonders wirksam bei der senilen Cachexie, bei excessiver Ueberanstrengung und Erschöpfung,

bei der Melancholie und der Hypochondrie, bei den Samenergüssen und bei der Phthise.

Die Wirkung der Injectionen war ungefähr gleich Null oder zum Mindesten sehr inconstant bei der Neurasthenie, und es fehlte jedwede Wirkung ganz und gar bei der Hemiplegie, der Paraplegie, bei dem chronischen Muskelrheumatismus, bei der Epilepsie u. s. w.

Die ernste Wirkung dieser Injectionen kann nicht auf Rechnung der Auto-Suggestion oder einer banalen Ursache gesetzt werden, denn wenn man den organischen Flüssigkeiten Glycerinwasser substituirte, so machte dies der erzielten Wirkung ein Ende.

Ueberdies variiren die Angaben der Kranken, betreffend die Wirkung der Injectionen, wenn man den Modus der Bereitung der Flüssigkeiten ändert, und die diesbezüglichen Flüssigkeiten wurden eben in Unkenntniss der Kranken über den wahren Sachverhalt bereitet.

Um diese ernste Wirkung zu erklären, muss man wieder daran gehen, diese Methode experimentell zu studiren, so wie auch ihre klinische Anwendung in Bezug auf verschiedene Fälle und verschiedene Individuen.

* * *

Dr. Mossé (Toulouse): *Ueber die Wirkung der Brown-Séquard'schen Injectionen.*

Im Allgemeinen habe ich von den Injectionen mit organischer Flüssigkeit nicht viel Erfolg bekommen. In denjenigen Fällen, in denen sie zu Beginn eine günstige Wirkung auszuüben schien, war die Wirkung keine anhaltende. Bei einem Ataktiker ersetzte ich die Injectionen mit der Flüssigkeit von Brown-Sequard durch solche mit neutralem in destillirtem Wasser suspendirten Glycerin, und der früher günstige Einfluss der erstgenannten Injectionen hielt sich aufrecht. Die Wirkung verringerte sich aber und hatte die Tendenz zu verschwinden, wenn man die Injectionen aufgab. Ein anderer Ataktiker, bei dem ich die Injectionen nach Brown-Sequard aufgab, weil sie ohne jedwede Wirkung blieben, bekam Injectionen mit Glycerin, deren Natur er nicht kannte; er erklärte hierauf, dass er sich wohler fühle, ohne dass ich mich aber von der Richtigkeit dieser Angabe würde haben überzeugen können.

Die Auto-Suggestion spielt gewiss bei der Methode von Brown-Sequard eine Rolle, und die Wirkung, welche bei dieser Methode durch die Auto-Suggestion erzielt wird, ist gewiss eine grössere, als die der Brown-Sequard'schen Injectionen oder indifferenten Injectionen selbst.

Wie dem auch sein mag, so scheint es dennoch, dass man vorläufig gewisse diesbezügliche Kategorien aufstellen könne. Wenn die functionelle Impotenz und die nervösen Störungen von einer alten anatomischen Läsion abhängig sind, so kann man nicht hoffen, sie durch die genannte Methode rückgängig oder schwinden zu machen. In diesen Fällen könnte es geschehen, dass die Injectionen die allgemeine nervöse Erschöpfung des Kranken verringern.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass man in den Fällen, in welchen noch keine positiven Läsionen vorhanden sind, oder in denen es sich um noch nicht veraltete Neurosen handelt, hoffen kann, die angestrebten günstigen Resultate zu erzielen, vergleichbar der Wirkung, die man erhält, wenn man ein allgemeines Nerventonicum anwendet, dessen Wirkung, gleich nachdem man dasselbe ausgesetzt, schwindet.

Was die Genesis der Besserung betrifft, so gibt es dafür gar keine Erklärung.

* * *

Dr. Chéron (Paris): *Lockerung der Ligamenta lata Uteri und Dilatatio Ventriculi bei den Neurasthenischen.*

Ich beobachtete in den letzten Jahren 70 Kranke, Mädchen uns verheirathete Frauen, unter letzteren solche, die schon geboren haben und die nicht geboren haben, die, ohne irgend welche entzündlichen Erscheinungen von Seiten des Uterus, die Zeichen einer Lockerung der Ligamenta lata darboten, nämlich: «Das Gefühl der Schwere im Becken verbunden mit einem Gefühle von Reissen in der Schamleiste, ferner Gürtelschmerz, der nach der Lendengegend ausstrahlte, und Müdigkeit beim Gehen und beim Stehen.»

Bei allen diesen Patientinnen ohne Ausnahme konnte ich auch das Vorhandensein einer Magenausdehnung mit allen ihren Consequenzen constatiren.

Es handelt sich hier nicht um ein einfaches Coïncidens, denn ein minutiöses Ausfragen dieser Kranken ergibt immer eine mehr oder weniger grosse Zahl von Symptomen der Neurasthenie, so z. B.: Schlaflosigkeit, Plaques in der Regio cervicalis et sacralis, Amyosthenie u. s. w. In fast zwei Drittheilen dieser Fälle — 42 unter 66 Fällen — konnte ich eine neuropathische Heredität beobachten. In allen Fällen war eine verminderte arterielle Spannung vorhanden, das Criterium einer Abnahme der Vitalität in den Nervenzellen und einer nervösen Erschöpfung.

Bisweilen ist es die Magenausdehnung, die zuerst auftritt, wenn z. B. das gewöhnliche Diät-Regime nicht eingehalten wird; ein anderes Mal beobachtet man zuerst die Lockerung der Ligamenta lata, so z. B. bei wiederholten Schwangerschaften ohne puerperale Anfälle, langdauerndes Säugen der Kinder — und nach kurzer Zeit fällt das Lockerwerden der glatten Muskelfasern des Magens mit dem Nachgeben der glatten Fasern der Ligamenta lata zusammen. Später tritt noch ein Schwächezustand der glatten Muskelfasern des Darms (Verstopfung), der Blase, und noch später Amyosthenie hinzu. Die verminderte arterielle Spannung tritt frühzeitig ein.

Die Diagnose ist in diesen Fällen leicht zu stellen, wenn man seine Aufmerksamkeit auf diese Zustände richtet; die Dilatation des Magens und die Lockerung der Ligamenta lata haben ihre eigenen Symptome, die man leicht von einander trennen kann.

Alle diese Fälle können in hohem Grade gebessert — wofern nicht geheilt — werden, und zwar durch eine rationelle Behandlung, welche die Allgemeinbehandlung der Neurasthenie umfasst, und der ich noch mit Erfolg die hypodermatischen Transfusionen mit künstlichem Serum hinzugefügt habe — und, was den Magen betrifft, die Amara mera, lange Zeit fortgesetzt; für den Uterus empfiehlt sich noch die Massage und die rhythmisch intermittirende Behandlung mit dem constanten Strome.

Um zusammenzufassen, so handelt es sich hier um eine ziemlich häufig vorkommende Form der Neurasthenie, die man die gastro-uterine Form nennen könnte. *Ch.*

(Fortsetzung folgt.)

Académie de Médecine in Paris.

Sitzung vom 27. August 1893.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Dr. Beni-Barde: *Die Hydrotherapie in der Behandlung der Dermato-Neurosen.*

Dr. Beni-Barde legt in seiner interessanten Mittheilung dar, dass die Hydrotherapie bei der Behandlung der Dermato-Neurosen von Nutzen sein könne, sei es, dass die Hautaffection von nervösen Störungen centralen oder peripheren Ursprungs abhängig sei, oder dass sich zu diesen nervösen Störungen — wie es häufig der Fall ist — Anämie und Veränderungen in der Blutbeschaffenheit hinzugesellen. Eine der Dermato-Neurosen, die er am allerhäufigsten mit Erfolg zu behandeln Gelegenheit hatte, und die überdies eine der häufigsten Affectionen ist, betrifft den Lichen planus. In den Fällen von Lichen planus benützt Dr. Beni-Barde die lauwarme Douche, von einer Temperatur von 35° C., der eine besonders sedative Wirkung zukommt. Das Wasser muss in einer starken Brause ausgeworfen werden, die ein grosses Volumen Wasser fasst, so dass sozusagen, der ganze Körper auf ein Mal befeuchtet wird. Die percutorische Kraft der Douche muss eine geringe sein, und die Dauer derselben soll ungefähr 3 bis 6 Minuten betragen.

Nach der Douche darf der Kranke nicht frottirt, sondern einfach und auf die sanfteste Art abgetrocknet werden.

Diese Art des Vorgehens ist keine absolute; um die Behandlung in der That wirksam zu gestalten, ist es nothwendig, sich von der Form des Uebels und von der Empfindlichkeit des Kranken Rechenschaft zu geben. Man muss selbstverständlich das therapeutische Mittel der Toleranz und der Empfindlichkeit des Kranken, die eine sehr variable ist, anpassen.

Wenn die Kranken, die mit Lichen behaftet sind, Affectionen in Gegenden darbieten, welche durch die Douche nicht getroffen werden können, so verbindet man mit der Douche diejenigen hydrotherapeutischen Methoden, welche sich in diesem Falle als nothwendig erweisen. Auf diese Art hat man mit grossem Erfolge zu den Sitzbädern mit fliessendem Wasser, zur Perinealdouche und überhaupt zur Hämorrhoidaldouche, welche das Jucken und die Neuralgien am Anus vortrefflich lindert, seine Zuflucht genommen.

* * *

Dr. de Brun: *Nervöse Erscheinungen beim Typhus exanthematicus.*

Dr. de Brun aus Beyrouth hatte Gelegenheit im Jahre 1893 eine Typhus-Epidemie zu beobachten und berichtet über seine eingehenden Studien betreffend die nervösen Erscheinungen in diesen zahlreichen Fällen.

An die Spitze dieser Erscheinungen, führt Redner aus, muss man die Cephalalgie setzen, die man bei fast allen Kranken antrifft, und die bei einigen Kranken während des ganzen Verlaufes der Affection mit einer ungewöhnlichen Heftigkeit persistirt. Dieselbe kann sogar die Defervescenz überdauern und in einigen Fällen quälte sie den Kranken sogar noch nach mehr als vierzehn Tagen vom Beginne des Abfallas der Temperatur.

Der Schwindel ist noch constanter und einigermassen characteristischer. Derselbe steigert sich, wenn sich der Patient aufrichtet, und er quält ihn namentlich zur Zeit der Reconvalenz, indem er ihn am Gehen und am Arbeiten hindert. Redner beobachtete in einem Falle das Vorhandensein der Schwindelanfälle 41 Tage nach dem Beginne der Krankheit und 25 Tage nach der Defervescenz in einer solchen Intensität, dass es dem unglücklichen Patienten unmöglich war, aufrecht zu stehen, ohne Gefahr zu laufen, dass er zu Boden stürzt.

Die Insomnie, die sehr häufig vorkommt, kann bisweilen 8—12 Tage anhalten, ohne dass der Kranke auch nur eine Viertelstunde lang schläft. Die Narcotica blieben im Allgemeinen unwirksam.

Die Rhachialgien und die Gastralgien finden sich nicht selten, sie sind aber weniger constant und weniger wichtig als bei der Variola.

Die Hauthyperästhesie wird in einer grossen Zahl von Fällen beobachtet; sie kann eine allgemeine oder localisirte sein, besonders am Abdomen. Ihre Intensität kann eine sehr grosse sein. Bei einem Kranken, der in Prostration und in vollem Delirium dahinlag, war die Hyperästhesie eine derartige, dass es genügte, ihn mit dem Finger zu berühren, um heftige Contractionen in seinem Gesichte hervorzurufen und ihn einen Schmerzensschrei ausstossen zu lassen.

Das allgemeine Schmerzensgefühl und das Gefühl der Mattigkeit und Abgeschlagenheit erscheinen schon am Beginne der Erkrankung und sind bisweilen sehr ausgesprochen.

Die Prostration bildet ein wesentliches Symptom. Bei den leichten Formen genügt eine einfache Bewegung, die Einnahme einer Suppe, das Herunterschlucken eines Glas Wassers, um den Patienten in einen wahren Zustand der Abgeschlagenheit zu versetzen. Das, was dieser Prostration — so gering sie auch sein mag — ein besonderes Gepräge verleiht, das ist die Schwierigkeit, die sie beim Sprechen empfinden. Es hat in solchen Fällen den Anschein, als ob die Zunge dieser Kranken an den Mundboden befestigt sein würde; sie ist schwer, fühlt sich teigig an und bewegt sich schwer; auch werden die Worte langsam hervorgebracht, oft zitternd und entschlüpfen bisweilen den kaum halbgeöffneten Lippen.

Bei den mittelstarken Formen werden die Kranken vom Beginne des fünften oder sechsten Tages in eine Art von Torpor versetzt, analog demjenigen, den die an Abdominaltyphus Erkrankten am Beginne der dritten Woche darbieten.

Bei den schweren Formen tritt die Abgeschlagenheit frühzeitig auf und tritt ungefähr zu gleicher Zeit mit dem initialen Schüttelfroste auf, um dann mit einer unglaublichen Schnelligkeit zuzunehmen.

Die Prostration bedingt nicht immer in diesen Fällen — etwa so wie beim Abdominaltyphus — das charakteristische typhöse Aussehen, die typhöse Physiognomie; vielmehr bieten diese Kranken eine besorgte und unruhige Miene dar.

Ausser den soeben geschilderten Phänomenen der Depression sind noch die der Excitation zu erwähnen. In dieser Beziehung ist namentlich das Zittern, welches ein fast constantes Symptom ist, hervorzuheben. Bisweilen ist dasselbe nur in geringem Grade ausgebildet und wird nur dann bemerkt, wenn die Kranken irgend welche Bewegung machen; in andern Fällen ist dasselbe intensiv und macht es den Kranken unmöglich, Nahrungsmittel oder Getränke an den Mund zu bringen. Dieses Zittern, das sich zumeist im Bereiche der Hände befindet — wo es mit dem Tremor alcoholicus eine gewisse Aehnlichkeit hat — ist bisweilen im Bereiche des Kiefers, der Zunge und der Lippen noch ausgesprochener.

Das Sehnenhüpfen («subsultus tendinum») ist in diesen Fällen viel constanter und findet sich häufiger als es beim Abdominaltyphus der Fall ist.

Die Störungen der Intelligenz werden in verschiedenen Graden bei allen Kranken beobachtet. Bei den leichten Formen beobachtet man ein mehr oder minder vollständiges Fehlen des Raisonnement, eine Unsicherheit und einen Mangel der Association der Gedanken, ein Verschwinden der Gefühle des Affects und den Zustand der Apathie.

Die Intelligenz wird stumpf und verschwindet gänzlich oder theilweise. Einige dieser Kranken leiden an Gesichtshallucinationen, welche den alkoholischen Hallucinationen sehr nahe stehen; andere hingegen werden während des ganzen Verlaufs der Krankheit von einer fixen Idee verfolgt, die sie quält, und um welche sich ihr Delirium und ihre anderen Gedanken gruppiren.

Was aber im Bereiche der Störungen der Intelligenz bei dem in Rede stehenden Typhus namentlich vorherrscht, das ist zweifellos der Verlust des Gedächtnisses. Es handelt sich hier nicht blos um eine einfache Schwächung der Gedächtnisskraft — eine Erscheinung, die man bei einer grossen Zahl von Infectionskrankheiten antrifft — sondern es ist der völlige, absolute Schwund des Gedächtnisses, den man bei vielen dieser Kranken beobachtet. *R—x.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Empfindung und Bewusstsein.

Monistische Bedenken von **B. Carneri.**

Verlag von Emil Strauss. Bonn. 1893.

Die vorliegende Schrift, das jüngste Werk Carneri's, und gleichsam die Quintessenz seiner übrigen weitbekannten Arbeiten enthaltend, ergänzt gewissermassen die vor Kurzem im gleichen Verlage erschienene sensationelle Rede Haeckel's, «Der Monismus», in welcher einer einheitlichen, auf Naturerkenntniss basirenden Weltanschauung Ausdruck gegeben und ihrer Vereinbarkeit mit den ethischen Bedürfnissen des Gemüths nachzuweisen gesucht wurde.

Carneri bringt mehr und Anderes! Er trachtet den Monismus an dem massgebendsten Prüfstein zu erproben, an der Lösung des psychologischen Problems. Fussend auf reiner Entwicklungslehre und auf dem, in all' seinen Werken wiederkehrenden Grundsatz «In der Natur richten sich nicht die Mittel nach den Zwecken, sondern die Zwecke nach den Mitteln», findet der Verfasser in den neueren Theorien, welche anstatt des einfachen Darwin'schen Anpassungsprincipes ein «Zweckmässigkeitsstreben», einen «Bauplan» annehmen, mehr oder weniger bewusste Rückkehr zu dem stets auf Glauben beruhenden Dualismus.

Da die Hauptursache, aus welcher gegen die «Vererbung» zu Felde gezogen wird, aus dem Widerstand gegen die Annahme eines Instincts resultirt, versucht Carneri diesen, sowie die verschiedenen Stufen geistiger Entwicklung überhaupt auf rein Darwin'scher und monistischer Grundlage zu erläutern. Dazu findet er aber eine Klärung unserer Begriffe von Empfindung und Bewusstsein erforderlich. Entsprechend der Entwicklung der «Urmaterie» zur organischen Welt, entsprechend den steigenden Graden der Synthese erhebt sich einfach mechanische Attraction und Repulsion zum chemischen Process und dieser wieder zur Reaction höheren Grades, der «Empfindung». Diese ist als solche nicht mit Bewusstsein verknüpft, denn das letztere erfordert zu seinem

Zustandekommen einen hohen Grad der Entwicklung der Lebewesen, nämlich das Vorhandensein eines centralisirenden Nervensystems. Durch dieses wird eine Empfindung zum Gehirn geleitet, dort dem im Gehirn concentrirten «Ganzen» vorgestellt, so dass die Empfindung eines Theils zur Empfindung des Subjects, und somit zur «empfundenen», bewussten Empfindung wird. Eine niedrigere Stufe des Bewusstseins bietet die «Gesammtempfindung» bei Wesen ohne centralisirtes Nervensystem; hier kommt es nicht zur «Vorstellung» der Empfindung, aber (nach PREYER's Hypothese durch Wechselbeziehung der amöboiden Zellen zum grossen Protoplasmanetz) entsteht die Empfindung des Ganzen, die Gesammtempfindung, welche, ohne dass man Bewusstsein anzunehmen braucht, einfach statt der Reflexe eines Theils, die Reflexe des ganzen Individuums auslöst. Auch das Räthsel des Menschengeistes wird auf solcher entwicklungsgeschichtlicher Basis verständlicher, ohne den Dualismus zu seiner Lösung zu benöthigen.

Wir sind uns wohl bewusst, dem Leser kein völlig klares Bild dieser kleinen und doch so inhaltsreichen Schrift bieten zu können, wir skizzirten nur einen Gesichtspunkt, und verweisen daher auf diese selbst, denn bei CARNERI ist jedes Wort von Bedeutung eines Gedanken, so dass eine wahre Inhaltsangabe nur der Inhalt seiner Arbeiten selbst bildet.

Die Lectüre dieses Schriftchens, das möglicherweise den Eckstein neuerer vergleichender psychologischer Forschung darstellt, bereitet hohen Genuss jedem naturwissenschaftlich Gebildeten, denn die auf Naturforschung allwärts beruhenden Anschauungen des Autors sind «der pochenden Brust des Lebens entnommen». Aus jeder Zeile spricht eifriges, heiliges Streben nach Wahrheit, und Jedem, den gleiches Streben beseelt, ermöglicht die lichtvolle Darstellung den Schatz einer vernünftigen logischen Lebensauffassung mit geringer Mühe zu heben, oder die bereits gebildete naturwissenschaftliche Weltanschauung neu zu befestigen.

Möge das Werkchen weite Verbreitung finden!

Dr. Max Neuburger.

Grundriss der pathologischen Anatomie.

Von **Dr. Hans Schmaus,**

I. Assistent am Pathologischen Institut und Privatdozent an der Universität München

Mit 191 Abbildungen.

Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

Verfasser hat mit dem vorliegenden Buche ein dankenswerthes Werk geliefert. Wenn auch an grossen Werken über pathologische Anatomie kein Mangel besteht, andererseits auch ganz kleine Kompendien existiren, in welche dieses grosse Wissensgebiet hineingepfercht wurde, fehlte bisnun ein Werk, das dem Anfänger wirklich empfohlen werden kann.

Das Buch von SCHMAUS hält nun eben die richtige Mitte zwischen den angegebenen Extremen. Ohne in kleine Details einzugehen, bietet es doch viel mehr als ein einfaches Schema des Gegenstandes. Der allgemeine Theil gibt ein ganz anschauliches Bild von dem heutigen Stande der Disziplin. Das Eingehen auf Streitfragen, das Citiren verschiedener Ansichten wird mit Recht unterlassen und überall das Thatsächliche und unzweifelhaft Festgestellte in den Vordergrund geschoben. Im speziellen Theil hat Verfasser die Erörterung der pathologischen Anatomie von Auge und Ohr ganz weggelassen, da dieselbe in den Lehrbüchern der betreffenden Spezialdisziplinen ausführlich behandelt ist. Auch andere Abschnitte der pathologischen Anatomie (Hernien), die anderwärts eingehende Besprechung finden, behandelt Verfasser mehr summarisch. Das Werk soll eben durchaus nicht alle anderen Lehrbücher der pathologischen Anatomie überflüssig machen, sondern nur als Grundriss dienen. Klare Diktion, anschauliche Schilderungen, präcise Fassung sind stylistische Vorzüge des Werkes. Sachlich stützt sich Verfasser auf die grosse Erfahrung, die er als BOLLINGER's langjähriger Assistent zu sammeln Gelegenheit hatte. Sehr gute Holzschnitte sind in genügender Zahl aufgenommen.

Das trefflich ausgestattete Werk kann allen Medizinern wärmstens empfohlen werden. *J. S.*

Bibliotheca medica.

Verlag von Th. G. Fischer & Co. Cassel 1893.

In diesem neu erschienenen Sammelwerk soll, wie der Prospekt versichert, ein Organ geschaffen werden, welches Abhandlungen bringt, die wegen ihres Umfanges und der beigegebenen Illustrationen in den bestehenden Zeitschriften keine Aufnahme finden konnten. Sie wird Abhandlungen in deutscher, französischer, englischer und italienischer Sprache veröffentlichen. Sie wird in einigen unter sich vollständig unabhängigen Abtheilungen erscheinen, und zwar vertheilt sich die Redaktion der einzelnen Abtheilungen wie folgt: Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Professor Dr. BORN. — Physiologie. Prof. Dr. GRÜTZNER. — Pathologische Anatomie, Hygiene und Bakteriologie. Prof. Dr. FLÜGGE, Prof. Dr. PONFICK, Prof. Dr. WEIGERT. — Innere Medizin einschl. Neurologie und Psychiatrie. Prof. Dr. HITZIG, Prof. Dr. KAST, Prof. Dr. NAUNYN. — Dermatologie und Syphilidologie. Prof. Dr. NEISSER. — Chirurgie einschliesslich Gynäkologie, Ophtalmologie. Otiatrie, Laryngologie, Rhinologie und Orthopädie. Prof. Dr. KOCHER, Prof. Dr. KÖNIG, Prof. Dr. MIKULICZ.

Als erstes Heft ist eine Arbeit aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Breslau erschienen, und zwar «Ueber Syringomyelie» Von Dr. Ed. ASMUS, eine sehr lesenswerthe Abhandlung, die sich auf die genaue mikroskopische Untersuchung des Rücke markschnittes eines einschlägigen Falles stützt, und der eine Tafel beigegeben ist, welche sich durch feine Ausführung auszeichnet. Die Ausstattung der Bibliotheca ist eine ganz glänzende.

Zeitungsschau.

Aus dem Berliner städtis hen allgemeinen Krankenhause in Friedrichshain. Abtheilung des **Prof. Fürbringer.**

Freyhan: Ueber nervöse Störungen im Gefolge von Alkoholismus. (Deutsches Archiv für klin. Med. 51. Bd. Heft 6. 1893.)

Die Polyneuritis, die nach Alkokolmissbrauch entsteht, gilt jetzt allgemein für so häufig, dass sie geradezu das Paradigma für die multiple Neuritis überhaupt bildet.

Das klinische Bild dieser Affection setzt sich aus 3 Reihen von Symptomen zusammen, und zwar aus motorischen, aus sensiblen und aus Incoordinationserscheinungen.

Nach dem Vorherrschen der einen oder der anderen Symptomengruppe kann man drei Formen von Polyneuritis unterscheiden: 1. Eine motorische Form, bei welcher ein Verlust der Motilität mit oder ohne andere Erscheinungen besteht; 2. eine sensible Form, bei der sensible Störungen, Irritation oder Verlust der Empfindung in den Vordergrund treten; 3. eine ataktische Form, bei welcher ohne deutliche motorische Schwäche die Incoordination das hervorstechendste und augenfälligste Symptom bildet.

Mit diesen drei Formen ist aber die Reihe der nervösen Störungen nach Alkoholmissbrauch durchaus nicht abgeschlossen. Es kommen da noch die mannigfachsten nervösen Erscheinungen vor, die in den Rahmen einer Polyneuritis nicht mehr hineinpassen und die aber bis nun einer genauen Analyse nicht unterworfen worden sind.

Die diesbezüglichen Untersuchungen des Verfassers erstrecken sich auf 120 Fälle, bei denen nachweislich ein Zusammenhang zwischen Alkoholismus und den bestehenden nervösen Erscheinungen vorhanden war.

Unter den 120 Fällen waren nur 19 Fälle von multipler Neuritis.

Die motorische Form war durch 5 schwere und 8 leichtere Fälle vertreten. Verfasser liefert eine ganz genaue Beschreibung der bestandenen Erscheinungen und hebt, anderen Autoren gegenüber, besonders hervor den Verlust der Kniephänomene als ein nie fehlendes, differential-diagnostisch ungemein wichtiges Zeichen. In keinem einzigen Falle konnten die Patellarreflexe durch die gewöhnlichen Manipulationen hervorgerufen werden.

Die ataktische Form der Polyneuritis, die gewöhnlich als Pseudotabes bezeichnet wird, wurde durch 6 Fälle repräsentirt.

Der Gang der Kranken war taumelnd und schwankend, bei geschlossenen Augen wurde die Unsicherheit noch stärker. Motorische und sensible Störungen waren vorhanden, nur aber leicht ausgesprochen. Die Patellarreflexe fehlten ausnahmslos.

Ein Beispiel der sensiblen Form der Polyneuritis ist Verfasser nicht in der Lage anzuführen, er theilt aber in extenso die Krankengeschichte eines Falles mit, der einen Symptomencomplex darbot, dessen Aehnlichkeit mit der Hysterie unverkennbar war und bemerkt, dass es auch a priori wohl denkbar sei, dass der Alkohol gelegentlich die Rolle des agent provocateur spielen und für die Entstehung der Hysterie dieselbe ätiologische Bedeutung gewinnen könne, wie sie so vielen verschiedenartigen Einflüssen, Traumen, Excessen u. s. w. zugeschrieben werde. Die inländische Literatur weist keine derartigen Fälle auf, nur in der französischen (Salpêtriere) ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Hysterie verzeichnet.

Die überwiegende Zahl der Fälle des Verfassers wies Zeichen abnormer Erregbarkeit und abnormer Erschöpfbarkeit im Bereiche des ganzen Centralnervensystems auf. Diese Erscheinungen, die bekanntlich als Attribute der Neurasthenie gelten, waren in allen möglichen Abstufungen vertreten.

Am markantesten fielen die Störungen der motorischen Sphäre in die Augen. Der abnormen Erregbarkeit der motorischen Sphäre entsprach die Hyperästhesie in der sensiblen.

In der secretorichen Sphäre liess sich ebenfalls eine Uebererregbarkeit constatiren, indem die Schweisssecretion eine ausserordentlich vermehrte war.

An der allgemeinen Leichterregbarkeit participiren auch in hohem Masse die Reflexe. Die Hautreflexe sind ausserordentlich gesteigert; dasselbe gilt für die Patellarreflexe; oft besteht Patellarclonus; Fussclonus ist selten auslösbar. Störungen der Harn- und Mastdarmfunctionen fehlen regelmässig.

Das Bild, welches wir bei Alkoholikern finden, charakterisirt sich also durch abnorme Reizbarkeit und abnorme Schwäche, die sich in allen Verzweigungen des Centralnervensystems wiederspiegelt.

Diese reizbare Schwäche, die den fundamentalen Grundzug der Neurasthenie bildet, veranlasst den Verfasser diese Affection zu der letzterwähnten Neurose zuzurechnen und dieselbe als alkoholistische Neurasthenie zu bezeichnen.

Prognostisch bietet die alkoholistische Neurasthenie keine besseren und vielleicht sogar ungünstigere Chancen, wie die Neurasthenie überhaupt. Eine Besserung ist nur bei dem Wegfall der ursächlichen Schädlichkeiten zu erwarten, was aber nur selten gelingt.

Im Resumé seiner Untersuchungen hebt Verfasser folgende Punkte hervor:

1. Die häufigste im Gefolge des Alkoholismus auftretende nervöse Störung ist eine Form der Neurasthenie, die man zweckmässig als alkoholistische Neurasthenie bezeichnen kann.

2. Die alkoholistische Neurasthenie ist ein im Allgemeinen scharf umschriebenes und deutlich erkennbares Krankheitsbild.

3. Es gelingt fast ausnahmslos, die Differentialdiagnose der alkoholistischen Neurasthenie gegen die Polyneuritis durchzuführen.

Rdt.

Aus dem Ambulatorium des med.-klin. Institutes München.

Dr. G. Sittmann. Assistent des Institutes: **Ueber Papain bei Erkrankungen des Magens.** (Separatabdruck aus der Münchner Medizinischen Wochenschrift Nr. 29, 1893.)

Das Papain ist ein Pflanzenprodukt, und wird gewonnen aus der Frucht der Carica papaya, die in den Tropen heimisch ist. Es stellt ein weissgelbes, lockeres Pulver dar, das sich durch einen eigenthümlich brenzlich-gewürzigen Geruch auszeichnet; sein Geschmack erinnert an Fleischextract oder eingekochte Bratensauce. Von dem früher im Handel befindlichen Papayotin unterscheidet es sich durch Gewinnungsart, Farbe, Geruch und Geschmack, Wirkung und hauptsächlich durch bedeutend billigeren Preis (35—40 Pf. das Gramm).

Die chemischen Eigenschaften der Produkte liessen erwarten, dass bei Mangel oder pathologischer Zusammensetzung des Magensaftes das Papain die Eiweissverdauung im Magen einleiten und dass so das verwandelte Eiweiss rascher in den Darm kommen und der weiteren Verdauung anheimfallen werde. Diese Erwartungen wurden bestätigt.

Bezüglich der Verordnung ist zu bemerken, das 0·3 bis 0·5 *g* Papain mit etwas Wasser zu einem dünnflüssigen Brei angerührt ohne Oblate sofort nach jeder Mahlzeit, die hauptsächlich aus Fleisch bestand, genommen wurde.

Bei akutem Magenkatarrh zeigte sich die günstige Wirkung nach 2—3 Dosen; zuerst verschwanden die Schmerzen, ca. 24 Stunden nach Beginn der Medikation war die Esslust zurückgekehrt, am 2.—3. Tage war die völlige Wiederherstellung eingetreten; mehr als 6 Dosen waren in keinem Falle erforderlich.

Bei chronischem Magenkatarrh war der Heilverlauf ein längerer, erstreckte sich bis zur Dauer von 14 Tagen.

Bei drei Fällen von chronischer Dyspepsie, in denen zweifellos früher ein Ulcus ventriculi bestanden hatte, wich die Appetitlosigkeit in Zeit einer Woche; eine der Patientinnen, die wochenlang kein Fleisch genossen hatte wegen der nach dem Essen auftretenden Magenschmerzen, vermisst letztere schon nach der ersten Fleischmahlzeit, nach der sie Papain genommen.

2 Fälle von Carcinoma ventriculi, die beide später zur Autopsie kamen, zeigten während des Gebrauches von Papain Verminderung der Schmerzen nach der Mahlzeit; besonders von einem Manne (Arbeiter Mitte der 50er Jahre) wurde bestimmt angegeben, dass die Schmerzen weniger lange Zeit nach der Mahlzeit andauerten. Die Begründung dieser Angabe ergab sich aus dem Befunde des ausgeheberten Mageninhaltes. Während vor Beginn der Behandlung in dem Magen $3^1/_2$ Stunden nach der Aufnahme von ca. 150 *g* Fleisch die Fleischstücke nahezu unverändert waren, liess sich 2 Stunden, nachdem die gleiche Menge Fleisch mit 0·5 *g* Papain zusammen eingeführt war, nur ein gleichmässiger dünnflüssiger Brei ausheben, in dem sich eine Spur Salzsäure, die vorher gefehlt hatte, vorfand. Es wird eben durch die rasche Auflösung des Eiweisses die mechanische Reizung, die die ulcerirte Magenwand von Seiten der eingeführten kompakten Substanzen zu erleiden hat, abgekürzt und verringert. Dass bei progressiven Konsumptionszuständen, die ihre Ursache in chemischer Insufficienz des Magens haben, ein Mittel, das wie das Papain diese Insufficienz zu paralysiren im Stande ist, grossen Werth hat für die, wenn auch nur einige Zeit, mögliche, Erhaltung des allgemeinen Ernährungszustandes, liegt auf der Hand.

Bei einer weiteren Erkrankung des Magens zeigte das Mittel sehr günstige Wirkung, für deren Erklärung neben dem Ausgleich chemischer Anomalien auch die Erleichterung der mechanischen Thätigkeit des Magens anzuziehen sein dürften. Auf dem letzten Kongress für innere Medizin in Wiesbaden haben v. Mering und Moritz übereinstimmend mitgetheilt, dass Flüssigkeiten sofort nach dem Hineingelangen in den Magen wieder ruckweise durch den Pylorus hinausgepresst werden und dass — wie besonders Moritz angab — von den festen Ingestis die aufgeweichten Randpartien mit dem Flüssigkeitsstrahl in das Duodenum übertreten. Es ist nun ersichtlich, dass die Entleerung des Magens um so rascher stattfindet, je schneller die Auflösung der festen Speisebestandtheile eintritt. Es ergibt sich daraus die Indikation für die Anwendung des Papain bei der Ectasia ventriculi, bei der die Ingesta zu lange im Magen liegen. Gibt man bei dieser Erkrankung nur möglichst eiweisshaltige Nahrung mit Papain, so wird das Uebertreten des rasch gelösten Eiweisses in das Duodenum eine zu starke Transsudation aus der Magenwand in das Mageninnere verhindern. Ausserdem wird durch die rasche Magenentleererung einer sich etwa etablirenden Eiweissfäulniss der Boden entzogen, was andererseits wieder eine Störung des Ablaufes der Darmverdauung hintanhält. Unterstützt man diese hauptsächlich symptomatische und nur insoferne causale Behandlung, als durch sie die Transsudation in den Magen vermindert wird, durch ein Verfahren, welches gegen die Atonie der Magenwandung gerichtet ist, also Elektrisation und Massage, so leistet man allen Anforderungen einer rationellen Therapie Genüge. Die bisher im Ambulatorium erzielten Resultate

bei 3 Fällen von hochgradiger Magenerweiterung beweisen die Richtigkeit dieser Ueberlegungen.

Bei allen Fällen sind die dyspeptischen Erscheinungen zurückgegangen.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass das Papain auch Anwendung fand bei Neurosen des Magens, bei Hysterischen und Neurasthenikern; diese liessen nur vorübergehende, wohl auf suggestiver Wirkung beruhende Besserung erkennen.

Von Rossbach und Kohts war seinerzeit das Papayotin in die Behandlung der Diphtherie eingeführt worden; es dürfte sich empfehlen, das billigere und, wie es scheint, wirksamere Papain wieder zu benützen, die diphtherischen Membranen aufzulösen und so der in jüngster Zeit wieder von Escherich empfohlenen lokal-antiseptischen Behandlung den Angriffspunkt näher zu rücken. Eigene Erfahrungen stehen Verfasser über eine solche kombinirte Behandlung nicht zu Gebote; bezüglich der Anwendungsform des Papains bei der Diphtherie möchte sich Verf. den Rath erlauben, von wässerigen Lösungen abzusehen, da diese sich sehr leicht zersetzen, sondern lieber die zu einer einmaligen Pinselung nöthige Menge des Pulvers in einem reinen Uhrschälchen mit Wasser zu einem dicken Brei anzurühren und diesen auf die Membranen aufzutragen.

Aus der kgl. Universitäts-Poliklinik für Nervenkranke zu Breslau.

Dr. Toby Cohn (Berlin) früher Volontärarzt **Klinischer Beitrag zur Kenntniss des Faserverlaufes im verlängerten Mark.** — (Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 33, 1893.)

Ein 19jähriger Arbeiter bemerkte vor 2 Monaten plötzlich Schwäche und todtes Gefühl auf der ganzen rechten Körperhälfte, Unbeholfenheit der Sprache, Schwindel und Doppeltsehen und fortwährendes Verschlucken, besonders beim Genuss von Flüssigkeiten. Gleichzeitig stellte sich ein stechender Schmerz im rechten Hypochondrium ein. Status: Unbeholfener Gang, Schwanken bei geschlossenen Augen, Muskulatur der beiden Beine schwach. In der Bettlage zeigt sich Ataxie des rechten Beines, Knie- und Achillessehnenreflexe gesteigert. Geringe Schwäche der Muskulatur auch am rechten Arme, schwacher Händedruck. Bedeutende Ungeschicklichkeit der rechten Hand, feinere Arbeiten (Schreiben) gänzlich unmöglich.

Die Schmerz- und Temperaturempfindung gänzlich aufgehoben rechterseits in einer Halbzone, die von der Höhe der 7. Rippe bis zur Leistenbeuge rückwärts bis zum Glutäalwulst reicht.

Berührungen werden in dem Gebiet der aufgehobenen und herabgesetzten Schmerzempfindung und darüber hinaus am rechten Arm, an der rechten Hand und an den Fingern gar nicht oder sehr undeutlich gefühlt.

Das Tastvermögen der rechten Hand ist erloschen, so dass selbst grosse Gegenstände (Wasserglas etc.) durch Betasten nicht erkannt werden.

Im Gesicht auf der rechten Seite Herabsetzung der Schmerzempfindung an der Haut und Schleimhaut im Gebiet des 2. und 3. Trigeminusastes. Die rechte Nasolabialfalte seichter als die linke, die rechte Hälfte des Gaumensegels steht tiefer als die linke, und bleibt beim Phoniren zurück. Der Würgreflex ist daselbst nicht auslösbar, links dagegen normal.

Geruch, Geschmack, Pupillen, Augenspiegelbefund normal. Bei Seitenbewegung der Augen tritt rotatorischer Nystagmus ein. Im rechten Hypochondrium, an der Stelle der Schmerzen, nichts abnormes.

Die plötzliche Entstehung der Krankheit, das Verschwinden mancher anfangs vorhanden gewesenen Symptome (Schluckbeschwerden, Doppeltsehen etc.) spricht für eine Herderkrankung; das Verhalten der Hirnnerven weist auf die Medulla oblongata hin.

«Da alle Qualitäten des Hautgefühls im Gebiet der anästhetischen Zone rechterseits mehr oder weniger betroffen sind, muss man die Erkrankung in der Oblongatahälfte oberhalb der Kreuzung der bulbären Schleifenfasern suchen, da sonst zweifellos auch links Beeinträchtigung der Sensibilität hätte besiehen müssen.»

Die Gaumensegel- und Stimmbandparese deutet auf die Betheiligung der motorischen Wurzel des Vagus, die Reflexunerregbarkeit der Rachenwand auf Ergriffensein des Kernes oder der Wurzel des N. glossopharyngeus.

Doch muss man, da diese Erscheinungen halbseitig rechts sind (nach Wernicke) eine centrale Kreuzung der zu den bulbären Nervenkernen gelangenden Fassern annehmen.

«Der Herd muss also im aller obersten Theil des verlängerten Markes in der linken Hälfte dicht unterhalb des Pons und dicht oberhalb des motorischen Vagus und Glassopharyngeuskernes sich erstrecken und die zu diesen Kernen gelangenden Centralfasern und einen Theil der Schleifenfasern umfassen.»

Der Nystagmus, das Romberg'sche Phänomen und die rechtsseitige Ataxie bei Bettlage wäre auf ein leichtes Ergriffensein des Corp. restiforme (Eisenlohr) zu beziehen. Das incongrumente Verhalten der verschiedenen Sensibilitätsquantitäten weist darauf hin, dass auch in der Medulla oblong. diese Qualitäten durch verschiedene Fasersysteme vertreten sind.

Der Ursprung der Schmerzen im rechten Hypochondrium muss auch in den centralen Herd verlegt werden.

Beim Alter des Patienten und dem plötzlichen Auftreten muss man eine Erweichung und bei der beschriebenen Lokalisation als Ursache derselben Verstopfung der Arter. cerebelli infer. post. oder ihrer in der Oblongata befindlichen Aeste annehmen. *B. S.*

Dr. R. Barlow: Beiträge zur Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Cystitis. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893.)

Verfasser hat an Neisser's Klinik den Harn zahlreicher an Cystitis leidender Kranken bakteriologisch untersucht und eine grosse Reihe von Thierversuchen zur Lösung der genannten Fragen durchgeführt. Unter gebührender Berücksichtigung der Literatur und auf Grund seiner eigenen Untersuchungen gelangt Barlow zu dem Schlusse, dass mit Ausnahme der durch Canthariden bedingten chemischen Blasenentzündung alle Cystitiden bakteriellen Ursprunges sind. Die häufigsten im cystitischen Urin gefundenen Bacillen sind das Bacterium coli commune (Hallé, Clado, Barlow etc.). der Proteus vulgaris (Schnitzler, Krogius), der Coccobacillus ureae (Rovsing) und der Tuberkelbacillus. Unter den Kokken sind die gewöhnlichen Eiterkokken und der Gonococcus zumeist zu finden. Verfasser konstatirt ferner, dass vollvirulente Kulturen dieser Bakterien im Stande sind in gesunder Blase, bei intaktem Epithel Cystitis hervorzurufen und bestätigt damit diese zuerst von Schnitzler gegen Guyon und Rovsing aufgestellte These. Als Hilfsmomente für das Zustandekommen der Bakterienwirkung anerkennt Barlow Retention, Hyperämie und Trauma. Keine dieser drei Ursachen allein erzeugt jedoch Cystitis. Die ammoniakalische Harnzersetzung wird nur als Nebenwirkung gewisser Bakterienarten anerkannt. Als das häufigste inficirende Agens betrachtet Verfasser Katheter und Sonden und zwar durch deren ungenügende Desinfektion, seltener durch Transport von Urethralbakterien. Verfasser räth Seidenkatheter im strömenden Dampf oder durch Sublimat oder durch Argentum nitricum zu desinficiren. Zur Einfettung möge nur Glycerin verwendet werden. Als rationellste Therapie der Cystitis betrachtet Verfasser die Instillationen mit Argentum nitr. oder Sublimat. *J. S.*

Dr. Bröse (Berlin): **Zur Aetiologie, Diagnose und Therapie der Gonorrhoe des Weibes.** (Monatshefte für Praktische Dermatologie Bd. XVII, Nr. 4, 1893.)

Verfasser zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse: 1. Es ist nicht daran zu zweifeln, dass die Gonococcen die Ursache der Gonorrhoe sind, aber die mikroskopische Untersuchung zur Stellung der Diagnose der Gonorrhoe hat nur geringen Werth, da die Gonococcen in vielen Fällen von Gonorrhoe nicht nachweisbar sind, wahrscheinlich weil sie Involutionsformen annehmen. Nur das Züchtungsverfahren ist eine zuverlässige Methode, um bakteriologisch eine Gonorrhoe nachzuweisen. 2. Es gibt keinen latenten Tripper der Männer, wie Nöggerath und Lawson Tait annahmen, sondern bei sorgfältiger Untersuchung lassen sich immer noch be Männern, welche inficiren, Veränderungen entzündlicher Art in de

Urethra nachweisen. 3. Die Diagnose der weiblichen Gonorrhoe ist durch die sorgfältige Beobachtung aller klinischen Symptome auch ohne bacteriologische Untersuchung fast immer zu stellen. Ganz besondere Beachtung zur Sicherung der Diagnose verdient ausser der Anamnese bei Ehefrauen die sorgfältige Untersuchung des Mannes, ferner die Berücksichtigung der Localisationen der Gonorrhoe im Scheideneingang. Sehr häufig vorkommend ist die chronische Urethritis und der Katarrh der Lakunen des Harnröhrenwulstes. 4. Die Therapie muss darauf gerichtet sein, bei Verheirateten nicht nur die Frau, sondern auch den Mann gonorrhoefrei zu machen. Ist der Mann unheilbar, so richte man die Behandlung der Frau darnach ein. 5. Will man eine Frau gonorrhoefrei machen, so unterziehe man auch die Localisationen der Gonorrhoe im Scheideneingang (am besten mit starken Chlorzinklösungen, 50%) und nicht nur den Uterus der Behandlung.

Aus dem Institut für allgemeine Pathologie an der Königl. Universität Bologna, Direktor **Prof. Dr. G. Tizzoni.**

Dr. Alessandro Bruschettini: Die experimentelle Immunität gegen Influenza. Erste Versuchsreihe. (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 33, 1893.)

Aus den Versuchen des Verfassers folgt:

1. Dass das Kaninchen ohne grosse Schwierigkeit gegen die Kulturen des Influenzabacillus vaccinirt werden kann.

2. Dass das beste Material, welches den höchsten Grad von Immunität verschafft, durch Blutkulturen geliefert wird, welche durch Berkefeld'sche Kerzen filtrirt worden sind.

3. Dass für diese Vaccination das Serum immunisirter Thiere nicht eine die Bakterien tödtende, sondern eine starke antitoxische Kraft besitzt.

4. Dass das Serum vaccinirter Thiere die Eigenschaft besitzt, anderen Thieren die Immunität gegen die Infektion und die Intoxikation durch den Influenzabacillus zu übertragen, und zwar in so hohem Grade, dass das Verhältniss des Serums gegen ein Gramm des Körpergewichts $^1/_{45000}$, und vielleicht noch viel weniger beträgt.

5. Endlich dass dieses Serum auch eine ausgesprochene Heilwirkung besitzt, indem es die Temperatur herabsetzt und Kaninchen vom Tode errettet, bei denen 48 Stunden vorher die schwerste Form der Infektion eingewirkt hatte, nämlich die, welche man durch direkte Injektion der Kultur des Bacillus in die Trachea ausführt, und welche die Kontrollthiere in wenig Tagen tödtet.

Dr. L. Robitzsch: Die Behandlung der Varicositäten. (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1893.)

Seitdem die Erkenntniss durchgedrungen ist, dass nicht Stauung die Ursache der Varicenbildung ist, dass letztere vielmehr durch den Einfluss der Last der Blutsäule bei Insufficienz der Venen-Klappen begünstigt wird, haben neue Prinzipien in der Varicenbehandlung Platz gegriffen. Um den Druck der belastenden Blutsäule zu eliminiren, hat man entweder die Vene saphena direkt an ihrer Einmündung in die Vene femoralis ligirt, man hat ferner mehrmals schon die ganzen varicösen Plexus exstirpirt und es ist endlich als das einfachste auf dem gleichen Prinzip beruhende Verfahren die Pelottenbehandlung von LANDERER angegeben worden. Diese Pelotte, die durch eine nicht überall der Peripherie der Extremität anliegende Feder niedergedrückt wird, muss bei Varicenbildung im Bereiche des Unterschenkels dicht unterhalb des Knie's, bei weiter hinaufreichender Varicenbildung in der Höhe der höchsten ersichtlichen Venenectasie angelegt werden. Auf die ectatische Vene drückend und dieselbe verschliessend, verhindert die Pelotte den Druck der weiter oben befindlichen Blutsäule die Venenwandungen zu belasten und entspricht daher dem erwähnten Behandlungsprinzip. Nach Anlegung dieser Pelotte hört sehr bald der Schmerz auf, die Varicen zeigen rasche Rückbildung und Verfasser empfiehlt diese Behandlungsmethode auf das Wärmste. *J. S.*

Dr. A. Blaschko: Zur Hygiene der Barbierstuben. (Berliner klinische Wochenschrift Nr. 35, 1893.)

In einem Vortrag in der dermatologischen Vereinigung in Berlin sprach BLASCHKO über die Gefahren, denen die Besucher der Barbierstuben ausgesetzt sind. Am häufigsten wird unter den durch das Besuchen der Friseurläden acquirirten Krankheiten der Herpes tonsurans constatirt. Nicht viel seltener ist es die Impetigo contagiosa, die insbesondere durch das Rasiren übertragen wird. Durch das Frisiren erfolgt häufig die Weiterverbreitung der Acne varioliformis, indem die Kämme den Infektionsstoff übertragen. Dass auch die Trichorrhexis nodosa eine übertragbare Krankheit ist, geht schon daraus hervor, dass die Rasirpinsel an ihren Borsten ganz dieselbe Veränderung aufweisen können, wie die an den Barthaaren als Trichorrhexis nodosa bezeichnete, und die weiteren Nachforschungen haben ergeben, dass hier von einer einheitlichen Uebertragung gesprochen werden kann. Ferner wird das impetiginöse Eczem und die acute Dermatitis des Kopfes durch directe Uebertragung erworben und nicht weniger häufig die Alopecia areata. Möglich, doch nur selten in Betracht kommend, ist die Uebertragbarkeit der Syphilis, noch seltener die der Tuberkulose durch die Rasirstuben. Die Uebertragung all' dieser Krankheiten ist entweder eine unmittelbare, wenn nämlich der betreffende Friseur, resp. Raseur selbst erkrankt ist, oder eine mittelbare, durch inficirte Utensilien und zwar Servietten, Handtücher, Rasirmesser, Rasirpinsel, Schwämme, Puderquasten, Kämme und Bürsten. Es ist daher eine wichtige Frage, wie dieser Infectionsgefahr vorzubeugen sei. Vor Jahren hat KÖBNER folgende prophylaktische Massregeln für die Rasirstuben verlangt: Ausbrühen der Rasirmesser und Rasirpinsel in siedendem Wasser, eigene Pinsel für jeden einzelnen Barbierkunden, für jeden Kunden ein reines, frisch gewaschenes Handtuch, gesonderte Puderquasten. Ausserdem wurde die Zurückweisung jedes mit pilzverdächtigen Ausschlagherden im Gesicht oder am Hals behafteten Menschen aus den Barbierstuben empfohlen. Von diesen Vorschlägen wurde beinahe nichts durchgeführt. Dies liegt einerseits daran, dass diese Vorschläge nicht obligatorisch waren und keine behördliche Kontrole über ihre Durchführung angeordnet wurde und zweitens an der Kostspieligkeit, welche der Durchführung dieser Pläne im Wege standen. In Amerika gilt es als selbstverständlich, dass jeder Kunde sein eigenes Rasirzeug (incl. Messer) besitzt, was ebenfalls bei uns vollkommen undurchführbar wäre. Als durchführbar empfiehlt BLASCHKO nachfolgende Vorschläge. Die Messer sind nach jedesmaligem Gebrauch mit siedendem Wasser oder durch Abwaschen in absolutem Alkohol zu reinigen. Die Pinsel sind in siedendem Wasser auszukochen. Eine eigene Serviette für jeden Kunden zu verwenden, wird nur in den «luxuriöseren» Barbierstuben zu erreichen sein; für die einfacheren wäre die Verwendung der viel billigeren Papierservietten zu empfehlen, die eo ipso nur einmal gebraucht werden können. Die Durchführung dieser Vorschläge müsste allerdings durch die Autorität der Sanitätskommission des Polizeipräsidiums erzwungen und eine genaue Kontrole geübt werden. Ferner wäre es wünschenswerth, wenn die Barbiere Kranke als solche zu erkennen im Stande wäre, was durch Demonstration von Abbildungen vielleicht erreichbar wäre. Endlich dürfte ein selber erkrankter Barbier nie funktioniren, ebenso wie dies ja auch für Kellner, Köche etc. gelten sollte. Dies wären nach BLASCHKO erreichbar durch statutarisches Obligatwerden der Krankenhausbehandlung für Geschlechtskranke. Die Kontrole ist ja durch das ausgedehnte Krankenkassenwesen ermöglicht.

J. S.

Prof. Dr. H. Leo (Bonn): **Tod durch Glottiskrampf bei Hysteria virilis.** (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 34, 1893.)

Dass in Folge von Laryngospasmus, der als Symptom der Hysterie bei Erwachsenen an und für sich keine allzuhäufige Erscheinung ist, der Tod eintritt, gehört zu den grössten Seltenheiten.

Verfasser beschreibt folgenden Fall:

J. H., Schneider, 21 Jahre alt. Seit längerer Zeit angeblich Kopfschmerzen und Schwindel. Mit 11 Jahren Chorea überstanden. Vor 3 Jahren nach einem Schlag auf den Kopf durch mehrere

Wochen Zuckungen im linken Arm und Bein, zuweilen im Facialisgebiet. 7. Jänner 1893 Wiederbeginn der Krämpfe. Aufnahme auf die medizinische Klinik. Zuckungen im linken Musc. triangul. ment., choreatische Bewegungen der Zunge. Tonische und klonische Krämpfe im linken Arm, in den Beugern der Finger und Hände. Klonische Zuckungen im linken Ober- und Unterschenkel. Tonische Krämpfe in den Rumpfmuskeln. Anästhesie beider linken Extremitäten, weniger am Gesicht und Kopf. Sehnenreflexe, Augenbefund normal.

Diagnose: Hysterie.

Später im Friedrich Wilhelm-Hospital subcutane Einspritzungen von Hyosciaminum hydrobromatum 0·2—0·4 *mg*. Darauf Abnahme der Krämpfe. Am 4. März plötzlich heftigste tonische und klonische Krämpfe der ganzen linken Seite. Morphiuminjectionen. Am 5. März 7 Uhr Abends starker Krampfanfall; dabei inspiratorische Dyspnoe mit starker Cyanose, Einziehung des Jugulum, Thorax und Bauches. Singultus. Am 11. trotz künstlicher Respiration Exitus letalis.

Die Section ergab im Gehirn nur Hyperämie, sonst ganz normalen Befund; Hyperämie der inneren Organe. Zwerchfell in Inspirationsstellung. Im Kehlkopf kein Fremdkörper, kein Oedem, dagegen die beiden Larynxhälften völlig adducirt, so dass die Stimmbänder und unteren Partien der Taschenbänder eng aneinander liegen, derart, dass in den Kehlkopf gegossenes Wasser nicht nach unten fliesst.

Der Tod in Folge von Hysterie ist sehr selten. Dass hier der Tod durch Ersticken erfolgte, ergibt sich mit Bestimmtheit aus den klinischen Symptomen (der Cyanose, der inspiratorischen Einziehung des Brustkorbs) und dem Sectionsbefund: dem festen Verschluss der Glottis, der sich bei Lebzeiten in Folge eines Krampfes der Kehlkopfmuskeln (nicht etwa durch Lähmung der Postici, bei welcher sich die bedrohlichen Erscheinungen langsam allmälig in Folge secundärer Contractur entwickeln) gebildet haben musste. Der Krampf des Zwerchfells, der sich durch den Singultus äusserte, mag auch das Ende beschleunigt haben. *B. S.*

K. N. Puriz: Zur Frage von der forcirten Ernährung der Typhus-Abdominalis-Patienten. (Memorabilien 7. Heft, 1893.)

Resumé: 1. Die Typh.-Abdom.-Kranken können sowohl in der Fieberperiode, als auch in den ersten fieberfreien Tagen bedeutende Mengen von Eiweiss assimiliren.

2. Die Eiweissassimilation ist bei forcirter Ernährung im Fieberzustande ein wenig geringer, als bei ungenügender Ernährung, wobei übrigens die Krankheitsperioden ohne Einfluss sind auf den $^0/_0$ der Assimilation.

3. Bei forcirter Ernährung mit eiweissreicher Kost die Menge des mit dem Harn ausgeschiedenen N.

4. Die Grösse des N.-Umsatzes nimmt ungeachtet der Steigerung seiner Intensität doch ab bei der forcirten Ernährung der Typhuskranken.

5. Der tägliche Verlust an N. und an Körpergergewicht während des Fiebers wird bei forcirter Ernährung etwas verringert.

6. Bei forcirter Ernährung und entsprechender Flüssigkeitszufuhr steigt die Harnmenge, wobei jedoch diese Ernährung auf das Auftreten von Eiweiss im Harn keinen Einfluss ausübt.

7. Diese Behandlung bewirkt keine Temperatursteigerung.

8. Auch Störungen im Magen-Darmtractus treten nicht ein; die Durchfälle werden seltener und es kommt sogar zu einer gewissen Neigung zu Verstopfung.

9. Es sind dabei weder Complicationen, noch auch Verlängerungen der Fieberperiode beobachtet worden.

10. Das Wohlbefinden des Kranken und die Funktionen seiner Organe werden bei forcirter Ernährung gebessert; ausserdem vollzieht sich die Genesung schneller und besser als bei gewöhnlicher Ernährung.

Dr. H. Higier, (Assistenzarzt der Nerven-Abtheilung des Warschauer-Israeliten-Hospitals: **Ueber hysterisches Stottern.** (Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 34, 1893.)

Verfasser hatte Gelegenheit mehrere Fälle von hysterischen Stottern zu beobachten und theilt nach kurzer Erwähnung der wichtigsten in der Literatur vorfindlichen Fällen zwei seiner Beobachtungen ausführlicher mit. — Allen (von CARTAZ, BALLET, TISSIER etc.) beschriebenen Fällen gemeinsam ist das plötzliche Entstehen nach einer heftigen psychischen Erregung (Schreck), meist ist dem Stottern eine länger oder kürzer dauernde Stummheit (Mutismus) vorausgegangen.

Verfasser führt zuerst folgenden Fall an:

Patientin 21 Jahre alt, verheiratet, hat dreimal geboren. Vor 10 Jahren Abdominaltyphus. Seit dieser Zeit leidet sie an verschiedenen nervösen Erscheinungen, besonders an hartnäckigem Erbrechen, das $^1/_2$ Jahr allen Curen trotzend, nach einer neuerlichen schweren Erkrankung (Flecktyphus) ganz unerwartet verschwand. — Vor 2 Jahren trat nach einem heftigen Schreck vollständige Stummheit und Lähmung der Beine ein. Aufnahme in's Krankenhaus. Dort wurde (neben vollständiger Gesundheit der inneren Organe) constatirt 1) Vollständige Lähmung der unteren Extremitäten; 2) charakteristische Phonations- und Articulationsstörungen, in unregelmässigen Intervallen mit Aphonie abwechselnd. Die Kranke dehnt die einzelnen Silben stark, steckt vor jedem Consonanten, den sie 4—5 mal wiederholt, schickt zuweilen den auszusprechenden Lauten nicht hingehörige Buchstaben und Silben voraus. Aufregung und Ermüdung steigert die Sprachstörung. — Kauen und Schlingen ohne Schwierigkeiten. — Im hypnotischen Schlaf gelingt es die Lähmung der unteren Extremitäten durch Suggestion zu heilen, die Sprachstörung besserte sich später theils nach Faradisation, theils nach Suggestion im wachen Zustande. $3^1/_2$ Monate später noch immer das Stottern in kurzen 5—10 Minuten dauernden Anfällen vorhanden, daneben verschiedene hysterische Symptome; linksseitige Anästhesie und Hypalgesie, bedeutende Alteration des Gesichtes, Geschmacks und Geruchs auf derselben Seite, linksseitige Spasmen der Zungen- und Gesichtsmuskulatur (Hemispasme glossolabie), concentrische Einengung des Gesichtsfeldes.

Auffallend ist bei der jedenfalls hereditär belasteten Person das Fehlen aller nervöser Erscheinungen bis zum 10. Lebensjahre und das Auftreten eines ganzen Heeres von solchen nach einem Abdominaltyphus. Aehnliche Beobachtungen von acut entstehender Hysterie sind auch nach anderen Infectionskrankheiten (Pneumonie, Pocken, Malaria), dann im Verlauf von chronischen constitutionellen Leiden (Diabetes, Chlorosis, Lues, nach Intoxicationen (Blei, Quecksilber, Alcohol), kurz nach den verschiedensten den Organismus schwächenden Einflüssen bei prädisponirten Individuen gemacht worden.

Das Auftreten des Mutismus und des Stotterns auf die psychische Emotion ist als traumatische Neurose in Folge eines psychischen Traumas aufzufassen.

Das ursächliche Moment, das in einem Fall Hysterie erzeugt, kann in einem anderen Fall vorhandene hysterische Symptome zum Schwinden bringen, wie bei obiger Patientin das allen Medicationen trotzende Erbrechen durch das Auftreten eines Flecktyphus aufhörte, in anderen Fällen Lähmungen, die durch Schreck wieder geheilt wurden.

Das hysterische Stottern unterscheidet sich deutlich von der scandirenden Sprache bei diffuser Herdsclerose und von der paralytischen Sprachstörung. Vom gewöhnlichen Stottern unterscheidet es sich durch das stets plötzliche Auftreten (sehr oft nach vorausgegangener Stummheit) und durch das Vorhandensein anderer hysterischer Symptome bei den Kranken.

Dies beweist auch der 2. Fall, der einen 18jährigen Uhrmacher betrifft, in dessen Familie die verschiedensten nervösen Störungen vertreten sind und der selbst schon die verschiedensten hysterischen Zustände durchgemacht hat (wie Erbrechen, Schluchzen, Polyurie, Polydipsie etc.). Er zeigte bei der Spitalsaufnahme eine Menge hysterischer Symptome: linksseitige Hemiplegie und Hemianästhesie, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, Spasmus-glossolabialis, tonische Krämpfe verschiedener Muskelgruppen. Das jetzt vorhandene Stottern ist nach 5 tägigem Mutismus plötzlich aufgetreten. — Durch Hypnose gelang es den Zustand bedeutend zu bessern. — *B. S.*

George Triotschell: Delirium tremens. — (Thé Medical news vom 29. Juli 1893, LXIII, 5.)

Verfasser äussert seine Ansichten auf Grund von Erfahrungen, die er am überaus reichen Krankenmateriale des städtischen Hospitales in Cincinnati gesammelt hat.

Zunächst die Aetiologie der Krankheit; sie entwickelt sich bei Menschen, deren Organismus bis zu einem gewisse Grade von Alkohol durchseucht ist in der Regel aus dem nüchternen, niemals unmittelbar aus einem Rauschzustande.

Ein einmaliger, noch so intensiver Alkohol-Genuss kann den Menschen unter Vergiftungserscheinungen tödten, aber er genügt nicht um ein Delirium hervorzurufen. Die nächste Veranlassung des Deliriums sind meist Verletzungen (oft ganz harmloser Art) oder chirurgische Eingriffe; in vielen Fällen akut entzündliche Krankheiten, namentlich Pneumonie. Nicht selten verdanken schwere Formen ganz leichten Erkältungen ihre Entstehung.

Bei Besprechung der Symptomatologie glaubt der Verfasser 3 Stadien der Krankheit unterscheiden zu müssen. Einmal das «Anfangsstadium», gekennzeichnet durch die volle Krankheitseinsicht, welche der Betroffene noch besitzt. Beim Versuche einzuschlafen, werden die Kranken von schreckhaften Visionen gequält; beim Oeffnen der Augen gelingt es ihnen aber das Krankhafte dieser Erscheinungen zu erkennen. Heftige gastrische Zustände und ganz leichtes Zittern, begleiten diesen Zustand, der in Heilung (Delirium abortivum) meist aber in das zweite, das «Tobsüchtige Stadium» übergeht; dieses beginnt oft mit intensiven epileptiformen Konvulsionen. Rasch verlieren die Kranken ihre Orientirung, ihrem ängstlichen Gesichtsausdrucke und ihren abwehrenden Bewegungen nach scheinen sie an Hallucinationen und Illusionen im Sinne einer Verfolgung zu leiden. Die Kranken schlafen nicht und zeigen höchst intensiven Tremor des ganzen Körpers. Unter zunehmendem Toben erhöhter Temperatur und profusen Schweissen pflegte der Tod einzutreten; bei günstigem Verlaufe stellte sich nach längstens 4—5 Tagen Ruhe und Schlaf ein. Oft genug kommt aus dem tobsüchtigen Stadium allmählig das dritte «das typhoide» zur Entwickelung; nicht immer nimmt die Krankheit diesen typischen Verlauf und namentlich bei Alkoholikern, welche schon einige milde Attaquen von Delirum, gut überstanden haben, nimmt dieses an einer Hernie schon einen mehr «typhoiden» Charakter an.

Hallucinationen fehlen ganz oder haben einen mehr ruhigen friedlichen Charakter; meist liegen die Kranken apatisch und reagiren nur wenig auf Eindrücke der Aussenwelt; sie halten den Mund geöffnet. Zunge und Lippen sind trocken, der Athem foetid. Bei kleinen frequentem Pulse und unter CHEYNE-STOKES'schem Athmen tritt in der Mehrzahl der Fälle der letale Ausgang ein. Der Autor hat aber auch Kranke gesehen, die 6 bis 8 Wochen im schwer benommenen «typhoiden» Zustande lagen, sich allmählig erholten und genosen.

Die Diagnose des Delirium tremens ist meist leicht; Verwechselungen kommen vor mit akuter Alkohol-Vergiftung mit bereits bestehenden Psychosen, die durch reichlichen Genuss von Alkoholicis bemerkbarer wurden mit alkoholischem Irresein und endlich mit Manie. Das typhoide Stadium ist manchmal schwierig zu erkennen, wenn keine Tobsucht vorausgegangen ist.

Die Obduktionen ergaben beträchtliches Oedem des Gehirns und der Lunge sowie krankhafte Veränderungen der Nieren in Form von intertitieller Nephritis und da die Nieren auch nicht ein einziges Mal normal befunden wurden, so vermuthet der Autor, dass ein causaler Zusammenhang zwischen der Erkrankung dieser Organe und dem Ausbruche des Deliriums bestehe.

Auch bei der Therapie berücksichtigt Verf. die Erkrankung der Nieren und empfiehlt die Anwendung von Diureticis, namentlich Digitalis, von heissen Bädern und ähnlichen Proceduren; bei aufgeregten Kranken Chloral halbstündlich, bis Schlaf eintritt, aus dem dann oft die Patienten geheilt erwachen. Im typhoiden Stadium Stimulantien, namentlich Strychnin, jedoch keinen Alkohol. *A. P.*

Arthur Brush: «Die nervösen Ursachen der Impotenz». (The New-York Medical Journal. LVIII., 6 vom 5. August 1893.)

Mangelhafte Entwicklung, Erschöpfung, reizbare Schwäche oder perverse Sexualempfindungen liegen zumeist der Impotenz als «nervöse Ursachen» zu Grunde.

Sind — was den ersten Punkt anbelangt — die Centren im Rückenmark mangelhaft entwickelt, so entbehrt der Patient der Erectionsfähigkeit bei ganz normalen äusseren Genitalien; solche Fälle sind bekannt.

Entfernung der Hoden vor der Pubertät übt einen nachhaltigen Einfluss auf die der Geschlechtsfunktion vorstehenden Centren des Rückenmarks sowohl als des Gehirns; Erectionen können, auch in späteren Jahren, nicht ausgelöst werden, und was das Gehirn anbelangt, kann es selbst zu bedeutenden psychischen Störungen kommen. Kastration an mannbaren Individuen ausgeführt, hat weit weniger ernste Folgen.

«Erschöpfung» der corticalen Centren offenbart sich durch den Verlust der hemmenden und kontrollirenden Wirkung, welche diese auf den sich reflektorisch im Rückenmark abspielenden Erections- und Ejakulationsakt ausüben, so dass die letztgenannten vollständig dem Willen, ja sogar dem Bewusstsein des Individuums entrückt werden, und bei ganz geringfügigen peripheren Reizen zur Auslösung kommen. Verfasser erwähnt eines Masturbanten, bei dem die leiseste Berührung des Gliedes genügt, um Erektion und Ejakulation (ohne jegliches Wollustgefühl) promptest herbeizuführen.

Uebermässige Verluste von Sperma in früher Jugend können zur Impotenz in Folge «reizbarer Schwäche» führen, welch' letztere einer «Degeneration» des betreffenden Rückenmarkscentrum vorangeht; dieses kann aber auch zu einer pathologischen Reizbarkeit gebracht werden durch zu weit gehende Enthaltsamkeit der Individuen.

Der Masturbation schreibt der Verfasser im allgemeinen keine schädlichen Wirkungen zu, und citirt einige Autoren, die behaupten, dass die Onanie keine anderen Folgen habe, als der Coitus, dass niemals aus ihr ernstliche Krankheiten hervorgehen, und dass endlich dieses Laster viel öfter die Folge als die Ursache von Nervenkrankheiten sei. Natürlich verleitet die Masturbation viel eher zu Exzessen als der Beischlaf und ist desshalb gefährlich; nur im Uebermasse ausgeübt kann sie den Anstoss zur Entwicklung einer «reizbaren Schwäche» geben. Masturbation ist oft das Symptom einer bestehenden Psychose bei Jünglingen, die sich sonst noch in melancholischer Verstimmung, Aenderung des Charakters und eigenthümlichen Verfolgungs-Ideen äussert.

Die «perverse Sexualität» in ihren verschiedenartig auftretenden Formen hält der Autor in der grössten Mehrzahl der Fälle für Geistesstörungen; die angeborenen oder erworbenen wahnhaften Verstellungen dieser Leute sind Folgen eines degenerativen Prozesses in den Zellen der dem Geschlechtsakte vorstehenden Centren.

Die Prognose der «nervösen» Impotenz ist eine schlechte. Verfasser empfiehlt nebst allgemein hygienisch-diätetischen Massregeln den Gebrauch von Chinin, Phosphor und Strychnin; auch die Hypnose soll nicht unversucht bleiben. *A. P.*

Prof. Ernst la Place (Philadelphia): Zur Radikalbehandlung der Varicen. (Journ. of the Americ. Medic. Assoc. 1893. 7.)

Verfasser verwirft die Acupunktur, die multiplen Ligaturen und die Excission der Varicen, tritt dagegen entschieden für die centrale Ligatur der Saphena major und minor ein. Erstere unterbindet er dicht unter ihrer Einmündung in die Vene cruralis, letztere zwischen den Gastrocnemiusköpfen vor ihrer Einmündung in die Vena poplitea. Verfasser hat die Methode an 17 Individuen ausgeführt, darunter 7 Mal beiderseitig und ist von den Erfolgen auf's höchste befriedigt. Als Vortheile der Methode führt er an: 1. sie führt zur Restitutio ad integrum; 2. sie ist unter aseptischen Cautelen ausgeführt ungefährlich, unter Cocainanästhesie schmerzlos ausführbar; 3. sie entspricht unseren theoretischen Anforderungen

an ein Heilverfahren bei Gefässerweiterungen, indem sie zur Obliteration dieser Gefässe führt; 4. Verfasser sah niemals Recidive eintreten; 5. Die Heilung erfolgt innerhalb von 2—3 Wochen.
J. S.

Bard (Lyon): **Ueber die antipyretische Wirkung des Guajacol.** (Le Bull. Médical 1893.)

Bekanntlich hat zuerst Dr. SCIOLLA in Genua auf die antipyretischen Eigenschaften des Guajacol, bei externer Anwendung desselben auf die Haut, hingewiesen. Dr. BARD theilte das Resultat seiner diesbezüglichen Beobachtungen der Lyoner «Société des Sciences Méd.» (Sitzung vom 15. Mai 1893) mit. Verfasser meint, dass ein so energisches Antipyreticum und von so leichter Anwendung, wie das Guajacol, dazu berufen sei, wirkliche therapeutische Dienste zu leisten. Auf Grund seiner bisherigen Beobachtungen hält BARD dafür, dass die Frictionen der äusseren Haut mit Guajacol vor allem nützlich sind bei tuberkulösem Fieber, dass sie aber auch von Vortheil sein können in einigen Fällen von Hyperthermie, wo es sich darum handelt, eine rasche Herabsetzung der Temperatur zu erreichen. Nierenläsionen bilden eine Contraindikation zur Verabreichung des Guajacol.

Was das Fieber Tuberkulöser anlangt, so müsse man, nach Ansicht des Verfassers, nicht unterschiedslos dagegen vorgehen. Die Einreibungen sind allzuschwachen und in der Krankheit stark vorgerückten Patienten schädlich; sie veranlassen keine Besserung bei Individuen mit hektischem Fieber, das an pneumonische Herde oder tuberkulöse Eiterungen gebunden ist. Hingegen scheinen sie von bester und dauernder Wirkung gegen das rein tuberkulöse Fieber. Verfasser will diese seine Untersuchungen fortsetzen und erweitern. Ueber die erzielten Resultate wird er dann bei einer nächsten Gelegenheit Rechenschaft geben.
D. A.

Robilliard (Lille): **Ueber die antipyretische Wirkung des Guajacol bei dessen Applikation auf die äussere Haut.**

Verfasser hat viele fiebernde Tuberkulöse dem SCIOLLA'schen Verfahren unterworfen (Bepinselungen der Haut mit Guajacol in der Dosis von 0·50 bis 2·00.) Diese Applikationen wurden an verschiedenen Körpertheilen vorgenommen, und auf Flächen von verschiedener Ausbreitung. In allen Fällen erfolgte eine rasche Erniedrigung der Temperatur um einen und auch mehr Grade. Die Guajacolbepinselungen haben eine raschere Wirkung als das Chininsulfat; dabei ist der Temperaturabfall ein andauernder. Beweis dafür, dass das Medikament von der Haut absorbirt wird, ist der ausgesprochene Guajacolgeschmack, den die Kranken verspüren, sowie die abundante Schweissabsonderung. Die Harnmenge ist grösser als im normalen Zustand. Im Urin ist jedoch kein Guajacol zu finden, wahrscheinlich deshalb nicht, weil der Nachweis dieses Körpers sehr schwer ist.
A. D.

Dr. J. S. Eastman: Resection des Nervus pudendus wegen Masturbation (Medical News, August 1893.)

Verfasser theilt ausführlich die Krankengeschichte einer 26jährigen Frau mit, die seit ihrem sechsten Lebensjahre masturbirte. Der Coitus verursachte keine Wollustgefühle, sondern nur Schmerzen. Zur Heilung ihres Zustandes hatte Patientin die verschiedensten Mittel versucht. Vernähung der Labia majore, Galvanocaustik an den äusseren Genitalien, Oophorectomie Clitoridectomie, doch blieben ihre nervösen Beschwerden unverändert und es trat keine Abgewöhnung der Masturbation ein. Dr. EASTMAN fand nun gelegentlich einer Untersuchung die eine Seite der Vulva empfindlicher als die andere. Er suchte nun auf dieser (linken) Seite den Nervus pudendus auf, fand ihn verdickt und resecirte 3 Zoll aus seiner Continuität. Die Wunde verheilte anstandslos, die Patientin blieb fortan von all' ihren nervösen Leiden befreit und hatte nach $1^1/_2$ Jahre nach der Operation nicht wieder zu masturbiren begonnen.
J. S.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Budapest. Der Prof. der Dermatologie, Dr. Schwimmer, erhielt den Titel eines königl. Rathes.

— Tübingen. Die Leitung der hier neubegründeten psychiatrischen Klinik wird Prof. Siemerling (Berlin) übernehmen.

* Nürnberg. Die 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, zu der fast 1000 Theilnehmer erschienen sind, wurde am 11. September Vormittags, nachdem am 10. in den festlich beleuchteten Räumen der Museums-Gesellschaft eine zwanglose Begrüssung durch den Bürgermeister Schuh und den Medizinalrath Merkel erfolgt war, unter zahlreicher Betheiligung eröffnet. Der bayrische Unterrichtsminister v. Müller, der erste Geschäftsführer der Versammlung, Medizinalrath Merkel, Bürgermeister Schuh, ferner namens der benachbarten Erlanger Universität Rector v. Strümpell und der Senior der Nürnberger Aerzte, Dr. Knopf hielten Begrüssungs-Ansprachen. An den deutschen Kaiser und den Prinz-Regenten wurden Huldigungs-Telegramme beschlossen. — Hierauf hielt der derzeitige Vorsitzende der Gesellschaft, Professor v. Bergmann einen schwungvollen Nachruf für Werner v. Siemens und A. W. v. Hofmann. Es folgten dann die Vorträge von His (Leipzig) «über den Aufbau des Nervensystems» und Pfeffers (Leipzig) «über die Reizbarkeit der Pflanzen.» — Als nächster Versammlungsort wurde Wien gewählt.

* Halle. An der hiesigen Klinik für Zahnheilkunde kam ein Todesfall in der Pentalnarkose bei einem 15jährigen Mädchen vor.

* Paris. Gelegentlich der XII. Generalversammlung der «Société pour la propagation de la Crémation» gab der Vorsitzende derselben eine Uebersicht des derzeitigen Standes der Leichenverbrennungsfrage. Aus dieser geht hervor, dass die Vereinigten Staaten 30 Vereine besitzen, die sich mit der Leichenverbrennungsfrage beschäftigten und dass daselbst 6 Verbrennungsöfen in voller Thätigkeit sind. Täglich gewinnt die Sache an Anhängern und die Zahl der verbrannten Leichen nimmt von Tag zu Tag zu. — Was England angeht, so ist in Manchester im September vorigen Jahres ein grosser Verbrennungsofen im Style einer römischen Kirche errichtet worden. Hier, wie in Woking, nahe bei London, hat die englische Aristokratie das Unternehmen begünstigt. — In Deutschland wurde das schöne Gebäude Hamburg-Ohlsdorf, das in Folge des Widerstandes des Hamburger Senats im Jahre 1891 geschlossen war, im Cholerajahr 1892 wieder eröffnet. In Gotha und Heidelberg wurden im vergangenen Jahre 162, bezw. 58 Leichen verbrannt. In Berlin hat, da die Regierung dagegen war, der preussische Landtag eine mit 14.000 Unterschriften bedeckte Petition um facultative Verbrennung verworfen. — Italien besitzt jetzt 23 Crematorien; darunter gehören 6 städtischen Behörden, 17 anderen Gesellschaften an. — In der Schweiz ist die Verbrennungsfrage überall an der Tagesordnung; nur in St. Gallen war die Abstimmung keine für die Sache günstige. — In Schweden und Norwegen sind ebenfalls verschiedene Crematorien in Betrieb. — In Dänemark wurde der Widerstand der Geistlichkeit bezwungen und durch ein Gesetz vom 1. April 1892 die facultative Verbrennung eingeführt. — Auch in Oesterreich, Holland und Belgien liegen die Sachen für die Leichenverbrennung günstig. — Nach dem Berichte von Dr. Bourneville wurden in Paris im Jahre 1892 159 Leichen auf directes Ersuchen der betreffenden Familien verbrannt; darunter 134 aus der Stadt selbst, die übrigen aus der Umgegend und aus anderen Städten. Die Zahlen sind jährlich gestiegen. Im ersten Verbrennungsjahr 1889 wurden 49 Leichen geliefert, 1890 121, 1892 134, 1892 159. Ferner wurden verbrannt Leichentheile von 2389 verschiedenen Leichen und 1426 Embryonen.
Allgemeine Medizinische Central Zeitung.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In der Woche (3.—9. September) gelangten in Galizien eine erheblich geringere Anzahl von Cholerafällen zur Anzeige, als in den vorausgegangenen Wochen und bei mehreren früher als choleraverdächtig gemeldeten Erkrankungen stellte sich der Verdacht auf

Cholera asiatica als unbegründet heraus. Auch in den als Choleraherde erklärten Gerichtsbezirken Delatyn, Nadworna, Kolomea ist ein bedeutender Rückgang der Epidemie zu verzeichnen. Eine grössere Zahl von Erkrankungen ist nur in der Gemeinde Rymanow des politischen Bezirkes Sanok und Gemeinde Bialypotok des Bezirkes Czortkow zu verzeichnen. Die Lethalität der Cholera betrug bisher in Galizien 62% der Erkrankten. Ausserhalb Galizien ist in der letzten Woche in keinem der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder ein Cholerafall beobachtet worden und ist auch die Bukowina seit dem Ablaufe der bereits gemeldeten Erkrankungen seuchenfrei. — Niederlande. Lethale Cholerafälle wurden in letzter Zeit beobachtet in Deventer (aus Rotterdam gekommener Schiffslotse), in Koog u. d. Zaan, Utrecht, Elden, Est, Zuilichem, Hansweert, Rotterdam, Maaslouis (an Bord eines Dampfers), Vlaardingen, Haften, Lagezwalum, Ameide etc. In Leerdam wurden bereits 33 Erkrankungen mit 18 Todesfällen constatirt. — England. In Grimsby sind bis 4. September 4 Choleraerkrankungen vorgekommen. — Frankreich. In Marseille waren in der Zeit vom 26.—31. August unter 167 Todesfällen 2 verdächtige (je 1 am 27. u. 28.). In Nantes soll die Cholera erloschen sein. — Spanien. Aus Ascó und Mora del Ebro (Provinz Tarragona) werden verdächtige Erkrankungen gemeldet — Italien. In Neapel und Palermo hat die Cholera keine grössere Ausbreitung erlangt, die Zahl der täglich vorkommenden Choleratodesfälle schwankt in Neapel zwischen 4 und 9, in Palermo zwischen 2 und 5, betrug aber am 3. September 17. Ausserdem werden vereinzelte Choleratodesfälle gemeldet in der Provinz Salerno aus Scafati und Albanello, weitere Erkrankungen aus Cassino, Sulmona. In Sulmona sollen bisher 108 Erkrankungen und 70 Todesfälle vorgekommen sein. In Genua wurden weitere Einzelfälle constatirt. In der Provinz Udine traten einzelne weitere Cholerafälle in Buttrio, Cussignaco, Latisana auf. In der Zeit vom 19. August bis 4. September wurden in der Provinz 12 Fälle angezeigt, von denen 9 tödtlichen Ausgang nahmen. — Russland. Die Zahl der angezeigten Choleraerkrankungen (Todesfälle) betrug in der Stadt Moskau vom 3.—10. August (a. St.) 290 (141), vom 25. Juli bis 7. August in den Gouvernements: Moskau 182 (62), Woronesch 211 (110), Orel 1467 (538), Mohilew 147 (55), Minsk 107 (54), Wiatka 111 (52), Jekaterinoslaw 88 (44): vom 18. Juli bis 7. August in den Gouvernements: Tula 906 (217), Jaroslav 285 (107), Poltawa 167 (77); im Gebiete der Don'schen Kosaken vom 3.—10. August 661 (315), im Gouvernement Kasan vom 25.—31. Juli 230 (88), im Gouvernement Kiew vom 1.—7. August 678 (227), im Gouvernement Podolien vom 18.—31. Juli 1178 (423). — Rumänien. Choleraerkrankungen (Todesfälle) wurden nachgewiesen in der Zeit vom 28. August bis 4. September in Braila 110 (68), Sulina 29 (7), Galatz 25 (20), Tultscha 9 (6), Calarasi 11 (10), Cernawoda-Fetestie 13 (23). Cholera ist ferner aufgetreten in den Districten Braila, Dorohoiu, Jalomitza, Prahova, Neamtu, Constantza, Vlasca, Putna, Dolju, Ilfovu, Tecucin und in der Stadt Bukarest (2 Fälle). — Türkei In der Irrenanstalt zu Scutari ist Cholera ausgebrochen (bis zum 11 September 97 Erkrankungs- und 53 Todesfälle). — In Smyrna betrug vom 6. bis 22. August die tägliche Zahl der Choleraerkrankungen (Todesfälle): 13 (10), 21 (14), 25 (21), 17 (10), 21 (12), 19 (9), 21 (10) — 137 (86).

* Herr Dr. med. Gager hat sich aus Gastein wieder nach Arco (Südtirol) begeben, um dort seine kurärztliche Praxis aufzunehmen.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Gross-Riedenthal bei Kirchberg am Wagram (Niederösterreich) ist vom 15. September d. J. zu besetzen. Mit dieser Stelle ist eine jährliche Subvention von 300 fl., ein Pauschale von 100 fl. und freie Wohnung verbunden. Die Ortschaft zählt 114 Häuser und 734 Einwohner, ist sehr wohlhabend, hat eine Pfarre und eine dreiclassige Volksschule. Eingepfarrt ist auch die eine Viertelstunde entfernte Gemeinde Neudegg mit 47 Häusern und 244 Einwohnern. Die nächstliegenden Ortschaften Hohenwarth, Ebersbrun und Ostenthal sind ziemlich gross und haben keinen Arzt. Alle genannten Ortschaften liegen in einer sehr guten Weingegend. Der Gemeindearzt hat das Recht eine Hausapotheke zu führen.

Prosectorsstelle im Status der Prosectoren der Wiener k. k. Krankenanstalten mit der Diensteszuweisung in der k. k. Krankenanstalt «Rudolfsstiftung», dem Range der VII. und den Bezügen der VIII. Rangsclasse. Bewerber um diese Stelle haben ihre mit dem Tauf- oder Geburtsscheine, mit dem Zuständigkeitsnachweise, dem Diplome über das erlangte Doctorat der gesammten Heilkunde und mit den sonstigen Zeugnissen versehenen, vorschriftsmässig gestempelten Gesuche, bereits im öffentlichen Dienste stehende Bewerber im vorgeschriebenen Dienstwege, sonst unmittelbar im Einreichungsprotokoll des k. k. n.-ö. Statthalterei-Präsidiums bis 20. September d. J. einzubringen.

Die Fabriksarztesstelle bei der Porzellanfabrik Röschwaldt & Co. in Dallwitz (Böhmen) gelangt mit 1. November d. J. zur Besetzung. Dieselbe ist mit einem Jahresgehalte von 1000 fl. verbunden und bietet die starke Bevölkerung der unmittelbaren industriereichen Umgebung in nächster Nähe von Karlsbad einem tüchtigen Arzte Gelegenheit, ausserdem binnen Kurzem eine ausgedehnte einträgliche Privatpraxis zu gewinnen. Bewerber, Doctoren der gesammten Heilkunde mit nachweisbar mehrjähriger Praxis, haben ihre Gesuche an die Porzellanfabrik Röschwaldt & Co. in Dallwitz bei Karlsbad zu richten.

Districtsarztesstelle mit dem Wohnsitze in Starkstadt (Böhmen). Jahresgehalt 400 fl. Reisepauschale 105 fl. Recht zur Haltung einer Hausapotheke. Zu diesem Starkstädter Sanitätsdistricte, welcher 52·293 Qu.-Kilom. Flächenausmass beträgt, gehören ausser der Stadtgemeinde Starkstadt 10 Katastralgemeinden mit 2 Ortschaften, welche zusammen 6541 Einwohner zählen, die bis auf eine kleine Anzahl von böhmischen der deutschen Nationalität angehören. Bewerber, welche nach § 5 des Landesgesetzes vom 23. Februar 1888, Nr. 9 L.-G.-Bl., zur Besetzung dieser Stelle befähigt und beider Landessprachen mächtig sind, haben ihre gehörig instruirten Gesuche bis inclusive 14 October 1893 beim Bezirksausschusse in Politz a. d. M. einzubringen.

Districtsarztesstelle in Napajedl (Mähren) mit den Gemeinden Alenkowitz, Kwitkowitz, Ondřechowitz, Otrokowitz, Pohořelitz, Spitinau und Zutaw mit 6868 Einwohnern und 63·93 Qu.-Kilom. Flächenausmass. Gehalt 616 fl. und 200 fl. Reisepauschale. Bewerber böhmischer Nationalität und katholischer Religion haben ihre im Sinne des § 11 des Landessanitätsgesetzes für Mähren vom 10. Februar 1884 instruirten Gesuche bis 25. September d. J. an den Vorsitzenden Dr. Martin Zlámal in Spitinau zu richten.

Districtsarztesstelle in Březolup mit der Verpflichtung des Sanitätsdienstes in 14 Gemeinden mit 7211 Einwohnern und bei der Gutsherrschaft. Gehalt 406 fl., Reisepauschale 254 fl., Beitrag von der Gemeinde Březolup 140 fl.; von der Herrschaft eine freie Wohnung von 4 Zimmern und 30 Meter Brennholz. Bewerber haben ihre gehörig instruirten Gesuche bis 25. September dem Vorsitzenden der Sanitätsdelegation einzusenden.

Landesfürstliche Bezirksarztesstelle mit den Bezügen der IX., beziehungsweise X. Rangsclasse, eventuell Stelle eines **Statthalterei-Sanitäts-Concipisten** mit den Bezügen der X. Rangsclasse. (Steiermark.) Bewerber um eine dieser Stellen haben ihre mit dem an einer inländischen Universität erlangten Diplome eines Doctors der gesammten Heilkunde, mit dem Zeugnisse über die im Sinne des Ministerial Erlasses vom 21. März 1873, R.-G.-Bl. Nr. 37, behufs Erlangung einer bleibenden Anstellung im öffentlichen Sanitätsdienste abgelegte Prüfung, sowie mit den Nachweisungen über Alter, Sprachkenntnisse und über die bisherige Verwendung und Dienstleistung belegten Gesuche im vorgeschriebenen Dienstwege bis 25. September 1893 bei dem k. k. Statthalterei-Präsidium in Graz einzubringen.

K. k. Bezirksarztesstelle II. Classe, sowie jene des **k. k. ärztlichen Statthalterei-Concipisten** (letztere in provisorischer Weise zu besetzen). Oberösterreich. Bewerber um eine dieser Stellen haben die mit den Nachweisen über ihr Alter, über den an einer inländischen Universität erlangten Grad eines Doctors der Medizin und Chirurgie und Magisters der Geburtshilfe, beziehungsweise eines Doctors der Gesammtheilkunde, über ihre bisherige Verwendung, endlich über die nach den Bestimmungen der Ministerial-Verordnung vom 21. März 1873 (R.-G.-Bl. Nr. 37) mit Erfolg abgelegte Physicatsprüfung belegten Gesuche bis zum 30. September 1893 bei dem k. k. Statthalterei-Präsidium in Linz einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Weinzierl am Walde (Niederösterreich) Kirche, Schule, Post im Orte, 400 fl. Subvention, freie Wohnung, Gartenbenützung, Brennholzbezug, Todtenbeschaugebühren, das Recht zur Führung einer Hausapotheke, Vertrauensarzt der Kremser Bezirkskrankencasse; die Sanitäts-Gemeindegruppe zählt 2255 Einw. Gesuche an die Gemeindevorstehung in Weinzierl am Walde, Bezirk Krems, oder an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Krems.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 8 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Ueber Chloroform, seine Wirkung und Folgen." Von Dr. E. Luther.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 24. September 1893. Nr. 39.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2·50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12·50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber Beckenperitonitis beim Weibe und die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae in Beziehung zu dieser Krankheit.*)

Von

Prof. Dr. C. J. Cullingworth in London.

Historisches.

Bevor ich daran gehe, eine Darstellung über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse betreffend die Entzündungen im Becken zu geben, muss ich einen Augenblick bei der Geschichte unseres Gegenstandes verweilen und namentlich der Arbeiten und Schriften eines Mannes gedenken, den ich für einen der grössten Gynäkologen unseres Jahrhunderts halte, nämlich derer von BERNUTZ. Zur Zeit, zu welcher BERNUTZ seine klinischen Memoiren veröffentlichte, bestand die landläufige Ansicht, dass jedwede Geschwulst von harter Consistenz, die man in Fällen von Entzündungen im Becken über dem Scheidengewölbe auf einer Seite oder zu beiden Seiten des Uterus fühlte, stets auf Rechnung eines entzündlichen Exsudates in das Bindegewebe an der Basis der Ligamenta lata oder innerhalb der Schichten dieser Ligamente zu setzen sei.

NONAT hatte diese Lehre während eines Zeitraumes von 10 Jahren vertreten und unter dem Einflusse seiner Autorität und seiner dogmatischen Lehren wurde dieselbe fast allgemein angenommen.

Diese Exsudate wurden mit verschiedenen Namen belegt, aber gleichgiltig ob sie als Becken-Cellulitis oder als Parametritis oder als peri-uterine Phlegmonen beschrieben wurden — was den Sitz derselben betrifft, so bestand thatsächlich kein Meinungsunterschied. Einige Zeit theilte auch BERNUTZ die allgemeine Ansicht.

Der letale Ausgang zweier Fälle, die er selbst behandelte, diente jedoch dazu, seine diesbezüglichen Anschauungen zu ändern, und der ebengenannte Umstand setzte ihn auch in den Stand, in einer unwiderleglichen Art den Nachweis zu erbringen, dass der peri-uterine Tumor, der während des Lebens der Patientin alle Symptome der sogenannten peri-uterinen Phlegmone dargeboten hatte, durchaus nicht in dem Zellgewebe seinen Sitz hatte. Bei den in Rede stehenden Nekropsien fand man, dass der Tumor, der sogar nach dem Tode alle gewöhnlichen Zeichen darbot, von den Beckeneingeweiden gebildet war, die durch peritoneale Adhäsionen mit einander verflochten waren. Diese Entdeckung war von so immenser Bedeutung, dass sie den zwei Fällen, die zu derselben führten, ein historisches Interesse verleiht. Die Zeit erlaubt es mir hier, nur die Hauptzüge des ersten dieser zwei Fälle anzuführen.

Der Fall betraf eine junge Frau im Alter von 18 Jahren, die während eines Jahres ein unregelmässiges Leben geführt hatte, und die wegen heftiger Schmerzen im Abdomen ins Hospital aufgenommen wurde.

Die Schmerzen ergriffen die Patientin plötzlich am achten Tage nach dem Auftreten einer Gonorrhoe, und sie nahmen täglich an Intensität zu. Bei der Untersuchung fand man ausser den Zeichen einer acuten Gonorrhoe einen resistenten Körper oberhalb des Scheidengewölbes, der sich rings um den Cervix Uteri herum, mit Ausnahme der rechten Seite des letzteren, ausdehnte. Druck auf den Tumor verursachte grossen Schmerz. Ruhe und die Application von Blutegeln auf die linke Regio iliaca brachten einige Linderung, aber die Geschwulst blieb dieselbe, und einige Tage später kehrten die Schmerzen wieder.

Nachdem die Patientin einige Wochen im Hospital zugebracht hatte, bekam sie einen Anfall von Icterus und dann einen Anfall von Pleuritis mit Erguss — zuerst einen Erguss serösen Charakters, der nach der Entleerung eine eitrige Beschaffenheit annahm. Die Patientin starb drei Monate nach ihrer Aufnahme ins Hospital.

Bei der Autopsie fand man die Blase, den Uterus, die Ligamenta lata und die Flexura sigmoidea sämmtlich durch alte Adhäsionen mit einander verflochten. Auf der linken Seite des Beckens fand man keine Cavität, da die Ligamenta lata sowohl mit der Blase als wie auch mit dem Rectum verwachsen waren. Beim Durchtrennen dieser Adhäsionen wurde ein intraperitonealer Abscess eröffnet.

*) Vortrag, gehalten auf der 61. Jahresversammlung der «British Medical Association» in Newcastle-on-Tyne, vom 1. bis 4. August 1893. — Mitgetheilt von Léon LEIBOWITZ.

Der Uterus war nach hinten an das Rectum angeheftet. Die Tubae Fallopiae zeigten einen hohen Grad von Congestion.

An der rechten Tuba fand sich an zwei Stellen eine Eiteransammlung; die eine am Fimbrienende; dieses letztere war dilatirt und haftete fest an das Ovarium. Die linke Tuba enthielt keinen Eiter, sie war aber impermeabel. Beide Ovarien waren intact. Die supponirte Phlegmone war nicht vorhanden.

Dieser soeben berichtete Fall ereignete sich im Jahre 1856 und wurde im Jahre 1857 publicirt; aber es war erst im Jahre 1862, als Bernutz in Gemeinschaft mit seinem Freunde Goupil in gesammelter Form jene denkwürdigen und wunderbaren klinischen Memoiren publicirte, die von Zeit zu Zeit in den Archives Générales de Médecine erschienen waren, und die den bei weitem wichtigsten Beitrag zur Literatur der Gynäkologie darstellen, der jemals gemacht worden ist.

Die Publication des in Rede stehenden Werkes, gestützt auf eine Menge klinischer Thatsachen und Sectionsbefunden, die im höchsten Grade überzeugend waren, stellte ein für alle Mal fest, oder hätte ein für alle Mal die wahre Natur der Mehrzahl der Tumoren, die man bis dahin einer Cellulitis im Becken zugeschrieben hatte, feststellen sollen. Ich sage, die Mehrzahl der Tumoren, denn Bernutz leugnete nicht — wie man bisweilen irrthümlicher Weise annimmt — das Vorhandensein einer Phlegmone oder einer entzündlichen Exsudation zwischen den Schichten der Ligamenta lata, speciell bei puerperalen Fällen; aber er betrachtete sie als selten im Vergleiche zu den Tumoren in Folge von Beckenperitonitis, und er selbst hatte niemals einen solchen Fall in necropsia gesehen.

Die Schlussfolgerungen, zu denen Bernutz bei seinen Untersuchungen gelangt war, wurden von ihm selbst wie folgt zusammengefasst:

1. Die Entzündung des Beckenperitoneum ist eine Krankheit, die man sehr häufig antrifft.

2. Der Tumor, den man in Fällen von Beckenperitonitis post-mortem findet, wird dadurch gebildet, dass zahlreiche im Becken gelegene Eingeweide in Folge der Entzündung mit einander verwachsen.

3. Die Entzündung der Serosa des Beckens hat immer eine symptomatische Bedeutung und sie ist im Allgemeinen ein Symptom einer Entzündung der Ovarien oder der Tubae Fallopiae.

Man sollte nun meinen, dass die Ansichten von Bernutz die von ihm mit einer solchen Gründlichkeit und Klarheit auseinandergesetzt worden waren, auch zum Gemeingute aller Aerzte wurden. — Dem war jedoch nicht so. Matthews Duncan bestritt die Richtigkeit dieser Anschauungen, indem er sich auf die Sectionsbefunde berief — und so weit er nach dieser Richtung ging — that er es auch mit Erfolg, geradezu mit Triumph.

Er that durch Necropsien dar, dass gerade diejenigen Fälle, welche die Symptome und die Zeichen der Cellulitis oder der parametrischen Phlegmone dargeboten hatten, Fälle von Beckenperitonitis darstellten. Während man aber einerseits Dr. Matthews Duncan in dieser Beziehung vollkommen beipflichten muss, so glaubte er andererseits, dass Bernutz, als er die früher erwähnten Conclusionen formulirte, daran vergessen hatte, dass alle Fragen nicht durch Necropsien gelöst werden können, und er glaubte somit des Weitern, dass Bernutz sich durch seinen Enthusiasmus für die Sache, die er vertreten hatte, dazu verleiten liess, die Häufigkeit der Beckenperitonitis und die Seltenheit der parametrischen Phlegmone als Thatsache hinzustellen.

Wenn nun Matthews Duncan mit seiner sonst so gesunden und unparteiischen Beurtheilung wissenschaftlicher Leistungen in den Fehler verfallen konnte, den Resultaten der Bernutz'schen Beobachtungen ihren wahren Werth nicht angedeihen zu lassen, so glaube ich, dass es uns nicht Wunder nehmen darf, wenn andere Männer von geringerer Bedeutung als er, dasselbe thaten.

Ich will Sie nicht damit lange aufhalten, die Gründe für diese allgemein verbreitete Vernachlässigung der Beobachtungen von Bernutz aufzusuchen, sondern ich will mich nur darauf beschränken, zu bemerken, dass diese neuen Anschauungen vielleicht eine grössere Aufmerksamkeit auf sich gelenkt haben würden, wenn man denselben irgend welche Bedeutung für die Behandlung solcher Fälle zugeschrieben hätte. Es waren jedoch viele Jahre verstrichen, bevor die Entdeckungen von Bernutz eine praktische Bedeutung gewannen, und sogar zu dieser Zeit war dies zunächst nicht die directe Folge der Bernutz'schen Beobachtungen, sondern vielmehr der Ausfluss jener chirurgischen Unternehmungen, die — gerade so wie sie bei der operativen Behandlung der Nierenkrankheiten neue Wege der Erkenntniss eröffneten und neue Möglichkeiten einer Erleichterung und Genesung von dem Leiden schufen — auch auf dem Gebiete anderer Organe und namentlich derjenigen, welche hauptsächlich beim Hervorbringen der Beckenperitonitis betheiligt sind — dieselbe Richtung eingeschlagen hatten.

* * *

Die Becken-Cellulitis, eine im Allgemeinen secundäre Erkrankung.

Während der letzten fünf oder sechs Jahre führte ich den Bauchschnitt in fast hundert Fällen aus, die ich in der ersten Zeit meiner chirurgischen Laufbahn als wohl ausgesprochene Beispiele von Beckencellulitis angesehen haben würde — nämlich Fälle, in denen die Beweglichkeit des Uterus mehr oder weniger aufgehoben war, und in denen harte, unregelmässige und fixirte Tumoren oberhalb des einen oder beider Scheidengewölbe gefühlt werden konnten, und die sich häufig bis in das Cavum Douglasii erstreckten.

In der grossen Mehrzahl dieser Fälle fand ich gar keine Anzeichen der Cellulitis, und dort, wo die Cellulitis beobachtet werden konnte, war es ganz klar, dass dieselbe secundär war, und dass sie auf Rechnung von Salpingitis und Peritonitis kam, welche die Hauptaffectionen darstellten. In keinem dieser Fälle war eine entzündliche Exsudation in dem Zellgewebe der Ligamenta lata oder sonstwo anzutreffen, die genügt haben würde, um einen ausgesprochenen Tumor zu bilden, der bei der bimanuellen Untersuchung als solcher erkennbar gewesen sein würde. In manchen Fällen chronischer suppurativer Entzündung der Uterusadnexa waren die Ligamenta lata der Sitz eines gewissen Grades von Verdickung in Folge entzündlicher Exsudation; dies fand sich jedoch nur in der Nachbarschaft der eitrigen Erkrankung vor, und die Verdickung überschritt nur selten den achten Theil eines Zolles, und sogar in den extremen Fällen überschritt dieselbe niemals einen halben Zoll.

* * *

Die Entzündung im Becken, gemeinhin eine Peritonitis bedingt durch Salpingitis.

Der gewöhnliche Stand der Dinge bei Eröffnung des Abdomens in solchen Fällen ist folgender:

Der Inhalt des Beckens ist gewöhnlich durch das grosse Netz verdeckt; das letztere erscheint heruntergezogen und verdeckt die Eingeweide auf der Vorderseite: dasselbe geht sowohl mit dem Peritoneum so wie auch mit dem Uterus und andern Beckeneingeweiden Adhäsionen ein. Bisweilen findet man, dass dem Omentum auch Dünndarmschlingen adhäriren. Wenn man das Netz trennt und bei Seite schiebt, so sieht man, dass eine Seite oder der ganze hintere Theil des wahren Beckens von einer unkenntlichen Masse mit einander verwachsener Eingeweide ausgefüllt wird. Der Uterus selbst findet sich bisweilen in diese Masse eingegraben, aber in andern Fällen ist wenigstens sein oberer Theil frei. Wenn man die Tuba Fallopiae auf der erkrankten Seite von ihrer Anwachsungsstelle am Uterus nach aussen verfolgt, so findet man oft, dass sie im allerersten Theile, ungefähr in der Ausdehnung eines halben Zolles von normaler Weite ist, und dass sie sich dann in den adhärenten Massen verliert. Wenn man diese letzteren Massen trennt und zur Anschauung bringt, so findet man stets, dass

sie aus den Uterinadnexis, die durch die Entzündung mehr oder weniger verändert sind, zusammengesetzt seien.

Es findet sich immer Salpingitis vor, und die entzündete und verdickte Tuba überdeckt gewöhnlich das Ovarium. In einer grossen Zahl von Fällen erscheint das Ovarium selbst normal, mit Ausnahme des Umstandes, dass es immer adhärent ist. In andern Fällen befindet es sich im Zustande einer initialen cystösen Degeneration. Ich meine nicht jenen harmlosen Zustand, den man bisweilen als eine initiale cystöse Degeneration bezeichnet, in welchem mehrere GRAAF'sche Follikel durch Serum ausgedehnt sind und sich als transparente Erhabenheiten auf der Oberfläche eines sonst normalen Ovarium präsentiren, sondern ich spreche von dem Zustand, in welchem sich wahre Cysten von variabler Grösse vorfinden, und in welchem die normale Structur des Organs durch dieselben mehr oder weniger substituirt wurde. So oft der seitliche Tumor so gross ist, dass er den Uterus auf die entgegengesetzte Seite hinüberdrängt, kann man diesen Zustand des Ovarium vermuthen.

In vielen Fällen findet man die Cysten im Ovarium in einem Zustande der Eiterung, indem ihr Inhalt vorher von den entzündeten und eiternden Tuben aus inficirt wurde. Von primärer Ovariitis, sei es acute oder chronische, die von manchen Autoren als eine gewöhnliche Krankheit und als die häufige Ursache der Beckenperitonitis hingestellt wird, habe ich kaum (mit Ausnahme von tuberkulöser Erkrankung) einen einzigen Fall beobachtet.

Was die Tuben betrifft, so ist der erste bemerkenswerthe Punkt der Umstand, dass die Zeichen der peritonealen Entzündung stets in der Nachbarschaft des Fimbrienendes am meisten ausgesprochen sind, ein Moment, welches deutlich zeigt, dass die Beckenperitonitis durch ein directes Weitergreifen von der Mündung des entzündlichen Eileiters, oder in Folge einer Entleerung der krankhaften Secretionen aus der Tuba entstanden sei. Dort, wo die Secretion aus der entzündeten Tuba hauptsächlich schleimigen Characters ist, mit einer nur geringen Beimengung von Eiterkörperchen, wird die Intensität der Entzündung um das abdominale Ostium der Tuba herum nur durch eine ausserordentliche Dichtigkeit der Adhäsionen an jener Stelle und durch nichts mehr angezeigt.

Wenn hingegen die Secretion durchaus eitriger Natur ist, so trifft man einen von zwei Zuständen an, je nachdem ob das Fimbrienende der Tuba offen bleibt, oder geschlossen wurde. In dem erstgenannten Falle findet man einen intraperitonealen Abscess, der zwischen den Adhäsionen eingekapselt erscheint, und der seinen Inhalt aus der eitrigen Entleerung aus der offenen Mündung der eiternden Tuba bezieht. *)

In dem zuletzt genannten Falle dehnt der Eiter, der sich in der obliterirten Tuba angesammelt hat, dieselbe aus, bisweilen gleichmässig, aber viel häufiger unregelmässig, so dass er entlang der Tuba eine Reihe von Buchten und Taschen bildet, die mit Eiter erfüllt sind, und in beiden Fällen den Zustand darstellt, der als Pyosalpinx bekannt ist.

Die Veränderungen in den Wänden der Tuben sind die folgenden:

In den acuten Fällen findet man die Schleimhaut, einschliesslich der prominenten Longitudinalfalten, stark geröthet und geschwellt und mit einem eiterigen oder schleimig-eitrigen Secret bedeckt; bei den chronischen Fällen ändert sich der Zustand je nachdem, ob die entzündlichen Secrete innerhalb der Tuba verbleiben, oder durch das offene Fimbrienende entleert werden. In dem erstern Falle ist die Schleimhaut entweder deutlich ulcerirt, oder von Granulationsgewebe bedeckt; in dem letztern Falle, wenn sich dieselbe ihrer Secrete entledigt hat, findet man häufig, dass die Schleimhaut ihr normales Aussehen mehr oder weniger vollständig wiederbekommen hat, mit Ausnahme der Nachbarschaft des adhärenten Abdominalostium, wo sie häufig intensiv geröthet und ödematös ist. Die auffallendste Veränderung bei den chronisch entzündeten Tuben wird bedingt durch ein Uebergreifen der Entzündung auf die mittlere Schichte oder die Muskelschichte, die in Folge einer entzündlichen Exsudation zwischen den Bindegewebselementen der Muskelschichte verdickt und indurirt erscheint; diese entzündliche Exsudation bewirkt auch eine unregelmässige Trennung der einzelnen Muskelfasern von einander und bedingt so eine allgemeine Verdickung der Tubenwand, die häufig einen Dickendurchmesser von einem achtel bis zu einem halben Zoll besitzt. Die Vergrösserung des Eileiters manifestirt sich nicht bloss durch eine Zunahme in seiner Weite und Circumferenz, sondern häufig auch durch eine Zunahme in seiner Länge — und da diese Zunahme in der Länge innerhalb eines beschränkten Raumes geschieht, so besteht häufig das Endresultat darin, dass die Tuba verdoppelt und in sich selbst gefaltet erscheint, indem sie so eine Reihe von Windungen bildet.

In vorgeschrittenen Fällen können noch weitere Veränderungen vor sich gehen; wenn die Eiter enthaltende Tuba mit dem cystösen Ovarium Adhäsionen eingeht, so kann ihre Wand ulceriren und es kann Perforation eintreten; in Folge dieses Umstandes kann sich der eiterige Inhalt der Tuba in das Innere der Cyste entleeren und auf diese Art einen tubo-ovarialen Abscess hervorbringen. Das Resultat eines solchen Ereignisses ist das plötzliche Auftreten einer sehr heftigen Beckenperitonitis, die das Leben der Kranken in eine drohende Gefahr bringt. Man darf jedoch nicht glauben, dass so oft eine entzündete und eitrige Tuba plötzlich in eine grosse Abscesshöhle führt — ein Zustand, den man, was sein Aussehen betrifft, treffend mit dem Aussehen einer Retorte verglichen hat — man es unbedingt mit einem tubo-ovarialen Abscess zu thun habe. Ich habe unlängst auseinandergesetzt, dass ein tubo-ovarialer Abscess vorgetäuscht werden kann, und zwar durch eine plötzliche Ausdehnung der Tuba selbst, die auf diese Art eine merkwürdige und interessante Varietät des Pyosalpinx darstellt. Es finden sich zwei diesbezügliche Beispiele in dem Museum des St. Thomas Hospitals; in einem derselben wurde die wahre Natur des Leidens unwiderleglich durch die Thatsache festgestellt, dass man beide Ovarien der Patientin während der Operation als absolut gesund erkannte; sie waren nicht einmal adhärent. Ich kann diese Ovarien als Beleg für meine Behauptung nicht vorbringen, denn sie befinden sich noch immer im Körper der Patientin, die vollkommen genas.

(Fortsetzung folgt.)

*) Beckenabscesse, die in das Rectum oder in die Vagina bersten, haben fast immer diesen Character und sind nicht cellulitischen Ursprungs, wie man allgemein angenommen hatte.

Aus der Therapeutischen Klinik des Prof. Dr. **M. Semmola** *in Neapel.*

Aetiologie, Pathogenese und Behandlung der Pneumonie.

Von

Prof. Dr. Nicola Ferrara in Neapel. *)

(Fortsetzung.)

Bei der symptomatischen Behandlung der Pneumonie müssen wir verschiedene Symptome auseinanderhalten, und zwar: das Seitenstechen, die funktionelle Herzinsufficienz, die Insufficienz der Gesammtkraft des Organismus, die hohe Temperatur, den Husten und die Expectoration, die Dyspnoë und die drohende Asphyxie.

Seitenstechen. Der acute Schmerz ist oft eines der ausgesprochensten subjectiven Symptome des Kranken, der mit Insistenz nach einem Heilmittel verlangt. Handelt es sich um kräftige Individuen, dann können wir an den schmerzenden Punkt einige Blutegel oder blutige Schröpfköpfe appliciren; durch Entziehung einer geringen Blutquantität wird der Schmerz beträchtlich gemildert. Wenn der Schmerz kein so heftiger ist,

*) Siehe »Internat. Klinische Rundschau« Nr. 31, 33, 36, 38, 1893.

so hilft oft die Application eines Senfteiges oder die Einreibung mit Oleum Hyosciami und Chloroform. Wirksame Mittel sind: die subcutane Injection von 0·01 Morphium oder die Anwendung des galvanischen Stromes: durch Application der Anode auf die schmerzende Stelle und der Kathode auf einen beliebig anderen Punkt, unter Anwendung eines schwachen Stromes von nicht langer Dauer, kann man den Schmerz auf mehrere Stunden unterdrücken.

Functionelle Herzinsufficienz und allgemeine Schwäche. Die Insufficienz des Herzens zusammen mit dem Verfall der Kräfte bildet den Cardinalpunkt bei der Behandlung der Pneumonie. Bei der Herzinsufficienz ist die Function des Herzens mehr oder weniger geschwächt wegen behinderter Circulation in der Lunge in Folge der fibrinösen Infiltration, ferner wegen Verminderung der respiratorischen Oberfläche und Einschränkung der Athembewegungen, wegen des Fiebers und hauptsächlich wegen der Einwirkung der Bacteriengifte, die das Myocardium und dessen Innervation zu paralysiren trachten. Unter solchen Bedingungen braucht das Herz, gleichsam um eine Autocompensation herzustellen, seine ganze Reservekraft oder wenigstens einen Theil derselben auf.

Begreiflich sind die Folgen der Herzinsufficienz mehr ausgesprochen, wenn dieses Organ an einer Affection des Klappenapparates oder des Myocardiums oder Pericardiums erkrankt ist, oder wenn die Pneumonie ein Individuum befällt, das an nervöser Erschöpfung leidet oder mit Arteriosklerose behaftet ist.

Wenn diese letztere, die sich langsam aber ununterbrochen entwickelt, deren Anfänge zuweilen schon in dem ersten Monate nach der Geburt nachweisbar sind und die als eine physiologische Arteriosklerose beschrieben werden könnte, frühzeitig auftritt, so muss der Arzt darauf besondere Rücksicht nehmen bei acuten Krankheiten, namentlich bei der Pneumonie, deren Physiognomie durch eine vorhandene Arteriosklerose modificirt und prognostisch ernster gemacht werden kann. Wenn die Pneumonie ein bejahrtes Individuum oder einen an den Arterien kranken Menschen befällt, der infolgedessen Symptome grosser Herzschwäche darbietet, so wiederhole ich mit SEMMOLA, dass in diesem Falle die Krankheit in der Lunge ist, die Gefahr jedoch im Herzen liegt, und ich bestehe mehr als je darauf, dass die Therapie vor Allem auf dieses Organ ihr Augenmerk richten müsse.

Eines der besten Mittel um die allgemeinen Kräfte und die Energie des Herzens bei der Pneumonie aufrecht zu erhalten, ist der Alkohol.

Ich unterlasse es hier, über die Wandlungen zu sprechen, die der Alkohol bei der Behandlung der Pneumonie erfahren hat, seit LOUIS DE TYRONE (1845), der sich desselben als Heilmittel zuerst bediente, bis zu TODD, der ein warmer Fürsprecher gewesen. Nach dem Tode TODD's erfolgte in England die Reaction gegen dessen Methode, aber später kam der Alkohol wieder zu Ehren, und heute wird er von der Mehrzahl der Aerzte wärmstens empfohlen.

Der Wirkungsmechanismus des Alkohols ist jedoch noch nicht klargelegt. GUBLER hält ihn für ein dynamogenes Mittel, das die allgemeinen Kräfte des Nervensystems erregt; BINZ bezeichnet ihn als ein Antithermicum, das durch Einwirkung auf das Protoplasma der Zellen deren Stoffwechsel herabsetzt; ROQUIN sieht in dem Alkohol ein Mittel, das sich der organischen Desintegration entgegensetzt; ein grosser Theil der Pharmakologen und Therapeuten hält ihn für ein respiratorisches Nahrungsmittel.

Wahr ist es, dass der Alkohol, indem er sich rasch oxydirt, die organische Desintegration aufhält, aber er wirkt, hauptsächlich als diffusives Excitans und als ein dem Organismus homogenes Mittel, analeptisch, hebt die Körperkräfte und belebt die Organe, die durch die von dem Diplococcus erzeugten Gifte bedroht erscheinen: er hält also die organische Thätigkeit der Ausscheidung von toxischen Prinzipien rege. Ich denke, dass eben nur dieser eliminatorischen Thätigkeit die wohlthätige Wirkung des Alkohols bei der Pneumonie zuzuschreiben sei.

Der Alkohol wirkt nicht bei der Pneumonie durch einen spezifischen Einfluss, den ich nicht zu begreifen vermag, auch nicht dadurch, dass er in der Dosis, die man anwendet, die Temperatur erniedrigt, indem er die organische Abnützung hintanhält, denn wenn auch durch die Anwendung des Alkohols ein Temperaturabfall (minimalen Grades) stattfindet, so muss diese Thatsache, wie dies TAMBURINI nachgewiesen hat, weniger in dem Einflusse auf den Oxydationsprozess, als in der Einwirkung auf das Nervensystem, das durch die vasomotorischen und thermischen Nerven die Produktion und die Vertheilung der thierischen Wärme regelt, gesucht werden.

Man muss den Alkohol in jedem Falle von Pneumonie verschreiben, und es darf nicht behauptet werden, dass diese, als cyklische Krankheit, in den gewöhnlichen Fällen durch die einfache Hygiene und eine geeignete Diätetik der Resolution zugeführt werden könne. Es genügt in die Statistik JACCOUD's, aus welcher erhellt, dass die exspectative Behandlung viel geringeren Erfolg als die alkoholische Behandlung sichert, Einsicht zu nehmen, um sich zu überzeugen, wie gross der Nutzen des Alkohols ist.

Man verschreibt den Alkohol nach folgendem Recepte:

Rp. Alcohol aethyl. puriss.	50·00
Aquae	500·00
Syr. cort. aurant.	30·00

DS. Löffelweise binnen 24 Stunden zu nehmen.

Täglich wird die Menge des Alkohols um 5 bis 10 *gr* erhöht und man geht bis zur Maximaldosis von 100 bis 120 *gr* hinauf. Nach erfolgter Krisis wird die Gabe allmälig vermindert, niemals darf man aber mit der Darreichung des Medikamentes plötzlich aussetzen. Die oben angegebene Alkoholmenge ist die mittlere Dosis. Je nach Alter, Geschlecht, Gewohnheiten etc. muss eine grössere oder geringere Dosis verschrieben werden. Statt des puren Alkohols kann man Wein, Cognac, Rhum, etc. verwenden.

Als unterstützende Mittel der Alkoholbehandlung kann man, wenn der Kräfteverfall ein sehr grosser ist, viele andere excitirende Arzneisubstanzen anwenden, wie z. B. Baldrian, Arnica, Serpentaria, Kampher u. s. w., die jedoch nur bei absolutem Bedürfnisse und mit grösster Vorsicht verabreicht werden sollen, da sie ganz und gar nicht neue Nervenkraft hervorrufen und sogar später die Gefahr einer noch grösseren nervösen Erschöpfung veranlassen können.

In den mit schwerer Herzaffektion komplizirten Fällen wird man zu den Digitalinkörnern HOMOLLE's und QUEVENNE's, oder zum Infusum Adonis greifen, nur ausnahmweise zur Tinctura Strophanti, da Strophantus ein ziemlich gefährliches myocardiocynetisches Mittel ist. Ganz kleine Dosen, z. B. 4 bis 6 Tropfen, sind zwar ganz ungefährlich, sie sind aber auch völlig unwirksam.

Eine besondere Erwähnung verdienen das Chinin und das Coffeïn.

Das Chinin in kleineren Gaben hat eine tonische Wirkung auf das Herz, und regt eigentlich die Diastole an, worauf eine Steigerung der Stärke des systolischen Impulses folgt. Demnach äussert sich eine wohlthätige Wirkung auf den Lungenkreislauf nicht nur in Folge einer stärkeren systolischen Zusammenziehung, sondern auch in Folge einer grösseren Aspiration von Blut aus der Lunge während der Diastole. Zu diesem Zwecke wird das Chinin (die hypodermatische Injektion ist der Darreichung per os vorzuziehen) in der Dosis von 20 bis 40 Centigramm in den 24 Stunden verabreicht. Wenn man das Chininvalerianat verschreibt, welches mit der Wirkung der Base jene der Baldriansäure als excitirendes Mittel verbindet, so muss dieses Salz per os verabreicht werden, da es sich, wegen seiner sehr geringen Löslichkeit, zu subkutanen Injektionen nicht eignet.

In Fällen von Herzadynamie in Folge der Lungenentzündung verdient das Coffeïn in starken Gaben den Vorzug. Wie

Semmola nachgewiesen hat, regt dieses Mittel einerseits und hauptsächlich die bulbäre Herzinnervation an, andererseits das Myocardium, wodurch es indirect und direct dazu beiträgt die Energie der Systole zu heben. Indem es ferner eine aktive Dilatation der kleinen Arterien veranlasst, setzt es den arteriellen Blutdruck herab und erleichtert den Abfluss des Blutes aus der Lunge. Die beste Art der Darreichung des Coffeïns ist die hypodermatische. In Verbindung mit Natrium benzoicum oder salicylicum löst sich das Coffeïn in destillirtem Wasser sehr gut auf, indem es sich darin zu einem Doppelsalz umwandelt. Die beste Verschreibungsweise ist die folgende:

Rp. Coffeïni puri 2·00
Natr. Benz. 2·00
Aq. dest. 8·00

DS. Zu Einspritzungen unter die Haut. 2 bis 4 Einspritzungen täglich.

Ich will nicht unerwähnt lassen, dass bei drohender Herz-Lungenlähmung das Strychnin, hypodermatisch in Dosen von 2 bis 3 Milligramm täglich angewendet, von sehr grossem Nutzen ist Baccelli und Maragliano sprechen sich über die Wirksamkeit dieses Mittels sehr lobend aus.

(Fortsetzung folgt.)

Ethisches aus der Praxis Anderer.

Von **Dr. Mensinga** in Flensburg.

Immer mehr beginnen die Vertreter der exacten Wissenschaft die generative Thätigkeit des Weibes vom socialhygienischen Standpunkte aus zu betrachten.

Zu den obigen kühnen Männern gesellt sich in neuester Zeit der bekannte Döderlein zu Leipzig.

In der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig (Sitzung vom 15. Mai 1893) trug Döderlein eine Krankengeschichte vor über «gonorrhoische Salpingitis.»

Die 35 Jahre alte Patientin hatte in 10 Jahren und 9 Schwangerschaften 8 ausgetragene Kinder geboren, bei einem Manne, der angeblich vor der Heirath lang an Gonorrhoe gelitten. Letztere hatte also nicht den geringsten Einfluss auf die Fruchtbarkeit des Weibes ausgeübt. Während des letzten neunten Wochenbettes im Januar 1893 acquirirte der Mann eine neue Gonorrhoe, womit er seine Frau Ende Februar, also 6 Wochen post puerperium, inficirte. Anfang März traten Schmerzen im Leib auf, die sich immer mehr steigerten. Erste Beobachtung am 21. März. Behandlung erfolglos; am 4.—5. April Untersuchung in Narcose; rechte Tube hart, fingerdick, hochstehend, der vorderen Beckenwand anhaftend, rechtes Ovarium nicht vergrössert, linkes Ovarium hühnereigrosser cystischer Tumor, linke Tube schlank, beweglich.

Laparotomie am 15. April. Eine Dünndarmschlinge der rechten adhärenten Tube ziemlich fest, flächenhaft anhaftend; wahrscheinlich entstanden durch eine schwere Peritonitis nach der sechsten Geburt im Jahre 1888. Im linken Ovarium eine Blutcyste. Linke Tube anscheinend gesund, fehlerfrei, aus der Tube kein Inhalt ausdrückbar.

«Da sich an der entfernten rechten Tube etwas Eiter vorfand und die Frau schon mit Nachkommenschaft reichlich gesegnet war, nahm Döderlein die linke Tube auch mit fort, wäre aber die Erhaltung der Conceptionsfähigkeit sonst erwünscht gewesen, hätte er gewiss die linke Tube so wie das rechte Ovarium zurückgelassen.»

Döderlein erwähnt das Letztere mit Nachdruck, da ja mit vollem Rechte gerade bei der Exstirpation der erkrankten Adnexe auf die Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit besonders Gewicht gelegt wird, die aber hier trotz des anscheinend gesunden Zustandes der linken Tube wohl zu üblem Ausgang Anlass gewesen wäre. (Bei der nachherigen mikroskopischen Untersuchung zeigte es sich, dass die linke Tube zwar vollständig gesund, nirgendwo Pathologisches an derselben zu finden war, dass aber die Schleimhaut von Gonococcen wimmelte; dass also die Aussicht auf Erkrankung auch dieses Organes unbedingt vorhanden war. Döderlein plaidirt also für Entfernung beider Tuben, wenn auch nur eine sollte pathologisch verändert erscheinen.)

Das Wesentliche nun in Bezug auf die Proliferation des Weibes, was Döderlein als massgebend für die Entfernung auch der zweiten Tube ansah, war das, dass nach seiner Einsicht die Frau schon reichlich ihre Pflicht gethan, sie schon Nachkommenschaft genug hatte, die Conceptionsfähigkeit also nicht mehr erwünscht war.

Dieser Punkt ist bis vor wenigen Jahren noch niemals von den Aerzten realiter zu betrachten gewagt; immer mehr und mehr aber bequemt sich die Wissenschaft dazu, die socialen — die hygienischen Nebenverhältnisse der kranken Frauen wesentlich für ihr Handeln mit in Betracht zu ziehen, sich von überlebten religiösen, respektive alttestamentarischen Vorstellungen: dass man eine Frau **überhaupt** nicht unfruchtbar machen dürfe loszusagen.

Das ist der wissenschaftliche Fortschritt des letzten Decenniums, dass man die sociale Stellung der Frau um etliche Grade höher stellt, dass ihr Leben, wo es in Frage kommt, uns zunächst als das Heiligste erscheinen solle, wäre es auch auf Kosten ihres Weltberufes (der Erhaltung der Gattung), denn mit Rücksicht auf ihre bereits geborenen Kinder ist ihr Leben einfach unersetzlich!

Die zarten Fäden, welche mit der steigenden Cultur, zwischen Mutter und Kind sich immer inniger gestalten, verursachen durch deren Zerreissung einen viel grösseren unheilbarenen Riss, als vor Zeiten, wo die Erziehung der Kinder lediglich eine Fütterungsaufgabe war, die jede zu verrichten vermochte, und wenn die bisherige durch den Tod daran verhindert wurde, leicht eine andere Sclavin zu demselben Zweck wiedergefunden wurde!

Dass sich hinterher bei der mikroskopischen Untersuchung die Nothwendigkeit der Ablatio Tubae noch einmal zeigte, änderte an dem Plan Döderlein's nichts; er hat nur einen doppelten Grund für sein Verfahren gefunden, in erster Linie den ethisch-prophylactischen, in zweiter den physisch-therapeutischen Grund.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

Unter dem Eindrucke der Forschungen von Glisson und Haller und unter dem mächtigen Einflusse des ersten wirklich wissenschaftlichen Systems in der Medicin von Brown war man schon gegen Ende des vorigen Jahrhunderts dahin gekommen, das «Wesen» der Krankheiten von den Krankheits-«Reizen» zu trennen und in den specifischen Qualitäten der letzteren den Grund für die Unterschiede der Krankheiten zu vermuthen.

Mit dem neuen Begriffe der «Reizbarkeit» stellte sich das Bedürfniss nach einer neuen Bezeichungsweise ein, die durch Haller, Reil, Joh. Müller, gegeben wurde. Auch Henle, Lotze und Virchow nahmen diese Terminologie fast ohne Aenderung an, so dass dieselbe für die die medicinische Wissenschaft noch volle Bedeutung hat. Auf einen für den Organismus, das Organ, das Gewebe, das Zellterritorium, für die Zelle äusseren Anstoss, den Reiz (irritans, irritamentum, incitamentum) tritt in dem getroffenen Gebilde je nach der Einrichtung desselben (summarisch als Irritabilitas, Excitabilitas oder Incitabilitas bezeichnet) eine Bewegung ein. Dieselbe äussert sich für unsere Wahrnehmung als eine Thätigkeit (actio, reactio) und die Veränderung führt zu einer neuen Lage, dem Reizzustande (irritatio, incitatio). Geht der Reiz

jedoch über ein gewisses Maas hinaus, auf welches das Gebilde durch Vererbung und Anpassung eingestellt ist, so wird der äussere Reiz zu einer Krankheitsursache (causa externa, movens) und das Gebilde «leidet» (passio) und es erfolgt je nach dem Grade der Einwirkung eine Störung (laesio), Lähmung (paralysis) oder theilweiser und vollständiger Tod (necrobiosis, necrosis).

Nun beobachtete man, dass derselbe Reiz auf verschiedene Organe verschiedenartig einwirken konnte und musste deshalb aus dem verschiedenen Verhalten auf Verschiedenheiten der inneren Zustände der vom Reize getroffenen Gebilde schliessen. So kam man zum Begriffe der physiologischen und pathologischen Disposition oder Prädisposition, der Krankheitsanlage, der krankhaften Schwäche und im entgegengesetzten Falle der Immunität oder Seuchenfestigkeit. Diese Momente waren aber den grundsätzlich äusseren Reizen und den äusseren Krankheitsursachen gegenüber innere Krankheitsursachen (causa interna, vera, sufficiens, proxima, prima princeps.)

Im schroffen Gegensatze zu der ersten Ansicht, nach welcher die Qualitäten der Reize und äusseren Krankheitsursachen den Character, das «Wesen» der Krankheit allein bestimmen, diese äusseren Ursachen also wahre und ausreichende sein sollen, wird nach der zweiten Ansicht der Character, das «Wesen» der Krankheit von inneren Ursachen allein bestimmt.

Inhaltlich zeigt der Gegensatz beider Auffassungen das Ringen des LICHTENBERG'schen «Ursachenthiers» nach bestimmten Begriffen, die man mit dem Wort Ursache, causa, zu verbinden hat. Ursachen sind aber zunächst nichts weiter als die unerlässlichen Bedingungen eines Erfolges oder auch diejenigen Dinge, aus deren Wechselwirkung ein Erfolg hervorgeht. In diesem Sinne entspricht die erste Auffassung der alten volksthümlichen Idee, nach welcher gleiche Ursachen stets gleiche, verschiedenartige Ursachen stets verschiedenartige Wirkungen hervorbringen, nach der aber auch kleinste Ursachen grösste Wirkungen ermöglichen, nach der also Ursache und Wirkung nicht nothwendig adäquat oder äquivalent sind. Die zweite Auffassung, die viel jünger ist, stellte sich erst mit dem Aufblühen der Naturwissenschaften und den durch dieselben gezeitigten erkenntnisstheoretischen Untersuchungen über das Causalproblem ein. Diese Auffassung, nach der gleiche Ursachen unter verschiedenen Bedingungen verschiedene Wirkungen haben, deckt sich, wie ich später zeigen werde, für die Krankheitsgenese mit der Ansicht von der Identität oder Aequivalenz von Ursache und Wirkung. Auf jeden Fall verbindet man mit dem Worte Ursache thatsächlich diesen D o p p e l s i n n.

Während in den exacten Wissenschaften eine Klärung wenigstens sachlich angebahnt, wenn auch noch lange nicht überall formell durchgeführt ist, in den letzten Jahren sogar vielfache Untersuchungen über Energetik dies Problem von neuem aufgenommen haben, lebte in der Pathologie der Gegensatz unter dem Einflusse der parasitären Theorie der Infektionskrankheiten wieder auf, insofern als die Mikroparasiten als die wahren Ursachen dieser Krankheiten, als deren «Wesen» ermittelt schienen. An dieser Erscheinung ändert es auch gar nichts, dass viele Pathologen die inneren Ursachen als «Wesen» der Infektionskrankheiten von den äusseren trennten, die allein kurzweg als Ursachen bezeichnet wurden. Statt wirkliche Klärung zu bringen, haben im Gegentheil diese Trennungsversuche nur weitere Unklarheiten gebracht. Die Idee, dass wir das «Wesen» der Krankheiten ergründen können, ist ein trostloser Rest der in den exacten Wissenschaften meist glücklich überwundenen Ontologie. Einem anderen, von Zeit zu Zeit aufgewärmten Rest der Ontologie begegnen wir in den Versuchen, die Krankheiten selbst als Species aufzufassen, wie dies zuerst SYDENHAM gethan hatte.

Wenn man in der Medicin so hartnäckig an diesen Dingen festgehalten hat, so dürfte dies wohl zum Theil daher rühren, dass bei dem Absolviren des Brodstudiums die allgemeine naturwissenschaftliche und begriffskritische Bildung der meisten Aerzte zu kurz gekommen ist und noch kommt. Für die nach weiterer Erkenntniss Ringenden dürfte aber wohl auch der Umstand in Betracht kommen, dass LOTZE, der Philosoph unter den Pathologen, der zuerst die Pathologie als mechanische Naturwissenschaft darzustellen suchte und dadurch direct und indirect grossen Einfluss auf viele Generationen von Aerzten gewann, als Philosoph sich nie vom ontologischen Auffassungen frei zu machen vermochte.

Die Bezeichnungen an sich würde man noch ruhig hinnehmen können. Jede Periode hat nach dieser Hinsicht ihre besondere Färbung, die die Periode meist überlebt. Zur Zeit der KEPPLER, GALILEI, NEWTON war dieselbe sogar theologisch, im vorigen Jahrhundert suchte EULER die Physik teleologisch, darzustellen, dann wurde die Auffassung wieder naiv-ontologisch, ist jetzt mehr mechanisch und dürfte wahrscheinlich monistisch werden und daneben haben wir sogar in einer etwas sonderbaren fin de siécle-Literatur, besonders in der Entwickelungsgeschichte, auch jetzt wieder mit teleologischen und sogar mit theologischen Formulirungen zu rechnen.

Aber es kann keinem Zweifel unterliegen, dass inhaltlich für die moderne Zellular-Pathologie die kranke Zelle ein «ens morbi» geblieben ist und diese VIRCHOW'sche Auffassung ist ebenso unzweideutige Ontologie, wie die von VIRCHOW bekämpfte Auffassung von SYDENHAM, dass die Krankheiten Species sind.

Es ist ein schlechter Trost, zu sehen, dass es auch in den exacten Wissenschaften und in der Begriffskritik lange gedauert hat, bis man sich von der Idee frei machte, dass man das Wesen der Dinge begreifen könne. Erst die Untersuchungen von SPINOZA, besonders aber von LOCKE, HUME, KANT haben uns in der Erkenntnisstheorie, FARADAY und J. R. MAYER in den exacten Wissenschaften, REIL und Joh. MÜLLER in der Physiologie von dieser Idee zu befreien begonnen. Und doch sehen wir, dass selbst Exacteste der Exacten, wie HELMHOLTZ, im Ausdrucke fort und fort schwanken und das Wort «Ursache» bald in dem einen, bald im andern Sinne anwenden, also ganz verschiedene Begriffe damit verbinden. Für weniger Sattelfeste, die im Ausdrucke auch eine Anweisung, ein Recept zum Denken nöthig haben, wird aber ein solches Schwanken im Ausdrucke leicht verhängnissvoll. Man darf sich aber darüber nicht wundern, d a s o l c h e A u s d r ü c k e d o c h e r s t e i n m a l e i n d e u t i g d e f i n i r t s e i n m ü s s e n. Die Begriffe haben sich erst allmählich entwickelt, geändert, gefestigt und zu verschiedenen Zeiten wurden ganz verschiedene Dinge als selbstverständlich bezeichnet.

Die Entwickelung des Causalbegriffes lehrt, dass die Stammeserfahrung, die uns in kurzen Schlagworten und Handlungen überliefert wird, dass die durch die Sinne und Muskelbewegungen vermittelte innere, scheinbar unbewusste Eigenerfahrung einen wesentlichen Antheil an der Bildung der Causal-Urtheile haben und diese Erfahrungen mussten eben erst gewonnen und zu bestimmten Begriffen ausgebildet werden.

Dass das Causalgesetz in diesem allgemeinen Sinne ein rein transcendentales und a priori gegebenes sei, hat KANT behauptet. Wenn aber die Metamathematiker versuchen konnten zu beweisen, dass die mathematischen Axiome nicht einfach a priori gegeben sind, so darf man im Zeitalter von BAER und DARWIN wohl auch darauf aufmerksam machen, dass dem phylosophisch grübelnden Culturmenschen tausende von Stammeserfahrungen unbewusst zu Gebote stehen, die ihm a priori gegeben scheine, die aber die Menschheit aus ihren rohesten Anfängen heraus erst in harten Kämpfen und nach vielen Misserfolgen gewinnen konnte. In diesem Sinne scheint mir HUME, der hierin von KANT gründlichst missverstanden wurde, naturwissenschaftlich viel richtiger gedacht zu haben, wenn er das Causalgesetz durch die Beziehungen unseres Willens zu den Bewegungen gegeben auffasst und damit die inneren Erfahrungen wie es STRICKER nennt, zu ihrem Rechte kommen lässt. Diese inneren Erfahrungen, sind aber durchaus nicht einfach a priori gegeben, sondern zum Theil individuell erworben, zum Theil Stammeserfahrungen, die sich bei der Bildung des Causalgesetzes nicht verleugnen. Geht man von der allgemeinen Begreifbarkeit der Welt zur Bildung eines einzelnen Causal-Urtheils über, so ist die Erfahrung unerlässlich und HUME sagte sehr richtig: «Da ist ohne Erfahrung trotz allen Scharfsinnes unmöglich, voraus zu sagen, welche Folgen ein Ereigniss haben werde», eine Auffassung, der sich auch KANT nicht entziehen konnte. Der Philosoph ist den Thatsachen gegenüber so gut Empirist wie der Naturforscher.

Der Causalbegriff sagt demnach zunächst gar nichts weiter aus, als die nothwendige Verknüpfung zweier aufeinander folgender Erscheinungen, nichts als die Abhängigkeit der Erscheinungen von

einander, nichts als die Begreifbarkeit der Natur. In dieser Abhängigkeit ist vielleicht, aber zunächst und a priori nicht nothwendig, auch der Identitätsbegriff enthalten.

Wie hat man nun die Beziehung, in welche im Causal-Urtheil die Begriffe concreter Ursachen und Wirkungen zu bringen sind, thatsächlich dargestellt? Nach der Darstellung, die KANT gegeben hat und über welche die Erkenntnisstheorie als Begriffskritik weder inhaltlich noch formell hinausgekommen ist, gehören zu jedem Vorgang, zu jeder Zustandsänderung ein Gegenwärtiges, welches den Vorgang bewirkt und welches deshalb als eigentliche «wirkende» Ursache aufzulassen ist. Hiervon wird unterschieden ein der Zustandsänderung Vorhergehendes, welches den Eintritt des Vorganges ermöglicht und welches als Gelegenheits-Ursache aufzufassen ist. Der Doppelsinn des Wortes Ursache wird damit nicht zweifellos beseitigt.

Der Mangel an wirklicher Erfahrung in der Bildung concreter Causal-Urtheile macht sich in diesen unklaren Darstellungen, die bei SCHOPENHAUER, der nach dieser Hinsicht allein über KANT hinauszukommen suchte, noch ausserdem in der Anwendung fortwährend schwanken, geltend und lässt die medicinischen Darstellungen über Aetiologie formell als geradezu mustergiltig durchgebildet erscheinen. Noch war aber kein Versuch gemacht, die Ursache eindeutig zu definiren. Dies hat zuerst ein Physiologe REIL 1796/98, versucht.

Allerdings war schon für John TOLAND 1704, nach BERTHOLD's Ermittelungen, die Action, d. h. was wir heute Energie nennen, eine nothwendige Eigenschaft aller Materie und für ihn ist mit dem Stoffe auch die Energie gegeben. Im selben Sinne äussert sich nun REIL: «Die Materie, aus welcher das Organ besteht, ihre Form und Mischung enthalten den Grund aller Erscheinungen derselben; daher müssen auch seine Kräfte sich unmittelbar in ihm selbst befinden» und weiter: «Die eigenthümliche Natur derjenigen Materie, aus welcher die thierischen Körper bestehen, enthält den vorzüglichsten Grund ihrer eigenthümlichen Erscheinungen . . . . die Materie selbst als solche ist die Ursache dieser Phänomene.» Ich wurde auf diese geradezu grundlegenden, von einigen früheren Physiologen, wie RUDOLPHI, später auch von VIRCHOW theilweise gewürdigten Anschauungen dadurch hingewiesen, dass Johannes MÜLLER noch 1844 in der Einleitung zu der vierten und letzten Auflage seiner Physiologie sich zur Rettung der «Lebenskraft» ganz besonders gegen REIL wendete.

Bei REIL ist zum ersten Mal, zunächst allerdings mit besonderer Rücksicht auf das Organische, scharf ausgesprochen, dass als Ursache oder prima res nur das hinter dem Wechsel der Erscheinungen stehende Gleichbleibende zu verstehen ist.

Hatte schon TOLAND Ursache und Wirkung streng monistisch in einem Begriffe gedacht, so liegt für unsere jetzige Auffassung der Verhältnisse in REIL's Darlegung zum ersten Mal ein Protest gegen den KANT vertretenen Dualismus vor. Während KANT im Gebiete der Anorganischen streng mechanisch dachte, nahm er im organischen Gebiete Zweckursachen zu Hilfe. Dem gegenüber scheint die Auffassung von REIL streng monistisch und für Anorganisches und Organisches giltig.

Den nächsten Fortschritt brachte JOHANNES MÜLLER 1826 durch das Gesetz von der specifischen Energie der Sinne, für welche sich bei KEPPLER, DESCARTES und besonders bei HALLER schon wichtige Vorarbeiten finden. Das schon von ARISTOTELES verwerthete Wort Energie war wohl zuerst von GALILEI im mechanischen Sinne angewendet worden, besonders um eine bestimmte Seite der Kraftbegriffes, die Wirkung gegenüber der Fähigkeit zu wirken (δύναμις), schärfer zu betonen. In ähnlicher Weise hatten sich auch spätere Physiker und Mathematiker des Wortes bedient. Im Anschlusse an MÜLLER hat HELMHOLTZ 1850 die mechanischen Aeusserungen der Muskelthätigkeit als Energie des Muskels bezeichnet. Im modernen umfassenden Sinne des Gesetzes von der Erhaltung der Energie wurde dieses Wort zuerst 1852 von THOMSON gebraucht und von RANKINE 1853 die Bezeichnung potentielle und actuelle Energie eingeführt. Gerade deshalb ist es so interessant, dass JOHANNES MÜLLER zum ersten Mal und lange vorher das Wort Energie in einem Sinne verwendete, der dem jetzigen der potentiellen Energie gleich ist und damit zugleich zeigt, dass die Grundvorstellungen der Energetik auch in der Psychologie Geltung gewinnen müssen. SPINOZA, besonders die schottische Schule durch LOCKE und HUME, und von den deutschen Philosophen der der letzteren nach Abstammung und Auffassung nächst verwandte Kant und von Physiologen besonders HALLER und REIL haben schon vor MÜLLER ermittelt, dass wir das eigentliche Wesen der Substanz, das «Ding an sich» nicht zu erkennen vermögen. Unser Erkennen ist bedingt durch die besondere Organisation unseres Centralnervenapparates und der Sinneswerkzeuge. Wir vermögen nur die Erscheinungen zu begreifen, welche uns die persönliche und Stammeserfahrung von der Aussenwelt übermittelt. In anderen Worten unsere Erkenntniss bleibt stets subjectiver Natur. Wenn wir nun mit HELMHOLTZ den grundsätzlichen Unterschied der verschiedenen Sinne, also z. B. den Unterschied zwischen Sehen und Hören, als Modus der Empfindung, den Unterschied zwischen Empfindungen, die demselben Sinne angehören, z. B. zwischen verschiedenen Farbenempfindungen, als Unterschied der Qualität bezeichnen, so hat MÜLLER ermittelt, dass der Modus der Empfindung nur abhängig ist von der Verschiedenheit der Sinnesorgane, während innerhalb des Qualitätenkreises jedes einzelnen Sinnes nach HELMHOLTZ «die Art des einwirkenden Objectes die Qualität der erzeugten Empfindung wenigstens mitbestimmt.» Von Philosophen hat sich SCHOPENHAUER diesen Ermittelungen am meisten genähert, ohne aber auch nur annähernd die Schärfe von MÜLLER zu erreichen. Diese «specifische» Energie der Sinne ist hiernach ein «Urphänomen der inneren Anschauung», wie FICK es ausdrückt, oder die prima res, die Ur-Sache der verschiedenen Arten des Empfindens liegt nur in den inneren Einrichtungen.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Studien zur Cholerafrage.

Aus dem Institute für experimentelle Pathologie in Wien.

Herausgegeben von **S. Stricker**.

Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Nicht geringes Interesse erregten seinerzeit die Versuche, die PETTENKOFER und EMMERICH mit den Kommabacillen an sich selbst anstellten. Aus diesen zwei Fällen liess sich aber in Bezug auf die ätiologische Bedeutung der Kommabacillen in keiner Richtung hin etwas Positives aussagen. Nur an der Hand einer grösseren Reihe von Versuchen, die an verschiedenen Individuen anzustellen wären, könnte die Frage, ob die bis jetzt als unerschüttert gegoltene Lehre KOCH's thatsächlich zu Recht bestehen kann, mit besserem Erfolge diskutirt werden — eine Aufgabe, deren enorme Bedeutung wohl Jedermann zur Genüge einleuchten muss.

Ohne jede Voreingenommenheit, geradezu von der Annahme ausgehend, dass «die Behauptungen KOCH's und seiner Schule unwandelbar feststehen» (HASTERLIK p. 8) veranlasste nun STRICKER in seinem Institute eine Reihe von Versuchen an Menschen mit den Kommabacillen. Der Bericht über die Letzteren liegt nun in einer separaten Publikation vor, die einige Aufsätze von STRICKER sowie die Protokolle der Versuche von P. HASTERLIK enthält.

Im «Vorworte», welches eine moralische Rechtfertigung der vorgenommenen Versuche enthält, weist STRICKER darauf hin, dass der Ausspruch LÖFFLER's nach dem Bekanntwerden der Versuche von PETTENKOFER und EMMERICH: «Hätte eine grössere Zahl beliebiger Personen den gleichen Versuch gemacht, so würden voraussichtlich auch einige Erkrankungen mit schweren Erscheinungen und tödtlichem Ausgang zur Beobachtung gelangt sein,» in dem wissenschaftlichen Thatbestande nicht begründet sei, nachdem an 6 Individuen 8 Versuche ausgeführt worden sind, ohne dass Cholera, geschweige denn ein letaler Ausgang vorgekommen wäre.

Auf die Umstände zurückkommend, die KOCH zu der Entdeckung der Kommabacillen führten und ihn dieselben als die causa efficiens der Cholera hinzustellen veranlassten, hebt STRICKER einige von KLEIN und GIBBES herrührende Angaben hervor, die, wie es scheint, bis jetzt gar nicht beachtet wurden; die aber

die KOCH'sche Lehre in ein minder günstiges Licht zu stellen geeignet sind.

In einem Tank (in Calcutta), in dessen Nähe die Cholera ausgebrochen war, fand KOCH Kommabacillen. KLEIN und GIBBES hatten ebenfalls Gelegenheit das Wasser dieses Tanks zu untersuchen. Gegen Ende der ersten Novemberwoche ereignete sich in der Umgebung dieses Tanks ein Cholerafall. Am 26. November wurde das Wasser dieses Tanks neuerdings untersucht und darin Kommabacillen gefunden. Trotzdem, dass die Anwohner von diesem Wasser den ausgiebigsten Gebrauch machten, kam kein Cholerafall mehr vor. Das Vorkommen der Kommabacillen in diesem Wasser erklärten KLEIN und GIBBES dadurch, dass die bacillenhaltigen Dejekte der Cholerakranken in das Wasser entleert wurden.

«Hiemit», sagt STRICKER, «ist das erste Beispiel dafür gegeben, dass Kommabacillen von Menschen genossen werden können, ohne jene Folgen zu äussern, die nach den Vermuthungen KOCH's erwartet werden dürften.»

Dieses sozusagen natürliche Experiment muss bei der Beurtheilung der ätiologischen Bedeutung der Kommabacillen besonders schwer in die Wagschale fallen!

Ausserdem wird ja mit den Kommabacillen so viel in den Laboratorien gearbeitet, und doch ist bis jetzt kein Krankheits- und kein Todesfall vorgekommen.

* * *

Die Resultate der 8 Versuche, die an 6 Individuen angestellt worden sind, gestalten sich folgendermassen:

In vier Fällen (Versuch 1, 2, 3 und 7) in denen Kommabacillen ohne Neutralisirung des Magens eingenommen wurden, zeigten sich gar keine krankhaften Erscheinungen und in den Stühlen liessen sich die Kommabacillen nicht nachweisen.

In einem weiteren Falle (Versuch 4), in welchem Neigung zu Diarrhoen bestanden hat, wurden Kommabacillen ebenfalls ohne Neutralisirung des Magens, eingenommen.

Einen Tag nach der Einnahme stellten sich unter Temperatursteigerung Ructus, Kollern im Leibe, Flatus mit unwillkürlichen Stuhlentleerungen, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Kopfschmerzen ein. Am nächsten Tage sinkt allmälig die Temperatur, Kollern geringer, selten Ructus, aber noch häufige Stuhlentleerungen mit Stuhldrang. Allmählig tritt ein relatives Wohlbefinden ein. In den nächsten vier Tagen noch flüssige Stühle, sonst Wohlbefinden.

In den Stühlen wurden Kommabacillen nachgewiesen.

Im fünften Versuche wurden Kommabacillen nach vorheriger Neutralisirung des Magens eingenommen.

Das Befinden und die Defäcation war vollständig normal. Im Stuhle, welcher 28 Stunden nach der Einnahme abgesetzt wurde, liessen sich Kommabacillen nachweisen.

Im sechsten Versuche handelte es sich um eine Person von kräftiger Konstitution, die seit 2 Wochen weiche Stühle hatte. 3 Tage hindurch nach der Einnahme — theils feste, theils flüssige Stühle. Sonst Wohlbefinden. Am 5. Tage einige flüssige Stühle, am 6. Tage drei braune flüssige Stühle, die mit geformten Massen gemischt waren.

Aus dem Stuhle, der 28 Stunden nach der Einnahme erfolgte, konnten Kommabacillen nachgewiesen werden, ebenso in den Stühlen von den vier folgenden Tagen.

Am complicirtesten gestaltete sich der achte Versuch. Unter Temperatursteigerung traten hier heftige Erscheinungen seitens des Magens und des Darmkanals auf. Starker Brechreiz, flüssige, zum Theil unwillkürliche Stuhlabgänge, Mattigkeit, Kopfschmerzen. Die Stühle enthielten Kommabacillen nahezu in Reinkultur. Am dritten Tage trat Wohlbefinden ein, obwohl diarrhoische Stühle noch einige Tage hindurch bestanden haben.

Liest man genau die Krankengeschichten der Versuchspersonen durch, so wird man vergebens nach einem Symptome suchen, welches die Diagnose Cholera ermöglichte.

DRASCHE, einer der trefflichsten Kenner des Cholerabildes, der als Consiliarius bei den Versuchen fungirte, konnte in keinem Falle, also auch nicht im 4. und 8., Cholera diagnosticiren.

* * *

Es folgen dann in der vorliegenden Publikation zwei Aufsätze von STRICKER, die unsere vollste Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen: der eine wegen der ganz neuen naturhistorischen Daten, die darin enthalten sind, der zweite wegen der Ausführungen, die die Frage betreffen, ob die vorgenommenen Versuche einen klinisch ausgesprochenen Cholerafall ergeben haben.

In dem ersten Aufsatze «Colonien und Spaltpilze», sucht STRICKER mit grossem Geschick den Nachweis zu liefern, dass die Spaltpilzcolonien Organismen darstellen, dass sie nicht als Aggregate von Spaltpilzen, sondern als lebende Leiber, als Individuen, von derselben Dignität, wie die Gestalt eines Thieres oder einer Pflanze, aufzufassen sind.

Zu Gunsten dieser Ansicht sprechen;

1. Die sichtbaren inneren Bewegungen, die STRICKER direkt in den Kolonien beobachtet hat.
2. Die Analogie ihrer Structur mit jener der grobgranulirten Blutkörperchen.
3. Das selbstständige Wachsthum und
4. Der Wechsel der Structur in den verschiedenen Entwicklungsphasen.

Die zum Vergleiche beigegebenen, in gelungenster Weise ausgeführten Photogramme von einem weissem Blutkörperchen und von einer Kommabacillenkolonie zeigen in der That eine derart frappante Aehnlichkeit, dass es sich verlohnen würde, in der von STRICKER angebahnten Richtung weiter zu forschen. Vielleicht gelingt es dann für die Systematik der Mikroorganismen neue morphologische Anhaltspunkte zu gewinnen.

* * *

Im zweiten Aufsatze «Zur Diagnose der Cholera» versucht STRICKER festzustellen, ob die zwei schweren Fälle (Versuch 4 und 8) der Cholera asiatica entsprochen haben. Zu diesem Zwecke wirft STRICKER zunächst die Frage auf, welchen Werth die bakteriologische Untersuchung der Dejekte für die ausgeführten Versuche (nicht überhaupt!) hat, mit anderen Worten, lässt sich der bakteriologische Befund in den experimentell erzeugten, aber klinisch nicht als Cholera asiatica diagnosticirbaren Fällen für die Diagnose verwerthen?

Mit scharfer Argumentation weist STRICKER nach, dass die Anwesenheit der Kommabacillen in den Dejekten der Versuchspersonen noch keinen Behelf für die Diagnose Cholera abgeben kann. Ebenso verhält es sich mit den Diarrhöen.

Um die Hauptfrage zu beantworten, d. h. ob die Fälle 4 u. 8 der Cholera entsprochen haben, analysirt STRICKER die Symptomengruppe, die die letztere darbietet.

Vom typischen Gesichtsausdrucke der Cholerakranken war in diesen Fällen nichts wahrzunehmen.

Der Blutleere der Haut, auf die STRICKER ein besonderes Gewicht legt, werden einige theoretische Betrachtungen gewidmet, die in Folgendem bestehen:

Zwischen den Blutgefässen der Haut und den Blutgefässen der Baucheingeweide besteht ein Antagonismus. Wenn sich die Blutgefässe der Baucheingeweide verengen, so werden die Blutgefässe der Haut erweitert. Umgekehrt wird die Haut blass und blutleer, wenn sich die Blutgefässe der Baucheingeweide stärker füllen. Mit anderen Worten: 1. Wenn das Blut aus den Baucheingeweiden getrieben wird, strömt es in reicherem Masse der Haut zu (Fieber), 2. wenn das Blut in die Baucheingeweide stürzt, wird die Haut anämisch (Collaps).

Die Cholera entspricht, was die Blutvertheilung betrifft, dem zweiten Zustande.

Die Fälle 4 und 8 sind aber mit Fieber verlaufen, die Haut war hier geröthet und wärmer als in der Norm, Erscheinungen die entschieden gegen Cholera sprechen. Das Ueberwiegen der Dickdarmaffektion, ferner die verfärbten Stühle entsprechen ebenfalls nicht dem Cholerabilde.



«Zum Schlusse, sagt STRICKER, will ich es nicht unterlassen, nachdrücklich zu betonen, dass die Kommabacillen sich thatsächlich als pathogene Organismen erwiesen. Indem sich aber diese Kommabacillen während einer Choleraepidemie reichlich vermehren und daher in mannigfacher Weise der menschlichen Nahrung beigestellt werden können, so ist Gelegenheit gegeben, Diarrhöen und fieberhaft verlaufende Gastrointestinalkrankheit auszulösen.»

«Diese Annahme lässt aber selbstverständlich die Möglichkeit offen, dass dieselben Organismen unter gewissen Lebensverhältnissen zu Choleraerregern werden.» *Rdt*

Kosmetik für Aerzte.

Dargestellt von **Dr. Heinrich Paschkis,**
Docent an der Universität Wien.
Zweite vermehrte Auflage.
Verlag von Alfred Hölder. Wien 1893.

Dieses ausgezeichnete Werk, das wir bereits vor Jahren anlässlich seines ersten Erscheinens dem medizinischen Publicum aufs Wärmste empfohlen haben, liegt nun in zweiter Auflage vor. Es verdient seinen Erfolg vollkommen, und derselbe ist noch höher anzuschlagen, wenn man bedenkt, dass der Stoff, den der Autor behandelt, bisher kaum als gleichberechtigt mit verschiedenen anderen Disciplinen der Heilkunde gegolten hat.

Und doch, man kann es ruhig aussprechen, verdient die Kosmetik eine vornehme Stellung unter den übrigen therapeutischen Disciplinen.

Auch Schönheit ist Gesundheit, — das ist vielleicht die einfachste Wahrheit, die uns die Antike hinterlassen hat.

Und nun sehe man einmal, wie leichtsinnig die Leute, und manchmal selbst sehr eitle, im Allgemeinen mit ihrem Aeussern wirthschaften; und man überlege, wie viel nicht nur der Specialarzt, sondern gerade der praktische Arzt, der Hausarzt zu leisten im im Stande sein wird, wenn sich die Ueberzeugung weiterverbreitet, dass auch Fehler der Schönheit Fehler der Gesundheit sind, und dass auch hier, wie in lebenswichtigeren Fällen Prophylaxe und Therapie ihr weites Gebiet finden können.

Und dieses Gebiet wird von PASCHKIS ebenso eingehend als anregend durchgesprochen, und Seite für Seite findet der Leser Ansichten oder Rathschläge, die von allergrösster praktischer Bedeutung sind.

Das Buch von PASCHKIS gehört in jede medizinische Bibliothek, welche auf Vollständigkeit Anspruch macht. In der vorliegenden zweiten Auflage findet sich ein neues interessantes Capitel, das sich mit der Schönheit der Formen beschäftigt.

Die Ausstattung ist die bekannt vornehme des HÖLDER'schen Verlages. *A. S.*

Zeitungsschau.

L. Lewin und H. Goldschmidt: Experimentelle Studien über die Beziehungen zwischen Blase und Harnleiter. — (Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 32, 1893.)

Durch die Erfindung der Kystoskopie ist es heutzutage möglich die Mündung des Ureters zu beobachten und daraus auf die Arbeit desselben Schlüsse zu ziehen.

Normaler Weise zeigt sich, dass die leicht aufgeworfenen Lippen der Harnleitermündung in bestimmten Perioden wulsten und darauf in leichtem Wirbel eine geringe Menge eben secernirten Harnes in die Blase sprudelt. Doch sind die Funktionen des Harnleiters mannigfaltigen Bedingungen und grossen Veränderungen unterworfen.

Die Verfasser suchten vor Allem die Frage, ob ein Rückstrom aus der Blase in den Harnleiter möglich ist und unter welchen Bedingungen er stattfindet, experimentell zu beantworten.

Die anatomischen Verhältnisse scheinen diesen Rückfluss zu erschweren. Die fest geschlossenen Lippen der Mündung, die sich nur periodisch zur Ausstossung des eben secernirten Harnes öffnen, der schwache Verlauf des Endtheils zwischen den Schichten der Blasenwand und endlich die Engigkeit des ganzen Harnleiters, der in der Ruhe einen Strang mit geschlossener Lichtung darstellt.

Verfasser benützten zu ihren Versuchen männliche Kaninchen, die im Kleinen so ziemlich den menschlichen ähnliche Verhältnisse darbieten.

Sie fassen die Ergebnisse dieser Versuche dahin zusammen, dass sowohl bei der Injektion (von Farbstofflösungen oder Milch) in die Blase als bei künstlicher Urinretention (durch Ligatur der Urethra) «spontan und akut eine rückläufige Bewegung des Blaseninhaltes zu Stande kommen kann; stets hat man es dabei mit einer aktiven, kontraktionsfähigen Blase zu thun, deren Muskulatur nicht überdehnt ist, die demzufolge nicht gross zu sein braucht.»

Die Folgen des Eindringens von Flüssigkeit in den Harnleiter waren entweder krampfhafte Bewegungen desselben mit hin- und herschwanken der Flüssigkeitssäule oder dauernde Aufblähung in Folge von Verlust der Kontraktionskraft, Lähmung des Ureters.

Zur Erklärung dieser Rückstauung des Harnes in den Ureter muss man annehmen, dass die Uretermündung sich unter bestimmten, noch nicht näher gekannten Umständen primär öffnet, (da oft die stärkste Ausdehnung der Blase durch Injektion nicht im Stande ist diese Eröffnung zu bewirken) und dass dann theils in Folge der Luftleere des Harnleiters Flüssigkeit aus der Blase hinaufgesaugt wird.

Wenn man diese Beobachtungen auf die Verhältnisse beim Menschen überträgt, so zeigt sich, dass zahlreiche Abflusshindernisse (Stricturen, prostatische Hemmungen, dann akut entstehende Schwellungen namentlich der hinteren Harnröhre, aber auch spastische Zustände, die w. z. B. bei Einführung von Instrumenten, nur momentan wirken) Harnretention und damit Rückstauung bewirken können.

Die Folgen der Rückstauung sind, wie früher erwähnt, krampfhafte Kontraktionen des Ureters, die als Koliken empfunden werden oder bei längerer Dauer der Retention Schwächung der motorischen Funktion und Dilatation des Harnleiters und Nierenbeckens — hydronephrotische Zustände.

Dringen mit dem rückgestauten Harn auch Entzündungserreger ein, so wird Pyelitis und bei instrumenteller Behandlung das sogenannte Katheterfieber entstehen können.

Darum werden wir uns eifrigst bemühen bei jeder Harnretention rasch das Abflusshinderniss zu beseitigen: bei andauernden Nierenkoliken wird unter Umständen die Indikation zur Eröffnung des Nierenbeckens gegeben sein. *B. S.*

Dr. v. Wartraszewski: Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritis. (Monatshefte für Praktische Dermatologie Bd. XVII., Nr. 4, 1893.)

Die Behandlung chronischer Urethritis beginnt man mit Injectionen einer Argentum nitricum-Lösung (0·01 bis 0·02:120·0 2 Mal tägl.), bis die Secretion des vorderen Urethralabschnittes beseitigt oder wenigstens erheblich vermindert ist. Sodann wird bei Betheiligung der Blase diese täglich mittelst weichen Katheters zuerst mittelst lauwarmem (35° C.) destillirten Wasser gereinigt und dann 200—300 *gr* der genannten Lösung in dieselbe injicirt und später vom Patienten spontan entleert. Die anfänglich sich zuweilen einstellende Blasenreizung hört nach einigen Sitzungen auf. Gleichzeitig gibt man innerlich Ol. Terebinth. rectificat., 3 Mal täglich 10 Tropfen, in Milch nach dem Essen. Ist die Blase gesund, dann benutzt Verfasser einen weichen Katheter, in dem das eine Fenster durch eine Reihe kleiner, nebeneinanderstehender Seitenöffnungen ca. 1 *cm* von der Spitze ersetzt ist.

Der Katheter steht mit einer Spritze (100—150 *gr* haltend) in Verbindung. Nach Austreibung der Luft wird der Katheter eingeführt und dann die Spritze langsam entleert. Der Katheter muss so tief eingeführt sein, dass die Flüssigkeit neben ihm abfliesst. Um die hinteren Abschnitte zu treffen, wird die Glans eine Zeit lang komprimirt. Die in die Blase getriebene Flüssigkeit entleert der Patient auf natürlichem Wege. Akute Blasen-, resp. Nebenhodenreizung kommt nur ausnahmsweise vor. Der Katheter darf nicht zu dick sein (15 CHARRIÈRE). Nach 2—3 Wochen täglich wieder-

holter Injectionen sistirt meistens der Ausfluss. Stärkerer Harndrang kommt vor, ist aber nicht von Bedeutung. Als Lösung verwendbar ist vornehmlich auch hier das Agentum nitricum (6 Tropfen einer 10%igen Lösung auf 300·0 Wasser, steigend bis zu 10—15—20 (!) Tropfen). — Wo dieses nicht vertragen wird, sind Tanninlösung (15—20 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300·0 Wasser), Zinc. sulfur. (10 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300·0 Wasser; allmählich steigen), Acid. carbol. (10 Tropfen der konzentrirten Lösung auf 300·0 Wasser), Kalium permanganicum (10—15 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300·0 Wasser) zu verwenden. — Dieses Verfahren lässt nur sehr selten im Stich. Zuweilen stellt sich eine Hypersekretion der Urethra ein, die an dem spärlichen, durchsichtigen, spezifisch leichten Sekret zu erkennen ist und unter exspektativer Behandlung schwindet; kalte Bäder und Abreibungen befördern das Schwinden.

L. Vaillard: Ueber den Einfluss der Körpersäfte von gegen Tetanus immunisirten Bacillen auf den Tetanusbacillus. (Centralblatt für Klinische Medizin Nr. 34, 1893).

Verfasser gelangt auf Grund einer Reihe von Experimenten zu nachfolgenden Schlussätzen:

1. Das Serum eines tetanusimmunisirten Thieres bildet ein Nährsubstrat, auf dem die Kulturen des Tetanusbacillus eine hohe Virulenz erreichen.

2. Die Säfte des lebenden Thieres beeinflussen das Wachsthum und die pathogenen Eigenschaften der Bacillen in keiner Weise.

3. Die Säfte eines tetanusimmunisirten Thieres haben weder eine tödtende noch eine die Virulenz abschwächende Eigenschaft auf die Tetanuserreger.

Dr. F. Blum, (Frankfurt a. M.): Der Formaldehyd als Antisepticum. (Separatabdruck aus der Münchener Med. Wochenschrift Nr. 32, 1893.)

Verfasser folgert aus seinen Versuchen, dass der Formaldehyd selbst in starken Concentrationen nur langsam die Lebensfähigkeit der Mikroorganismen aufhebt, dass aber schon ganz schwache Lösungen genügen, um die Fäulniss und Fortentwicklung von Pilzen zu verhindern unter allmählicher Abtödtung der Bacterien.

Als Nutzanwendung kann man aus diesen bacteriologisch Untersuchungen folgern, dass der Formaldehyd für die operative Chirurgie nicht verwendbar ist, sich sehr wohl aber zu Dauereinwirkung und Conservirungszwecken eignen kann.

Voraussetzung für eine derartige Anwendung ist eine relative Ungiftigkeit der Substanz. Bei subcutaner Injektion von Formaldehyd liegt nach ARONSON die tödtliche Dosis derjenigen von Carbolsäure nahe (0·24 *gr* Formaldehyd pro *kg*). Per os eingegeben vertragen Kaninchen eine weit grössere Dosis, als von Carbolsäure: Einem ca. 1½ *kg* schweren Kaninchen wurden zunächst 0·6 *gr* und einige Tage darauf 1·2 *gr* Formaldehyd (enthaltend 0·48 *gr* HCHO), in 20 *ccm* Wasser mittelst Sonde in den Magen gegossen. Beide Male frass das Thier einen Tag lang nicht, dann aber verhielt es sich wie vor der Eingabe. Von 2 noch nicht 1 *kg* schweren ganz jungen Kaninchen erhielt das eine 0·5 *gr* und einige Stunden darauf 0·3 *gr* Formaldehyd in Wasser innerlich; das andere erhielt in einer Dosis 1·0 *gr*. Das erste Thier frass einen Tag lang nicht; das zweite ging nach einigen Stunden zu Grunde. Die Section ergab keinerlei besondere Veränderungen. Ein grosser Stallhase erhielt auf einmal 1·5 *gr* Formaldehyd (enthaltend 0·6 HCHO) in 20 *gr* Wasser. Das Thier überstand diesen Eingriff und frass nach 2 Tagen wieder ein Futter.

Die Vergiftungserscheinungen bei innerlicher Darreichung waren lange nicht so stürmische, wie bei subcutaner Application oder wie sie bei Verfütterung von Carbolsäure beobachtet werden konnten: Unsicherheit des Ganges und langsam eintretende Paresen der hinteren Extremitäten blieben neben der Aufhebung der Fresslust die einzigen vorübergehenden Krankheitssymptome.

In den Urin und also wohl auch in den Blutstrom tritt unverändertes Formaldehyd nicht über.

Dr. Carl Dapper: Ueber den Stoffwechsel bei Entfettungscuren. (Zeitschrift für klinische Medizin, 1893.)

Der Verfasser hat unter der Leitung von v. NOORDEN an sich selbst exacte Untersuchungen angestellt, bei denen es gelang bei Schonung des Eiweissbestandes Fettabnahme zu erzielen. Da in drei Versuchsreihen die Resultate bei ein und derselben Versuchsperson sehr variirten und nicht den theoretischen Erwägungen entsprachen, hält Verfasser es für nothwendig, um bei Entfettungscuren vor Eiweissverlusten sicher zu sein, von Zeit zu Zeit Nahrungsausfuhr und Nahrungsaufnahme zu vergleichen.

Das beste Resultat erhielt er, als er bei 98·5 *kg* Körpergewicht eine Nahrung vom Brennwerth von 1600—1900 Calorien einführte, die bestand aus: Eiweiss 150—180 *gr*, Kohlehydrat 70—80 *gr*, Fett 70—80 *gr*, Alkohol 20—50 *gr*, Flüssigkeit 1400 *ccm*. Nach 12tägiger Versuchsdauer resultirte eine Abnahme des Körpergewichtes um 4·3 *kg*, bei einem Eiweissansatz entsprechend 10·19 *gr* N. *R. K.*

Dr. N. William: Versuche über die Verbreitung der Cholerabacillen durch Luftströme. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XV. 1.)

Verfasser hat in FLÜGGE's Laboratorium Versuche gemacht, um die Möglichkeit der Verbreitung der Cholera durch die Luft resp. den Staub zu studiren. Obwohl Verfasser alle für die Uebertragung der Cholerabacillen durch Luftströme möglicherweise günstigen Bedingungen berücksichtigt hat, gelang ihm doch niemals eine auf die praktischen Verhältnisse übertragbare Luftinfection. Schon durch die einfache Vermischung mit trockenem Staube gingen die Cholerakeime in wenigen Stunden zu Grunde, noch schneller, wenn ein Luftstrom durch den Staub geleitet wurde. Wurde mit Choleracultur getränkter Staub in einem grösseren Luftraum vertheilt, so gelang es nicht lebensfähige Keime aus demselben aufzusaugen. Eine Fortführung lebender Cholerakeime aus einem mit Cholerastaub erfüllten Raume entgegen ihrer Schwere ist Verfasser in keinem Falle geglückt. Nur indem Verfasser mit Cholerabacillen imprägnirten Staub in ein geeignetes Nährsubstrat hineinfallen liess, konnte er einen ganz verschwindenden Bruchtheil der Bacillen lebend erhalten. Die Cholerabacillen sind also nicht im Stande, an in der Luft schwebenden und von der Luft fortbewegten Staubpartikelchen haftend sich eine messbare Zeit auf erheblichen Entfernungen hin lebend zu erhalten. *J. S.*

Bulkley: Tonsillenschanker. (The Times and Register.)

BULKLEY macht auf die Häufigkeit des Schankers an den Tonsillen aufmerksam. In den Krypten haben die Infektionsstoffe Gelegenheit zur Ansiedelung und Vermehrung. Die Charaktere des Primäraffektes sind an der Tonsille dieselben wie an anderen Orten. Besonders die Härte ist charakteristisch. Meist war der Tonsillenschanker durch Tabakpfeifen oder Küsse acquirirt. *F.*

Phediuretin. (American Therapist.)

Phediuretin ist ein neu dargestelltes Phenolderivat. Es bildet feine, weisse, geschmacklose Krystalle, die sich leicht in heissem, schwer in kaltem Wasser lösen. Im Magen wird die Substanz schnell aufgelöst, wie der rasche Uebergang in das Blut beweist. Phediuretin wirkt diuretisch und ist ausserdem ein ausgezeichnetes Mittel gegen Migräne. Die Dosis beträgt zweimal täglich 5—15 *cgr*. Vortheilhaft ist die Darreichung in Kapseln. *F.*

Hadard Morton: Der Einfluss der Sexual-Organe auf Reflex-Neurosen des Auges. — (Medical News LXIII, 8 vom 19. August 1893.)

Ein 32jähriger mit Hypermetropie behafteten Mann, hatte seit Kindheit an schweren asthenopischen Erscheinungen gelitten, die bei Gebrauch von corrigirenden Gläsern nur zum Theile schwanden. Er konnte nicht länger als 2 Minuten lesen, ja das blosse Tageslicht that seinem Auge wehe und verursachte reichliche Secretion von Thränen. Als er sich eine Parophimose, an der er gleichzeitig laborirte, operiren liess, besserten sich seine Augen merklich und nach später ausgeführter Circumcision verschwanden seine Beschwerden vollständig, er war geheilt und arbeitsfähig.

Ein zweiter Fall betrifft einen Knaben, der von einem qualvollen Doppeltsehen gepeinigt wurde. Gläser, Prismen hatten nichts gefruchtet und man war eben entschlossen, an dem Kinde die Tenotomie auszuführen, als man entdeckte, dass es an einer partiellen Anheftung der Vorhaut an die Eichel, dadurch bedingte Retention zersetzten Smegmins und krankhafter Empfindlichkeit des Gliedes litt. Durch einen kleinen Eingriff wurde dieses Uebel behoben und unter einem das Kind von Diplopie radical geheilt.

Zwei andere Beobachtungen betreffen Masturbanten, die an schweren Reizerscheinungen von Seiten ihrer Augen zu leiden hatten; beide wurden nach Einstellung ihrer perversen Geschlechtsbefriedigung geheilt und bei dem einen konnte man sogar eine deutliche Abblassung des früher hyperämisch gewesenen Fundus konstatiren.

Die Betrachtung dieser Fälle führt den Autor zu dem Schlusse, dass patholgische Zustände in den Genitalien auf dem Wege der Reflexcentren im Nervensystem verschiedene Neurosen des Auges hervorufen können; da diese bei richtiger Stellung der Diagnose heilbar sind, so empfiehlt Verfasser dieses Kapitel einer eingehenden Würdigung von Seiten der Praktiker. *A. P.*

O. H. Reynolds: Ist die Excision der Sklerose ein zu rechtfertigender Eingriff? (The Amerikan Practitioner and News XVI, 198, vom 29. Juli 1893)

20 Jahre sind vergangen seit SIEGMUND zeigte, dass die rechtzeitig geübte Cauterisation eines Initial-Affektes oft im Stande ist, den Ausbruch der Syphilis zu verhüten; 10 Jahre seit AUSPITZ seine Lehre von der Excisio der Sklerose vorgebracht hat. In Deutschland hat die letzterwähnte Methode rasch Eingang gefunden, während sich die grosse Mehrzahl der französischen Fachmänner ablehnend verhielt und die Angelegenheit recht skeptisch betrachtete.

Auffallend ist es, dass man einer so eminent praktischen Frage relativ so wenig Aufmerksamkeit geschenkt hat, ja selbst Diejenigen, welche die Operation gerne ausführen, sind sich nicht darüber, einig wann der Eingriff gemacht werden soll und unter welchen Umständen er vergeblich ist.

Würden die Pathologen die Frage der endgiltig lösen, ob die Sklerose als eine locale Affection oder bereits als Produkt der Syphilis zu deuten ist, dann wäre auch kein Zweifel mehr darüber ob die Excision des harten Schankers eine Berechtigung hat, den nur im ersteren Falle könnte sie mit Erfolg ausgeführt werden.

Da die Operation leicht und gefahrlos ist und zum mindesten einen mächtigen moralischen und psychischen Einfluss auf den Kranken übt, empfiehlt Verfasser deren Ausführung auf das wärmste, jedoch nur zur einer Zeit, wo die Leistendrüsen noch nicht geschwellt sind. *A. P.*

Dario Baldi: Ueber die Wirkung des Arsenik auf den experimentellen Diabetes. (Archivio di farmacologia e terapeutica 1893 Nr. 15 u. 16).

Auf Grund einer Reihe von experimentellen Untersuchungen, bei welchen, nach Ablation des Pancreas beim Hunde, die Wirkung des Arsenik auf den so diabetisch gemachten Organismus studirt wurde, gelangt Professor BALDI zu folgenden Conclusionen: Der Harn der Versuchsthiere enthält kein Aceton. Das Auftreten desselben bei Diabetikern ist sehr unregelmässig, und kann dessen Ursprung nicht aus den bei dem Stoffwechsel nothwendigen biochemischen Vorgängen hergeleitet werden. Das Arsenik hat gar keinen Einfluss auf dessen Bildung oder auf dessen Ausscheidung. Das Arsenik vermindert auch nicht immer die Zuckermenge bei Hunden, denen das Pancreas abgetragen wurde; und wenn eine solche Verminderung stattfindet, so sei selbe auf eine indirecte Wirkung zurückzuführen. Das Vermögen das Zuckermolecül im Organismus zu spalten, komme dem Arsenik nicht zu. *A. D.*

Bonardi: Ueber einen Fall von Akromegalie mit Autopsie (Arch. Ital. di Clin. Med. 1893.)

Verfasser berichtet über einen Fall von Akromegalie, der im Krankenhause zu Lucca bei einem 74jährigen Manne zur Beobachtung kam. Nachdem Verfasser den klinischen Verlauf und den mikrokopischen Befund geschildert, stellt er einige Betrachtungen über den Fall an. Aus der Anamnese ist zu entnehmen, dass väterlicherseits Erblichkeitsmomente bestanden, und dass die Krankheit in frühester Jugend begann und seither langsam aber progressiv sich fort entwickelte.

Betreffs des status präsens hebt Verfasser hervor, wie einzelne Symptome wirklich exceptionell seien und gibt als Stütze hiefür mehrere Maasse an. Verfasser hebt dann insbesondere folgende Symptome hervor: Kyphose des Rückens, gedämpfter Schall am Manubrium sterni, Alteration der Psyche, verbrecherische Anlage, Irritabilität des Charakters.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung des Falles ergab folgendes: diffuse Endarteriitis, Atrophie und Sclerose der gl. thyroïdea.

Nach absoluter Ausschliessung anderer Krankheitsformen führt BONARDI die Berührungspunkte, die sein Fall mit der osteoarthropathia hypertrophicans pneumica besitzt. Er findet als gemeinsame Zeichen folgende: 1) die ausschliesslich dorsale Kyphose. 2) das beträchtliche Volumen des Radio-Carpalgelenkes und des Tibio-Tarsalgelenkes. 3) die retrosternale Dämpfung.

Die übrigen subjectiven und objectiven Symptome sind jedoch so zahlreich und so charakteristisch für Akromegalie, dass diese Diagnose vollauf gerechtfertigt erscheint. *A D.*

Lucatello (Mailand): Ueber die dem Kommabacillus ähnlichen Vibrionen. (Gazzetta degli Ospitali, 14. Sept. 1893).

Bekanntlich hat DUMBAR in Hamburg (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1893, Nr. 3) nach wiederholten bakterioskopischen Untersuchungen des Elbewassers in demselben am 19. Juli d. J. ein Vibrio gefunden, das eine grosse Aehnlichkeit mit dem KOCHschen Kommabacillus zeigte. Durch Züchtungs- und Thierversuche konnte man wesentliche Unterschiede in dem Verhalten beider Vibrionen nicht herausfinden. Trotzdem stellt DUMBAR auf Grund genauerer Untersuchungen die Behauptung auf, dass die von ihm im Elbewasser konstatirten Bacterien von jenen KOCH's, die man aus den Dejecten von Cholerakranken zu isoliren pflegt, verschieden sind.

LUCATELLO bemerkt hiezu, dass es nicht das erste Mal sei, dass im Flusswasser Bacillen gefunden werden, die dem KOCH'schen Kommabacillus gleichen. Er weist diesbezüglich darauf hin, was HERCOURT im Jahre 1884 in Bezug auf das Seinewasser behauptet und was LEONE und OLIVIERI hinsichtlich der Gewässer von Palermo geschrieben haben.

Verfasser selbst hatte vor 8 Jahren Gelegenheit, aus einem Trinkwasser nicht nur einen dem Kommabacillus ähnlichen Mikroorganismus zu isoliren, sondern auch, gestützt auf die damaligen Kenntnisse, die culturellen Eigenschaften desselben zu studiren («Italia Medica» Heft XI—XII, 1885). Und die bakterioskopischen Untersuchungen zeigten, wie gerade heute diejenigen DUMBAR's zeigen, dass zuweilen im Wasser ein dem cholerigenen Vibrio ähnlicher Bacillus vorhanden ist, ohne jedoch mit ersterem identisch zu sein. *A. D.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Dr. Igo Schwarz in Wien ist zum Primararzt und Director des kgl. Allgem. Krankenhauses in Esseg ernannt worden.

— Krakau. Der ausserordentliche Professor Dr. Ladislaus Anton Gluzinski ist zum ordentlichen Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie an der Universität in Krakau ernannt worden.

— Strassburg. Dr. Felix Klemperer hat sich als Privatdocent für interne Medizin und Laryngologie habilitirt.

— Amsterdam. Dr. H. Burger hat sich als Privatdocent für Laryngologie und Rhinologie habilitirt.

* 65. Deutsche Naturforscher-Versammlung in Nürnberg. Wie wir bereits berichtet, wurde als nächster Versammlungsort Wien gewählt. Als Geschäftsführer wurden die Professoren Kerner und Exner bestimmt. Das Vermögen der Gesellschaft beläuft sich jetzt auf fast 49.000 Mark. Bei den Neuwahlen in den Vorstand wurde an Stelle Virchow's (der statutenmässig ausscheiden musste) Jolly (Berlin), an Stelle des verstorbenen Prof. Siemens, Prof. v. Lang (Wien) gewählt. Erster Vorsitzender wird im nächsten Jahre Prof. E. v. Suess (Wien), zweiter Prof. v. Ziemssen (München) sein.

* Brüssel. Die für den Königspreis im Betrage 25.000 Fcs. für das Jahr 1897 ausgeschriebene internationale Preisfrage lautet: Vom gesundheitlichen Gesichtspunkte aus die meteorologischen, hydrologischen und geologischen Verhältnisse der Gebiete von Aequatorialafrika auseinandersetzen. Aus dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse in diesen Materien die für diese Gebiete geeigneten diätetischen Grundsätze deduciren und mit geeigneten Beobachtungen das beste Regime in Lebensweise, Ernährung und Arbeit, in Bekleidung und Wohnung bestimmen, um die Gesundheit und Kraft zu erhalten. Die Symptomenlehre und die Ursache der Krankheiten darstellen, welche die Gebiete Aequatorialafrikas charakterisiren und ihre Behandlung in vorbeugender und therapeutischer Hinsicht angeben. Die Grundsätze feststellen in der Wahl und im Gebrauche der Heilmittel, wie in der Errichtung von Krankenhäusern und Sanatorien. Die Bewerber sollen bei ihren wissenschaftlichen Nachforschungen und bei ihren praktischen Schlussfolgerungen besonders die Existenzbedingung der Europäer in den verschiedenen Theilen des Congobeckens berücksichtigen. — Die Arbeiten müssen bis zum 21. December 1896 bei dem Ministerium des Innern in Brüssel eingereicht werden.

* Halle a. S. Die Allgemeine medicinische Central-Zeitung bringt folgende Erklärung: Die am 5. September d. J. in Halle a. S. versammelte Conferenz der deutschen evang. Irrenseelsorger erklärt hiermit einstimmig, veranlasst durch die am 23. Mai d. J. in Frankfurt a. M. gepflogenen Verhandlungen und beschlossenen Thesen des Vereins deutscher Irrenärzte:

1. Die Conferenz deutscher evangelischer Irrenseelsorger hat sich keine andere Aufgabe gestellt, als die, das Gebiet der Irrenseelsorge theoretisch zu bearbeiten und für die praktische Ausübung derselben nützliche Anregung zu geben.
2. Auch sie sieht die Irren als Kranke an, welche wie andere Kranke ärztlich zu behandeln sind. Zugleich aber hält sie daran fest, dass auch die Geisteskranken auf volle seelsorgerische Pflege Anspruch haben. Die Conferenz erkennt dankbar an, was ärztlicherseits bisher zur Einführung der Seelsorge an Irrenanstalten geschehen und gestattet ist. Sie erstrebt, dass, wo es noch nicht der Fall ist, den berufenen Anstaltsgeistlichen das Recht freier Ausübung der Seelsorge an den Kranken gewährleistet werde.

   Insbesondere erstrebt sie:

   a) dass, soweit irgend thunlich, an grösseren Irrenanstalten ein eigener Hausgeistlicher angestellt,
   b) dass, wo dieses nicht möglich ist, für regelmässigen Gottesdienst, sowie ausreichende seelsorgerische Pflege der Einzelnen Sorge getragen werde,
   c) dass dem Geistlichen grundsätzlich der Zutritt zu allen Kranken freistehe, und eine Einschränkung nur da eintrete, wo es die Rücksicht auf den Zustand des Kranken gebietet.
3. Für die von einzelnen Mitgliedern der Conferenz vorgetragenen theologischen psychologischen oder psychiatrischen Anschauungen ist die Conferenz als solche keineswegs verantwortlich. Sie hat über solche Anschauungen auch nie Beschlüsse gefasst. Sie überlässt es den in den Thesen der deutschen Irrenärzte angegriffenen Personen, Anstalten und Corporationen ihre Anschauungen zu vertreten.
4. Der Conferenz ist es einzig und allein um das Wohl der Kranken zu thun. Sie bedauert den Streit, erstrebt ein einträchtiges Zusammenwirken mit den Irrenärzten und rechnet bei Erfüllung ihrer Aufgabe ebenso auf deren Unterstützung wie sie ihrerseits jede nur mögliche Unterstützung des ärztlichen Wirkens sich zur Pflicht macht.

(In der Nummer 24 unseres Blattes brachten wir die in Frankfurt a. M. aufgestellten Thesen, auf welche hier hingewiesen wird.)

* Oeffentliche Preise höheren Betrages hat die medizinische Akademie in Madrid für die Jahre 1894 und 95 ausgeschrieben, und zwar folgende:

I. Akademischer Preis (1500 Pesetas, Goldmedaille und Diplom eines korrespondirenden Mitgliedes): «Therapie der verschiedenen klinischen Formen, Zufälle und Komplikationen des Diabetes mit Illustrationen desselben durch eigene Beobachtungen des Verfasser's (Terapeútica de las divérsas formas clinicas, accidentes y complicationes de la diabetes, apoyada en opservationes proprias.) Abfassung der Arbeit in spanischer und lateinischer Sprache.

II. Preis Alvarez Alcalá 2 Aufgaben: a) Eingriff der Chirurgie bei der Behandlung der Darmobstruktionen (Intervención de la cirurgia en las obstrucciones intestinales); b) Hygienie der Industrieen, mit Berücksichtigung der spanischen (hygiene de las industrias con espicialidad de las de Espana). Für jede Aufgabe die Prämie von 750 Pesetas und ein Accessit samt Diplom eines korrespondirenden Mitgliedes. Sprache der Ausarbeitung — spanisch, französisch oder lateinisch.

III. Preis Ramón E. Morales (750 Pesetas und Diplom des korrespondirenden Mitgliedes). Indikation und Kontraindikation der Laparotomie bei penetrirenden Bauchwunden (indicación y contraindicación de la laparotomía en las heridas penetrantes de vientre). Die Preise oben erwähnter Arbeiten kommen im Jahre 1895 in öffentlicher, feierlicher Sitzung zur Vertheilung und müssen die letzteren bis zum 1. Mai 1894 an das Sekretariat der Akademie, calle mayor, núm. 6. eingesendet sein.

IV. Preis Rubio (1500 Pesetas). Derselbe ist nur für spanische Aerzte bestimmt und für ein in den Jahren 1891—92 veröffentlichtes originales Werk von hervorragendem Werthe bezüglich der medizinischen Wissenschaften (Revista de medicina y cirurgia prácticas, 22. 7/93.)

* Preisaufgabe. Das College of Physicians of Philadelphia schreibt den zum Gedächtniss an William F. Jenks gestifteten Preis von fünfhundert Dollar aus über «Infant Mortality During Labor, and its Prevention» (Sterblichkeit der Kinder in der Geburt und ihre Verhütung). Die Abhandlung muss in englischer Sprache geschrieben oder, wenn in einer anderen Sprache, von einer englischen Uebersetzung begleitet, und vor dem 1. Januar 1895 an das College of Physicians of Philadelphia, Pennsylvania, U. S. A., unter der Adresse des H. Horace Y. Evans, M. D., Chairman of the William F. Jenks Prize Committee eingesandt sein, druckfertig mit Motto und einem besonders versiegelten Umschlag, der dasselbe Motto und Namen und Adresse des Verfassers enthält.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In der Woche vom 12. September Morgens bis 19. September Früh zeigte die Cholera in Galizien eine weitere Ausbreitung und führte zu einer grösseren Zahl von Erkrankungen als in der unmittel-

baren Vorwoche. Es wurden aus 35 Gemeinden 149 Erkrankungs- und 84 Todesfälle angezeigt, von welchen letzteren 20 auf die aus früheren Berichtswochen verbliebenen Kranken entfielen. Unter die 149 Erkrankungsfälle sind auch 20 Verdachtsfälle eingerechnet, bei welchen Cholera asiatica bis jetzt noch nicht sicher nachgewiesen wurde. Die grössere Zahl von neuen Fällen kommt theils auf Rechnung vereinzelter sporadischer Fälle in einer Reihe von Gemeinden, theils war sie durch ein intensiveres Auftreten der Epidemie im Bezirke Nadworna (in den Gemeinden Hwozd, Mikuliczyn und Nadworna) sowie im Bezirke Sanok (Gemeinde Rymanow) beding'. In Kolomea hielt sich die Zahl der Neuerkrankungen auf der bisherigen Höhe. — Deutsches Reich. Aus Berlin wurde am 11. und 12. September je eine choleraverdächtige Erkrankung gemeldet. In Hamburg sind vom 15.—18 September 9 als Fälle von asiatischer Cholera festgestellte Erkrankungen aufgetreten, und endeten 5 derselben mit Tod. Im Laufe des 18 Septembers wurden weitere 3 verdächtige Fälle angezeigt. Im Rheingebiete wiederholen sich die Choleraerkrankungen In der Papiermühle bei Solingen kamen zwischen 8. und 12. September 15 Fälle, in Andernach 1 Fall, St. Goar 1 Todesfall, Kohlfurt im Kreise Mettmann 1 Fall, in Köln 1 Todesfall vor. Auf dem aus Rotterdam gekommenen englischen Dampfer «Gallina» wurden am 7. September 6 verdächtige Erkrankungen, von denen eine tödtlichen Ausgang nahm, constatirt. Die bacteriologische Untersuchung wies Cholera nach. Im Weichselgebiete wurde im Ueberwachungsbezirke Kurzebrack ein Flösser todt aufgefunden und bei demselben Cholera als Todesursache festgestellt. — Niederlande. In Rotterdam wurden seit 21. August bis 10. September, 28 Choleraerkrankungen, von denen 17 tödtlich endeten, constatirt. Eine grössere Zahl von Fällen kamen ferner in Leerdam, weitere vereinzelte Fälle in Haag, Grönendyk, Terneuzen, Klosterzand, Ablasserdam, Haften, Kralingen, Dedemsvaat etc. vor. — Belgien. Vom 11. September datirten Nachrichten zu Folge sind in Belgien seit 6. Juli in 46 Gemeinden 132 Erkrankungen an Cholera, Cholera nostras, choleraartiger Diarrhöe, darunter 98 mit tödtlichem Ausgange vorgekommen. In Antwerpen traten in der letzten Zeit Cholerafälle in grösserer Zahl auf. — England. In Grimsby und Hull sind auch in letzter Zeit wieder Cholerafälle beobachtet worden. In Ashborne, Grafschaft Derby, erkrankten 13 und starben 8 Personen an choleraartiger Diarrhöe. Alle Erkrankten wohnten im gleichen Hause und bezogen das Wasser aus demselben Brunnen. Ausserhalb des betreffenden Hofes kam keine Erkrankung vor. In Asyton-Under Line starb eine aus Cleethorpe, wo Cholera vorgekommen war, zurückgekehrte Person unter verdächtigen Symptomen. — Frankreich. In Marseille wurde in der Woche vom 1. bis 8. September unter 222 Todesfällen 1 als verdächtig bezeichnet. — Spanien. Choleraverdächtige Erkrankungen und Todesfälle wurden gemeldet aus Belchite in der Provinz Zaragoza, aus Baracaldo in der Provinz Bilbao. — Italien. In Neapel und in Palermo hat eine wesentliche Ausbreitung der Epidemie nicht stattgefunden. Die Zahl der täglichen Erkrankungsfälle bewegt sich zwischen 3 und 10. Aus Livorno wird mitgetheilt, dass im Stadttheile Venezia bis 16. September 50 Choleraerkrankungen aufgetreten und 15 Kranke gestorben sind. In mehr als die Hälfte der Fälle ist aber späteren Nachrichten zu Folge Cholera asiatica ausgeschlossen, womit auch die auffällig niedrige Lethalitätsziffer übereinstimmen würde. Man nimmt an, dass der Herd des Ansteckungsstoffes im Wasser der öffentlichen Waschanstalt zu suchen und durch schmutzige Wäsche von auswärts dahin eingeschleppt worden sei. Die ersten Erkrankungen betrafen in dieser Waschanstalt bedienstete Personen. Cholerafälle wurden ferner gemeldet aus den Provinzen Palermo und Trapani, Cassino, Pettorano bei Sulmona, Patti in der Provinz Messina, Rom, dagegen sind in der Provinz Udine keine weiteren Fälle vorgekommen. — Russland. Die Zahl der angezeigten Cholera-Erkrankungs- (Todes-) Fälle betrug in der Stadt Petersburg vom 12. bis 21. August a. St. 66 (28), in der Stadt Moskau vom 11. bis 18. August 210 (117), vom 1. bis 14. August im Gouvernement Podolien 2194 (889), vom 8. bis 14. in den Gouvernements Wladimir 337 (116), Lomshha 106 (64), Tula 358 (100), Charkow 364 (194), *Bessarabien 34 (17), Kiew 740 (284), Wiatka 148 (80), Orel 689 (243), Poltawa 283 (127), Minks 232 (101). — Rumänien. In der Woche vom 4. bis 10. September wurden Cholera-Erkrankungs- (Todes-) Fälle ausgewiesen in Braila 42 (34), Sulina 13 (4), Galatz 20 (8), Cernawoda-Fetestic 15 (9), ferner Erkrankungen gemeldet aus den Bezirken Braila, Jalomitza, Prahova, Covurlui, Tulcea, Neamtzu, Dorohoiu, Constantza, Vlasca, Putna, Ilfow, Tecuciu. — Serbien. Bis zum 7. September sind in Belgrad 4 verdächtige Erkrankungen, von denen 3 tödtlich verliefen, vorgekommen und ist durch die bacteriologische Untersuchung Cholera asiatica festgestellt worden. Ein weiterer verdächtiger Todesfall ereignete sich am 12 September: — Türkei. In der Irrenanstalt zu Scutari dauert die Choleraepidemie fort, in der Stadt Scutari, in Pera, Galata, Stambul sind vereinzelte Cholerafälle aufgetreten. In Smyrna sind vom 23.—30. August an Cholera erkrankt (gestorben): 7 (15), 18 (16), 15 (7), 18 (10), 17 (15), 25 (14), 15 (13) 115 (91). — Aegypten. Unter den ägyptischen Wachmannschaften in Tor und Rasmallep sowie unter der Sanitätsmannschaft in El Tor ist die Cholera ausgebrochen. Unter den 3000 noch in El Tor befindlichen Pilgern herrscht keine Cholera.

* Todesfälle. In Berlin starb der Chefarzt des I. Garnisons-Lazareths, Oberstabsarzt Dr. Leop. Müller, der seiner Zeit die mediz. Akademie in Tokio (Japan) gründete — In Schottland Dr. Parke, der ärztliche Begleiter der von Stanley geleiteten Emin Pascha-Expetition. — In Abas Tumar (Russland) Staatsrath Dr. Rob. Wreden Otologe in Petersburg. — In Stockholm der frühere Professor der Kinderheilkunde Dr. Hjalmar Aug. Akelin.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Nappersdorf (polit. Bezirk Oberhollabrunn) (Niederösterreich) für die Sanitätsgemeindegruppe Nappersdorf, Klein-Weikersdorf und Haslach mit 1256 Einwohner. Bezüge 600 fl. jährlich, und zwar 300 fl. aus dem n.-ö. Landesfonde, 300 fl. von der Gemeinde, Wohnung gegen mässigen Zins im neuerbauten Gemeindehause. Berechtigung zur Haltung einer Hausapotheke. Verpflichtung, die Armenbehandlung und Todtenbeschau unentgeltlich zu besorgen. Nappersdorf ist Pfarrort mit Schule und Post und liegt eine Stunde von der Bahnstation Wetzmannsdorf der österreichischen Nordwestbahn. Bewerber katholischer Confession, welche Doctoren der gesammten Heilkunde sein sollen, haben ihre Gesuche an die Gemeindevorstehung Nappersdorf zu richten.

Gemeindearztesstellen für die Gemeinde Diepolz und Grossharras im polit. Bezirke Mistelbach (Niederösterreich). Fixe jährliche Bezüge 400 fl. Nähere Auskunft ertheilen die Bürgermeister dieser Gemeinden.

Gemeindearztesstelle in Buchers, Bezirk Kapliz im südlichen Böhmen, mit circa 1400 Einwohnern. Jahresgehalt 400 fl.; dagegen ist die Behandlung der Ortsarmen und die Todtenbeschau unentgeltlich zu leisten. Weiters ist von Seite des Grafen v. Buquoy für die Behandlung der bediensteten Forst- und Holzhauerfamilien ein jährliches Pauschale von 400 fl. und separate Zahlung der Medicamente bewilligt. Der Gemeindearzt ist zur Haltung einer Hausapotheke verpflichtet. Unter den Petenten haben Doctoren der gesammten Heilkunde den Vorzug und wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis 15 October d. J. an das Gemeindeamt Buchers einsenden, wo auch jede Auskunft bereitwilligst ertheilt wird.

Gemeindearztesstelle für die Gemeinden Weer, Weerberg, Kolsass, Kolsassberg, Pill und Terfens (3200 Einwohner). Der Gemeindearzt bezieht ein Wartgeld von 500 fl. und hat seinen Sitz in Weer zu nehmen. Das Ganggeld ist festgesetzt in Weer und Kolsass 50 kr., Kolsassberg 60 kr. bis 1 fl., Weerberg 1·50 bis 2 fl., Pill 1 bis 2 fl., Terfens 1 bis 1·50 fl. Der Arzt hat eine Hausapotheke zu führen. Die Anstellung erfolgt auf gegenseitige vierteljährige Kündigung. Der Arzt hat den Gemeindesanitätsdienst im Sinne der h. Statthaltereiverordnung vom 6. Juli 1883, L.-G. u. V.-Bl. Nr. 20, zu versehen. Gesuche sind bis Mitte October d. J. an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Schwaz einzusenden.

Mit dieser Nummer versenden wir den Prospect der «Medicinischen Neuigkeiten» aus dem Verlage von August Hirschwald in Berlin, auf welchen wir unsere Leser aufmerksam machen.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 9 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Neue Arzneimittel, Referate, Kleinere Mittheilungen und Arzneiverordnungen, Hygiene, Pharmakologie und Toxikologie.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

ANZEIGEN.

Nebenverdienst!

Lohnend! Mühelos! Reell! Anfragen unter **J. P. 7799** an **Rudolf Mosse, Berlin S. W.** (1391)





ICHTHYOL

wird mit Erfolg angewandt: bei **Frauenleiden** und **Chlorose**, bei **Krankheiten der Haut**, der **Verdauungs-** und **Circulations-Organe**, bei **Hals-** und **Nasen-Leiden**, sowie bei **entzündlichen** und **rheumatischen Affektionen** aller Art, theils in Folge seiner durch **experimentelle** und **klinische** Beobachtungen erwiesenen **reducirenden**, **sedativen** und **antiparasitären** Eigenschaften, anderntheils durch seine die **Resorption befördernden** und den **Stoffwechsel steigernden** Wirkungen.

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über **Ichthyol** nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.

Hamburg. (1214)



F. EBELING

optisch - mechanische Werkstätte, WIEN, XVII., Hernalser Gürtel Nr. 2

MIKROSKOPE

für Bacteriologie

und alle Bedürfnisse der Wissenschaft

MIKROTOME

und sämmtliche Nebenapparate, (1271)

Ausführliche illustrirte Preislisten.

PREBLAUER

SAUERBRUNNEN. Der Preblaue Sauerbrunnen, reinster alkalischer Alpensäuerling von ausgezeichneter Wirkung bei **chron. Catarrhen**, speciell bei Harnsäurebildung, chron Catarrh der Blase, **Blasen- u. Nierensteinbildung** und bei **Bright'scher Nierenkrankheit.** — Durch s. Zusammensetzung und Wohlgeschmack zugl. bestes diät. und erfrischendes Getränk. — **Preblauer Brunnenverwaltung in Preblau, Post St. Leonhard Kärnten).** (1360)





Schering's Piperazin,

vorzügliches Lösungsmittel für Harnsäure, Harngries und harnsaure Harnsteine. Dasselbe löst sieben Mal mehr Harnsäure als Lithion, daher von Aerzten empfohlen gegen **harnsaure Diathese und Folgezustände.**

Schering's Phenocoll. hydrochloric.

D. R. P. 59121

vorzügliches Antipyreticum, Antineuralgicum, Antinervinum.

Benzonaphtol puriss.

für innerlichen Gebrauch nach Professor Ewald.

Laevulose, Zucker für Diabetiker.

Chloralamid Ph. G. III

D. R. P. No. 50586, vorzügliches Schlafmittel. (Chloralamid darf nur in **kaltem** Wasser gelöst werden und ist am besten vorher fein zu zerreiben.) Brochüren über obige Präparate stehen auf Wunsch zu Diensten. Zu beziehen durch die Apotheken und Droguenhandlungen.

Formalin-Schering

(Formaldehyd) ausgezeichnetes Antisepticum und Desinficiens. wirkt fast wie Sublimat und ist dabei relativ ungiftig (cfr. Pharmac. Zeitung 1893. No. 22). Anwendung in $^1/_2$, 1 und 2 $^0/_0$iger Lösung.

Litteratur über Formalin-Schering zu Diensten.

Berlin N.

Chemische Fabrik auf Actien

(1333) (vorm. E. Schering).

Schering's Pepsin-Essenz

(887)

nach Vorschrift von **Dr. Oscar Liebreich, Professor der Arzneimittellehre an der Universität Berlin,** ist nach vielfach angestellten Versuchen das **wirksamste von allen Pepsinpräparaten** bei den verschiedenartigsten **Magenleiden.** — Zu haben nur in Originalflaschen in Wien, Budapest, Lemberg, Prag, Arco etc. in den Apotheken.

PRIVAT-HEILANSTALT

des

kaiserl. Rath Dr. ALBIN EDER (981)

Wien, VIII., Schmidgasse 14.

Vorzügliche Pflege, mässige Preise. — Programmzusendungen auf Wunsch gratis.

Einbanddecken. 

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die **Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".**

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9.

VII. Jahrgang. **Wien, 1. October 1893.** **Nr. 40.**

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen“** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ein interessanter Fall von Urticaria.

Von

Dr. med. Leopold Fischer jun. in Heidelberg.

Frau A. R., Witwe eines Staatsbeamten, circa 40 Jahre alt, eine gesunde, kräftige, nicht hysterische, mit einer zarten Haut ausgestattete Dame, erkrankte plötzlich an einem Hautausschlage, wesshalb sie mich rufen liess. Sie gab an, sie sei Morgens noch ganz gesund und wohl gewesen, da habe sie sich über ein gewisses Vorkommniss im Hause sehr heftig geärgert und aufgeregt, worauf plötzlich an verschiedenen Stellen des Körpers stark brennende, rothe, erhabene Flecken auf der Haut aufgetreten seien, die sich rasch vergrösserten, bald aber wieder verschwanden, während dann an anderen Körperstellen immer wieder neue entstanden seien.

Gleichzeitig habe sich, und zwar zehn Tage zu früh, das Unwohlsein sehr stark eingestellt, das sie sonst immer ganz regelmässig nur alle vier Wochen gehabt habe.

Bei der Besichtigung zeigten sich grössere und kleinere Urticaria-Quaddeln vom Halse abwärts bis in die Hüftgegend und an beiden Armen und Händen bis vorne an die Fingerspitzen. Verdauungsbeschwerden fehlten, die Zunge war nicht belegt, Fieber nicht vorhanden. Ordinirt wurden Bestreichungen mit einer Lösung von Acid. citric.

Am folgenden Tage hatte sich das Exanthem über den ganzen Körper verbreitet, bis zu den Zehenspitzen herab; auch das Gesicht und die behaarte Kopfhaut waren von demselben ergriffen. Viele Quaddeln hatten die Grösse eines silbernen Fünfmarkstückes, mehrere bildeten sogar über handtellergrosse, stark erhabene, intensiv geröthete und heiss sich anfühlende Hautprominenzen.

Patientin bekam in meiner Gegenwart einen Ohnmachtsanfall, deren sie an diesem Tage schon zwei gehabt hatte. Derselbe verschwand aber wieder nach Tieferlegen des Kopfes in ein paar Minuten. Ferner leidet Patientin heute an Heiserkeit, welche ihrer Angabe nach gleichzeitig mit dem Auftreten des Exanthems im Gesichte und auf dem Kopfe entstanden ist, sammt einem rauhen, kratzenden, brennenden Gefühl im Halse, besonders beim Sprechen. In der Mundhöhle und im Rachenraum war nichts Abnormes zu sehen; eine laryngoskopische Untersuchung musste vorläufig unterbleiben. Der Zustand war für die Patientin ein äusserst qualvoller und regte sie sehr auf. Ich ordinirte Kal. brom. 1·0 dreistündlich. Das Exanthem ist an diesem (2.) Tage noch ziemlich gleich geblieben, doch liess das quälende Brennen gegen Abend bedeutend nach, Patientin wurde ruhiger und hatte auf Kal. brom. 1·5, zur Schlafenszeit genommen, eine recht gute Nacht.

Am folgenden (3.) Tage war der Ausschlag intensiv und extensiv viel geringer geworden, im Gesichte fast völlig geschwunden, die Quaddeln brannten nicht mehr, juckten nur noch ein wenig. Auch das Brennen im Halse hatte aufgehört und die Stimme der Patientin war wieder vollständig hell geworden, wesshalb ich die beabsichtigte laryngoskopische Untersuchung unterliess.

Am 4. Tage war das Exanthem vollständig verschwunden. Auch die Menstruation war beendigt. Patientin war ganz glücklich, «das schreckliche Leiden» überstanden zu haben, zeigte mir jedoch klagend ihren Kopf, auf welchem ich an mehreren Stellen inmitten des sonst braunen Haares graue Haarbüschel bemerkt. Patientin erzählte, ihrer Friseuse sei diese Veränderung der Haare am Morgen beim Frisiren sofort sehr aufgefallen, da sie vor der Erkrankung keine grauen Haare gehabt habe.

Die Erkrankung war im August 1888 aufgetreten. Weder vor derselben hatte Patientin einen Urticariaanfall, noch hat sich seit jener Zeit ein weiterer eingestellt.

Was uns nun an dem hier beschriebenen Falle besonders interessirt und seine Publication rechtfertigen mag, ist einmal die besondere Form der Urticaria. Wir haben es hier mit einer Combination der gewöhnlichen mit der von Milton als Riesenurticaria bezeichneten Form zu thun. Dann ist die Aetiologie unseres Falles von Interesse.

Offenbar hatte der von der Patientin angegebene Aerger und die grosse Aufregung das Auftreten des Exanthems hervorgerufen.

Eine andere Ursache liess sich nicht eruiren, und es ist ja längst nachgewiesen, dass auch durch directe Nerveneinflüsse, wie also durch heftige, plötzlich eintretende Gemüthsaffecte: Verlegenheit, Scham, Trauer, Schreck, Aerger, Zorn, Freude — ein Urticariaanfall hervorgerufen werden kann. (J. Frank, Hebra, Kaposi).

Ferner ist die gleichzeitig mit dem Erscheinen des Exanthems plötzlich eingetretene Heiserkeit mit dem brennenden Gefühl im Halse von Bedeutung. Wenn auch die laryngoskopische Untersuchung unterblieb, so glaube ich doch als sicher annehmen zu dürfen, dass die genannten Erscheinungen durch das Auftreten einer — Urticariaquaddeln entsprechenden — serösen Infiltratrion der Larynxschleimhaut verursacht worden sind, ein Vorkommniss, wie ich es in einem Falle von sogenanntem acutem umschriebenen Hautödem (Quincke), das ja im Wesentlichen derselbe, angioneurotische Process, wie Urticaria ist, durch die laryngoskopische Untersuchung objectiv nachweisen konnte. Auch in diesem letzteren Falle bestand Heiserkeit, ferner das Gefühl des Geschwollenseins und Rauhseins im Halse. Das genannte Vorkommniss ist nach Kaposi äusserst selten und wurde speciell bei der Riesenurticaria beobachtet. Eichhorst nimmt nach den Erfahrungen von Trousseau, welcher bei Urticaria zeitweilige asthmaartige Anfälle gesehen hat, übrigens an, «dass auch die Schleimhaut der tieferen Luftwege betroffen zu werden vermag», wofür auch das Vorkommen von asthmatischen Anfällen bei Urticaria pigmentosa perstans spricht, wie sie von Arning und Veiel beobachtet worden sind.

Von weiterem Interesse ist das büschelweise Ergrauen des Haupthaares an den Stellen der zurückgebildeten Urticariaquaddeln. Es ist mir nicht bekannt, dass ein gleicher Befund bei Urticaria schon beschrieben worden ist. Dasselbe ist wohl analog dem Ergrauen der Haare, wie es bei anderen Hautausschlägen, auch auf Hautnarben und bei Vitiligo, desgleichen bei Lähmungen und Neuralgien vorkommt. Es handelt sich in solchen Fällen wahrscheinlich um ein Schwinden des Pigmentes. Dasselbe wäre dann in unserem Falle durch die heftige vasomotorische Störung, wie sie durch die Urticariaeruption auf den betreffenden Hautstellen hervorgerufen wird, zu Stande gekommen. Uebrigens ist man über diese Verhältnisse noch nicht völlig im Klaren.

Was endlich die erwähnten Ohnmachtsanfälle betrifft, so lässt sich die sie bedingende Gehirnanämie auf doppelte Weise erklären. Entweder ist sie auf reflectorischem Wege entstanden, durch Contraction der Vasoconstrictoren des Gehirns in Folge der starken Hautreizung und der damit verbundenen grossen Schmerzen; oder aber die Hirnanämie wurde hervorgerufen durch die starke Fluxion des Blutes nach fast der gesammten Hautdecke hin, im Verein mit der gleichzeitig vorhandenen reichlichen Menstruation. Für letztere Erklärung spricht das rasche Aufhören der Ohnmacht nach Tieferlagerung des Kopfes.

Das vorzeitige, aber mit der Urticariaeruption gleichzeitige Eintreten der Menses steht in unserem Falle mit jener nur in dem Zusammenhange, dass es mit ihm dieselbe Ursache hat, nämlich die erwähnte psychische Erschütterung der Patientin.

Therapeutische Klinik an der Universität zu Neapel.

Ueber den therapeutischen Antagonismus bei den natürlichen Krankheiten.

Von **M. Semmola,**

Professor der experimentellen Pharmakologie und klinischen Therapie.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Angesichts der tiefen Unwissenheit, in der wir uns befinden und, ich darf es wohl wiederholen, uns stets befinden werden über die wahre physikalisch-chemische Constitution der lebenden organischen Materie und ihrer unendlichen charakteristischen Veränderungen bei jedem Individuum, muss endlich allgemein die Ueberzeugung platzgreifen, dass das Laboratorium in den Hintergrund tritt, und dass Diejenigen, denen es um einen wirklichen Fortschritt der Klinik zu thun ist, ihr Hauptaugenmerk auf die strenge Beobachtung der klinischen Thatsachen, wie sie von der Natur dargeboten werden, richten müssen, wobei sie bestrebt sein müssen, mit der grösstmöglichen Strenge die Existenzbedingungen dieser Thatsachen festzustellen, nicht aber auf die Erfahrung des Laboratoriums hin Luftschlösser zu bauen, die, wie sie sich auch bereichern und vervollkommnen möge, niemals im Stande sein wird, die Wahrheit über die unendlichen Graduationen der Alterationen der organischen Materie bei den verschiedenen Krankheiten aufzuhalten. Seit 30 Jahren vertrete ich dieses Grundprincip und wiederhole es in allen Tonarten:

Die experimentelle Medicin wird niemals im Stande sein, im Laboratorium die Krankheiten zu reproduciren, die sich uns in der Natur darbieten; und darum wird jeder sogenannte wissenschaftliche Aufbau der Evolution dieser oder jener Krankheit, der auf die Untersuchungen des Laboratoriums gestützt ist, ein hypothetischer Aufbau sein, zu mindestens drei Vierteln falsch und daher ein gefährlicher Führer für den Arzt, der ihn als den wahren Schlüssel der Behandlung heranziehen will.

Hierüber darf sich Niemand einer Illusion hingeben, und ich wünschte, dass die angehenden Aerzte sich davon überzeugten, um nicht später zu Mördern der Menschheit zu werden, und zwar im Namen des Fortschrittes . . . . und, was noch schlimmer ist, der Kunst, die man ironischer Weise die Heilkunst nennt!

Ich will noch diesbezüglich auf eine alte Idee hinweisen, die immer neu bleibt, sofern es sich darum handelt, sie auf die Klinik anzuwenden, um deren verderbliche Richtung hervorzuheben. Die Verblendung einiger Kliniker hinsichtlich der experimentellen Medicin und ihrer «unendlichen» Macht geht so weit, dass, wenn sie sich einer deutlichen und einleuchtenden klinischen Wahrheit gegenüber befinden, die als solche durch die klinische Beobachtung glänzend erwiesen wurde, jedoch in Folge der Einschränkung unserer Untersuchungsmittel der Controlle durch das Laboratorium sich entzieht — die Verblendung dieser Aerzte und Kliniker, sage ich, geht so weit, dass sie die klinische Thatsache nur darum leugnen, weil für dieselbe ein experimenteller Beweis nicht erbracht werden kann. So nehmen Sie z. B. die verschiedenen Diathesen, vor Allem die erblichen. Es gibt keine Wärterin, die heute nicht wüsste, wie gross der Einfluss dieser Diathesen (heute Culturboden genannt, d. i. *ignotum per ignotum*) auf die Entwicklung der Krankheiten sei, sei es, dass es sich nur um Krankheiten handelt, die von durch schädliche Einflüsse der äusseren Welt hervorgerufenen functionellen Störungen abhängen, sei es, dass es sich um Krankheiten mikrobischen Ursprungs handelt. Was sind Diathesen? Die experimentelle Wissenschaft weiss nichts hierüber und kann auch nichts wissen; die Klinik hingegen sagt uns, dass sie zweifellos ganz besondere biochemische Alterationen der Materie sind, jedem Individuum eigenthümlich, denn ich glaube, dass jedes Individuum eine besondere Alteration aufweist, wenn auch dieselbe so minimal ist, dass sie sich nicht mit den einer jeden Diathese eigenthümlichen, charakteristischen klinischen Symptomen kundgibt. Uns bleiben jedoch diese Alterationen unbekannt, das Laboratorium kann dieselben nicht reproduciren, ausgenommen den Fall irgend eines einfältigen Gelehrten, der zur Erheiterung der Leser durch die Presse bekannt gibt (wie dies jüngst vorgekommen ist), dass es ihm gelungen sei, die Gicht künstlich hervorzurufen! . . . Da wir also die Natur dieser bio-chemischen Alterationen, die die Diathese auszeichnen, nicht kennen, auch nicht durch Reagentien dieselben nachzuweisen, und noch weniger experimentell hervorzurufen vermögen, muss man sie desshalb

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 38, 1893.

leugnen? Mit Nichten! Sie bilden die wahre Grundlage der Klinik, weil sie der Ausgangspunkt zu werthvollen Kenntnissen sind, die uns die klinische Beobachtung der individuellen Unterschiede, die ein und derselbe und durch die gleiche Ursache bedingter Krankheitsprocess darbieten kann, zu liefern vermag. Und darum geben sie die wichtigste Grundlage für die Behandlung der Krankheitsprocesse ab, indem deren Natur viel mehr aus dem Allgemeinzustande als aus der localen Untersuchung beurtheilt werden kann

Mit diesen fundamentalen Kenntnissen allgemeiner Pathologie leuchtet es immer mehr ein, dass die infectiösen Agentien der acuten Krankheiten, indem sie mehr oder minder tiefgreifende Modificationen ausüben auf die präexistirenden biochemischen Alterationen, die eben die Diathesen ausmachen, nothwendigerweise die Richtung jener besonderen Ernährungsstörungen der organischen Zelle ändern müssen, die einer jeden Diathese eigen und charakteristisch sind.

Betrachten Sie z. B., was wir Alle seit drei Jahren vor unseren Augen haben, nämlich die Folgezustände der Influenza. Welch' immer auch der Erreger dieser furchtbaren acuten Infectionskrankheit sein mag, sicher ist es, dass er eine beträchtliche Modification in der bio-chemischen Thätigkeit des Stoffwechsels herbeiführt und gestattet, dass viele präexistirende Affectionen — oder im Keime, gleichsam latent vorhandene Krankheiten, oder bereits als Krankheitsprocesse in Action getretene aber noch im Initialstadium befindliche Erkrankungen — die Taufe erhalten und durch eine irreparable pathogene Thätigkeit gefördert werden, so dass ich bereits vor drei Jahren, in einem klinischen Vortrage «Ueber Influenza», hervorhob, dass diese Infection als ein wahres Reagenz für den Gesundheits- und Widerstandsgrad des Organismus angesehen werden könne.

Bisher ist keine klinische Beobachtung mitgetheilt worden, die darüber berichtet, dass nach einem Anfalle von Influenza irgend eine präexistirende Krankheit verschwunden wäre. Wenn aber dies auch vorkäme, so würde ich darüber nicht verwundert sein. Unglücklicherweise haben wir bis nun zu den Activen dieser acuten Infectionskrankheit nur Nachtheile und Schäden zu rechnen, denn, wie ich kurz vorher gesagt habe, sämmtliche präexistirenden Krankheiten verschlechtern sich darunter, und manche, die kaum in Action getreten ist, beginnt rascher und heftiger sich zu äussern.

Dieser ganze heilsame oder aber schädliche Einfluss ist keinem Calcul, keiner Vorausberechnung unterworfen und demnach keiner möglichen Anwendung fähig. Was den wohlthätigen und curativen Einfluss, den eine Infection ausüben kann, anlangt, so wäre dies eine Art Vaccination, die die Natur vollzieht, durch welche ein Nagel durch einen anderen ausgetrieben wird, oder, wenn man lieber will, eine bestimmte Infection zu einem Antidotum einer anderen Infection wird. Aber in welcher Apotheke werden diese Antidota zubereitet? Niemand weiss es! KOCH behauptete ein solches Mittel für die Behandlung der Tuberkulose gefunden oder entdeckt zu haben; die Täuschung jedoch, welcher er sich hingab, war augenscheinlich das Ergebniss eines naturwissenschaftlichen Irrthums, denn, wenn er erwogen hätte, dass wir im Besitze keines Gesetzes sind hinsichtlich dieser künstlichen, oder, wenn Sie wollen, specifischen Immunitäten, welche in einer intraorganischen Sphäre, deren chemische Composition uns völlig unbekannt ist, veranlasst werden, so würde er vermuthlich eingesehen haben, dass die Lösung des Problems auf experimentellem Wege nicht möglich war, und dass sie in Folge dessen nur zu etwas Absurdem führen konnte.

Trotz der Theorien vieler moderner Pathologen des Laboratoriums, mögen sie nun den Namen BOUCHARD oder METSCHNIKOFF führen, werde ich es nicht unterlassen, diese unsterblichen Grundsätze der wahren wissenschaftlichen Methode, die ein Ruhmesblatt der italienischen Medicin bildet, immer wieder zu wiederholen, nach welchen sämmtliche mehr oder weniger wunderbare Resultate, die man bei Thierversuchen im Laboratorium erzielen wird, für die Behandlung der menschlichen Krankheiten niemals von irgend welchem Nutzen sein werden, denn es ist absolut unmöglich ihre Anwendung auf Menschen, d. i. unter absolut verschiedenen physikalisch-chemischen Bedingungen — gleichviel ob es sich um einen physiologischen oder einen pathologischen Zustand handelt — zu verwirklichen.

Das einzige Mittel, das der Klinik übrig bleibt, um der experimentellen Therapie von Vortheil zu sein, besteht darin, jegliche Hypothese zu beseitigen und die Aufmerksamkeit auf den strengen Determinismus der klinischen Typen und der unendlichen Graduationen oder Differenzen zu concentriren, die sich in Bezug auf die verschiedenen Individuen darbieten können. Dieser strenge Determinismus wird erreicht durch den mit der Aetiologie in Zusammenhang gebrachten und, so weit es möglich ist, von der Chemie und der histologischen Pathologie controllirten nosographischen Determinismus, denn das gleiche Symptom kann unendliche Graduationen und Modalitäten aufweisen je nach den verschiedenen Individuen, und was die chemischen Reagentien des Laboratoriums nicht zu Wege bringen, wird dagegen durch diesen Determinismus ins klarste Licht gestellt, Dank welchen die Krankheitssymptome einem Zeiger verglichen werden können, der sich über einem grossen Quadranten bewegt und jene in der Tiefe der Gewebe stattfindenden allerfeinsten Reactionen vervielfältigt und deutlichst aufdeckt, die kein chemisches Reagens wird uns je erkennen lassen und die nur für die lebende Zelle empfindlich sind.

Ueber Beckenperitonitis beim Weibe und die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae in Beziehung zu dieser Krankheit.*)

Von
Prof. Dr. C. J. Cullingworth in London.

(Fortsetzung.)

Complicationen der Salpingitis.

Unter den secundären Veränderungen, welche als Folge dieser entzündlichen Prozesse auftreten, gibt es eine oder zwei, die von solcher Bedeutung sind, dass sie einer besonderen Erwähnung werth sind. Wenn die Salpingitis eine einseitige ist, so ist es durchaus nichts Ungewöhnliches zu finden, dass die Peritonitis, die von ihrer Ursprungsstelle — dem Fimbrienende der entzündeten Tuba — weitergegriffen hat, auch die andere Seite des Beckens in Mitleidenschaft gezogen hat, indem sie die gesunden Uterusadnexa dieser Seite in eine Menge von Adhäsionen einschliesst.

Unter solchen Umständen kann ein Verschluss des Abdominalostium der gesunden Tuba sehr leicht eintreten, und dies kann wieder einen Hydrosalpinx zur Folge haben, der, wenn er auch nur ein einfaches Ereigniss im Verlaufe einer Beckenperitonitis bildet, dennoch seinerseits eine Quelle von Leiden und Siechthum werden kann. Nach meinen Erfahrungen ist dies die gewöhnlichste Art, auf welche sich Hydrosalpinx entwickelt. Hämatosalpinx, als eine Complication der Salpingitis, ist viel seltener. In der grossen Mehrzahl der Fälle sind die Hämorrhagien innerhalb der Tuba und die Hämatokelen tubaren Ursprungs die Folge von Tubarschwangerschaft. aber hie und da treten sie auch als Complicationen im Verlaufe der entzündlichen Processe, die ich soeben beschrieben habe, auf und sind von der Gravidität ganz unabhängig. Ein Beispiel dieser Art wird in dem unlängst erschienenen Bande der St. Thomas's Hospital Reports mitgetheilt. Es gibt gewiss noch viele andere secundäre Erscheinungen, ausser denjenigen die ich aufgezählt habe, und die man in chronischen Fällen von Beckenperitonitis antrifft, aber die Zeit erlaubt es mir jetzt nicht, bei denselben zu verweilen.

Der Zweck meiner diesbezüglichen Auseinandersetzungen soll darin bestehen, Ihnen den Beweis dafür zu erbringen, dass

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 39, 1893.

der Tuba Fallopiae eine enorme Bedeutung in der Pathologie der Entzündungen im Becken zukommt.

Es war in der letzten Zeit mehr oder weniger Mode, über diejenigen zu lachen, welche für die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae eingetreten waren, als die Opfer einer bloss vorübergehenden Manie, die in jedem gynäkologischen Falle, der vor sie kommt, nichts Anderes sehen können, als kranke Tuben.

Dieser Umstand darf uns nicht im Allergeringsten überraschen, noch darf er unseren Zorn erregen.

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass Diejenigen, welche dem fortschreitenden Strome der Wissenschaften nicht folgen, sei es aus Vorurtheil, oder aus Mangel an Gelegenheit, Beobachtungen anzustellen, sei es in Folge der Unfähigkeit, neue Gedanken in sich aufzunehmen — und das ist eine der schwersten Strafen der fortschreitenden Jahre —, versucht sind, den Fortschritt in Abrede zu stellen, und Die, welche diesen Fortschritt acceptiren, lächerlich zu machen oder dieselben in Miscredit zu bringen. Als das Ophthalmoskop zum ersten Male bei uns zu Lande eingeführt wurde, ereignete es sich, dass in einer medizinischen Gesellschaft einer Provinzstadt ein Vortrag über diesen Gegenstand gehalten wurde, als einer der angesehensten Oculisten jener Stadt, ein Mann von grosser Erfahrung und grossen Fähigkeiten, sich erhob und die Bemerkung machte, dass es ganz absurd sei, wenn Jemand kommt und am Augenhintergrunde verschiedene Erscheinungen beschreibt; der Augenhintergrund sei schwarz, und es sei nichts mehr in dieser Beziehung zu sagen. Es gab immer und es wird immer Leute geben — gerade so wie dieser alte Augenarzt —, welche bereit sind zu behaupten, dass dort, wo sie nur schwarz sehen können, auch nur Schwarzes vorhanden sei. Solche Leute müssen als ein unvermeidlicher Theil dessen, was Prof. Huxley unlängst als den Weltprocess bezeichnete, betrachtet werden, und der wahre Fortschrittsmann kann sich mit dem Gedanken trösten, dass es sich eines Tages ergeben könnte, dass auch diese durch ihr Verhalten einem nützlichen Zwecke dienen.

Die pathologische Bedeutung der Tuba Fallopiae erklärt sich durch ihre eigenthümliche anatomische Lage im menschlichen Organismus.

Es gibt — so viel ich weiss — keinen andern mit Schleimhaut ausgekleideten Canal im menschlichen Körper, der eine ähnliche Lage haben würde. Die Tuba ist fortwährend der Gefahr der Infection ausgesetzt, und zwar in Folge der directen Continuität ihrer Auskleidungsschleimhaut mit der des Uterus und der Vagina, so dass es fast ein Wunder ist, wenn dieselbe in irgend einem Falle von acuter infectiöser Endometritis — sei es eine septische oder gonorrhoische — der Infection entgeht.

Aber es besteht der grösstmögliche Unterschied zwischen der Gefahr einer acuten infectiösen Endometritis und einer acuten Endosalpingitis. In dem erstern Falle gestattet das Offensein des Cervicalcanals einen natürlichen Abfluss für die krankhaften Secretionen; in dem letztgenannten Falle ist kein solcher natürlicher Abflussweg vorhanden.

Das uterine Ende der Tuba Fallopiae hat, selbst unter normalen Bedingungen, ein Lumen, das gerade für eine Borste permeabel ist. Es ist somit sehr leicht verständlich, dass es nur einer sehr geringen Schwellung der Schleimhaut der Tuba bedarf, einer Schwellung, wie sie wahrscheinlich auch bei dem geringsten Grade von Entzündung unbedingt nothwendig vorhanden ist, um dieses Ende der Tuba vollends zu verschliessen. Somit kann das uterine Ende der Tuba als Abflussweg für die entzündlichen Secretionen thatsächlich als gar nicht existirend betrachtet werden. Die Sache steht somit so, dass entweder gar kein Abflussweg für die krankhaften Secretionen vorhanden sei, und zwar in Folge von Verschluss eines Orificium durch die geschwollene Schleimhaut, und in Folge von Obturation des andern Orificium durch Adhäsionen — oder der einzige Abfluss findet durch das Abdominalostium in die Peritonealhöhle statt. Dieses Fehlen eines sicheren Abflusses für die entzündlichen Producte ist es, welches eine eitrige Salpingitis um so viel ernster gestaltet, als eine gleich schwere eitrige Endometritis, und dieser Umstand verleiht im Allgemeinen den entzündlichen Affectionen der Tuba Fallopiae eine solche exceptionelle und ernste Bedeutung.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

(Fortsetzung.)

Die äusseren Reize, welche diese Empfindungen vermitteln sind dagegen nicht specifisch. Mechanische, chemische, elektrische Reize können z. B. dieselbe Empfindung erregen. Diejenigen Reize, welche einen Sinnesnerven vermöge der besonderen Einrichtungen physiologisch normal erregen, nennt man «adäquate». Aber jeder Reiz, der überhaupt wirkt, nicht mit seinen Qualitäten, sondern die Wirkung hängt ab von der inneren Einrichtung des getroffenen Sinnesapparates. Die Reizung der Drüsennerven bewirkt nur Sekretion, die der Muskelnerven Zuckung oder Bewegung, die der Empfindungsnerven nur Empfindung. Joh. Müller wählte als drastisches Beispiel für die letztere Sphäre die populäre Wendung: Einem Eins geben, dass ihm die Ohren klingen oder dass ihm die Augen funkeln oder dass er es fühlt. Während demnach derselbe Reiz je nach dem getroffenen Sinnesorgan ganz verschiedenartige Empfindungen veranlasst, bewirken auch verschiedenartige Reize, wenn sie dasselbe Sinnesorgan treffen, nur eine einzige Empfindung.

Joh. Müller selbst drückt in seiner letzten Darstellung diesen Kernpunkt seiner Anschauung so aus: «Die Sinnesnerven empfinden zwar zunächst nur ihre eigenen Zustände, oder das Sensorium empfindet die Zustände der Sinnesnerven; aber dadurch, dass die Sinnesnerven als Körper die Eigenschaften anderer Körper theilen, dass sie im Raume ausgedehnt sind, dass ihnen eine Erzitterung mitgetheilt werden kann und dass sie chemisch, durch die Wärme, und die Elektricität verändert werden können, zeigen sie bei ihrer Veränderung durch äussere Ursachen, dem Sensorium ausser ihrem Zustande auch Eigenschaften und Veränderungen der Aussenwelt an, in jedem Sinne verschieden nach dessen Qualitäten oder Sinnesenergieen».

Da Müller stets nur von äusseren Ursachen spricht, so konnte in dieser Auffassung des Wortes Ursache Helmholtz 1868 die Sache auch so ausdrücken, «dass gleiche Ursachen unter verschiedenen Bedingungen verschiedene Wirkungen haben können.» Helmholtz selbst kam später 1879 jedoch wieder zu der entgegengesetzten Formulirung wenn er als «Ursache» nur «das hinter dem Wechsel ursprüngliche Bleibende und Bestehende» genannt und es scharf von dem «Antecedens» oder der «Veranlassung» getrennt wissen will. Diese letztere Darstellung deckt sich wieder mit den Darlegungen von Joh. Müller und Reil und der gleich zu beprechenden von R. Mayer, die dieser 1842—44 begründete.

Diesem fortwährenden Schwanken im Ausdrucke haben wir in der Pathologie neben dem «Wesen» der Krankheiten die «Ursachen» derselben und das «Wesen der Krankheits-Ursachen», neben den äusseren die inneren, neben den waren die Hülfsursachen, also eigentliche und uneigentliche Ursachen zu danken. Diese Confusion ist um so bedauerlicher, als gerade in der Physiologie und Pathologie der erste Versuch zu einer vernünftigen Formulirung vorlag. Andererseits erklärt sich aus letzterem Umstande vielleicht, dass auch die Anbahnung einer neuen besseren Formulirung zuerst von Aerzten wie Mayer, Helmholtz, Du Bois-Reymond, Virchow, Lotze ausgegangen ist.

Erst die Entwickelung der Energie-Ideen auf der Basis der Entdeckung des Wärmeäquivalentes gab die Möglichkeit einer endgültigen Klärung. Das Verdienst, bei dieser Gelegenheit begrifflich klärend vorgegangen zu sein und die Ungehörigkeit des fortwährend möglichen Doppelsinnes der «Ursachen» dargelegt und beseitigt zu haben, gebührt R. MAYER selbst, der sich schon 1844 unzweideutig äusserte.

Die universelle Begründung des Energiegesetzes durch R. MAYER hatte ihren Ausgang zweifellos nicht in der mechanischen Weltansicht, sondern im Monismus, dessen grösster Bahnbrecher MAYER für immer bleiben dürfte. Gerade damals war aber die heftige Reaction der naturwissenschaftlichen oder genauer der mechanischen Naturansicht gegen die ausgeartete Naturphilosophie ausgebrochen und die neue mechanische Richtung, die sich schliesslich bei einigen Naturforschern bis zu plumpen, handgreiflichen, materialistischen Vorstellungen verflachte, war wenig geeignet, einer solch universell begründeten monistischen Ansicht der Natur gerecht zu werden. Aus diesem Grunde hatte gerade die universellste Seite des MEYER-schen Gesetzes von vorneherein in Deutschland und Frankreich einen schweren Stand. Deshalb war es so wichtig, dass HELMHOLTZ das Gesetz auch mechanisch begründete. Damit war aber auch der weitere Ausbau im universellen Sinne einer Energetik, im Geiste des übergeordneten Monismus, im Lande der Entdeckung des Gesetzes, in Deutschland, zunächst unmöglich gemacht und Englands grossen Physikern gebührt der Ruhm, die ersten weiteren Schritte zur Ausbildung der Energetik gethan zu haben, in jenem Lande also, wo schon FARADAY's Potentialvorstellungen monistisch so gut vorgearbeitet hatten.

In diesem Sinne drückt sich MACH aus: «Wer die Krücke der mechanischen Naturansicht braucht, um zur Erkentniss der Aequivalenz von Wärme und Arbeit zu gelangen, hat den Fortschritt, der darin liegt, nur halb begriffen».

Jeder grosse wissenschaftliche und erkenntnisstheoretische Fortschritt trägt zwingend zum Ausbau der monistischen Weltanschauung bei, von der aus auch die mechanische Naturauffassung nur als eine von mehreren möglichen Betrachtungsweisen, aber nicht als die allein richtige erscheint. Dem trostlosen Dualismus gegenüber ist aber die mechanische Auffassung schon eine grossartige und geistig erhebende. Für einen Dualismus von Geist und Natur, von Seele und Leib, von Unorganischem und Organischem, von Tod und Leben hat die Naturwissenschaft keinen Platz.

In der monistischen Begründung und Fassung des Gesetzes von der Erhaltung der Energie gewinnt dieses Gesetz bei MAYER den Charakter eines Integralgesetzes von absoluter Gültigkeit. Unter dieser rationalistischen Voraussetzung **müssen** Ursache und Wirkung in ein Identitätsverhältniss gebracht werden, sind Ursache und Wirkung Erscheinungsformen eines und desselben Objectes.

Wird in dieser Idee von MAYER die Ursache als das **definirt**, was zur Erzielung einer Wirkung aufgewendet wird, so wird damit zugleich und zum ersten Mal der Begriff «Ursache» eindeutig definirt und Unklarheiten der Form ein Ende gemacht: causa aequat effectum.

Die erste kurze Darlegung MAYER's enthielt den Kernpunkt seiner gewaltigen Geistesarbeit zum Theil in kurzen Schlagworten, die leider metaphysischer Deutung zugänglich waren und wohl deshalb von HELMHOLTZ als die schwächste Seite der MAYER'schen Darlegung bezeichnet wurden. Demgegenüber hatte MACH bereits richtiger bemerkt, dass sie wohl der «Ausdruck eines gewaltigen instinctiven, noch unbefriedigten und ungeklärten Bedürfnisses nach einer substantiellen Auffassung dessen, was wir heute Energie nennen», sind. Aber auch das scheint mir die Sache nicht ganz zu treffen. Dass MAYER auch die begriffliche Kraft zur vollen Klarheit nicht fehlte, wissen wir jetzt wohl ausgiebig. Unter diesen Umständen vermag ich in den Ausdrücken nichts Metaphysisches zu sehen. Ich glaube im Gegentheil, dass bei der Nöthigung, die grösste Reform der Naturwissenschaften auf wenige Seiten zusammenzudrängen, in diesen Ausdrücken zum ersten Male die volle und klare Kritik der alten Begriffe enthalten ist, weil diese in den kurzen MAYER'schen Schlagworten zum ersten Mal universell und eindeutig definirt sind. Eine zweckmässige und eindeutige Terminologie ist bei einer neuen Sache auch ein Fortschritt und in dieser Hinsicht enthalten die Schlagworte von MAYER einen zweifellos begriffskritischen Fortschritt. Begreifen heisst ja eben Begriffe bilden, welche eine Summe von Einzelerfahrungen scharf zusammenfassen. Dadurch wird die Erkenntnisstheorie nach DÜHRING zur Begriffskritik, die auch der neuerdings von MACH so stark betonten «Oekonomie des Denkens» gerecht wird.

Dieses Bedürfniss zur Begriffskritik lag aber so unzweideutig mit der neuen Anschauung vor, dass auch HELMHOLTZ sich demselben nicht ganz entzogen hat und alle weiteren Forscher sich hierin an MAYER anschliessen mussten.

Nach Mayer sind seit 1842 Ursache und Wirkung «proportional» und «für ein richtig gedachtes Causalverhältniss» lässt sich stets die «nothwendige Gleichung» aufstellen. In diesem eindeutigen Sinne unterscheidet MAYER 1845 bereits für die organischen Vorgänge streng zwischen dem «Stoffwechsel als Ursache der Leistung» und dem Einflusse der Nerven, die diese stets innere Ursache zur Erscheinung bringen. In Bezug auf den ersten Vorgang vergleicht er die Irritabilität der Gewebe mit der Expansibilität der Gase, um die quantitative Seite der Frage klar zu machen, nach der ohne chemische Differenz keine Reizbarkeit möglich ist. Diese geheimnissvolle organische Qualität wird damit zum ersten Mal in das Licht der Quantitätsbetrachtung gerückt.

Um den zweiten Theil der Sache, den Nerveneinfluss, zu erläutern, spricht er bald von Erzeugendem, bald von Bedingung, bald von einer psychischen Seite, bald von einem Contact-Einflusse, während er den Ausdruck «katalytische Kraft» vermieden wissen will, weil man unter Kraft nur «die, einer messbaren Wirkung proportionale messbare Ursache» verstehen soll. Er sagt in dieser Hinsicht spottend: «Katalytisch» heisst eine Kraft, sofern sie mit der gedachten Wirkung in keinerlei Grössenbeziehung steht. Eine Lawine stürzt in das Thal; der Windstoss oder der Flügelschlag eines Vogels ist die «katalytische Kraft», welche zum Sturze das Signal gibt und die ausgebreitete Zerstörung bewirkt. — Das «Katalytische» dieser Kraft bezieht sich zu allernächst auf die Logik, oder das Causalgesetz, welches durch selbige paralysirt wird.» An anderer Stelle behandelt MAYER auch die grosse Neigung organischer Substanzen zu Selbstentmischung, die Zersetzungsneigung, Zersetzbarkeit, Gährung, faulige Zersetzung, Abscessbildung, Faul- und Consumptionsfieber unter dem neuen Gesichtspunkte. Ganz im selben Sinne spricht HELMHOLTZ 1847 von dem «Princip der Constanz des Kräfteäquivalents bei «Erregung» einer Naturkraft durch eine andere».

LOTZE verglich 1848 die Reizbarkeit mit dem Verhalten einer Maschine: «entweder wird sie durch zu grosse Gewalt der (äusseren, einwirkenden) Ursachen zerstört, oder sie bewegt sich auf den «Anstoss in einer Form, die nur aus ihrem eigenen Mechanismus fliesst.» Bei den organischen Körpern sind es also «innere Verhältnisse, die den Erfolg mitbestimmen.»

DU BOIS-REYMOND hatte sich 1850 schon dieser neuen Anschauung ganz angeschlossen, nach der die Ursache und die «Erregung» oder «Auslösung» derselben zu trennen sind.

VIRCHOW meinte 1848, man müsse «unterscheiden zwischen der immanenten Ursache, welche die bestimmte Organisation angibt und den Bedingungen, unter denen sie diese in bestimmter Richtung angelegte Organisation wirklich zur Erscheinung zu bringen vermag.» Er fügt dann erläuternd hinzu: «Ich verstehe hier unter Ursache die causa princeps, wie man in der Aetiologie unter causa proxima die eigentliche Wesenheit der Krankheit verstand. Es ist die äusserste, durch die sinnliche Beobachtung wahrnehmbare und der Erfahrung zugängliche Erscheinungsweise, oder, wie man in der Naturwissenschaft sagt, das letzte, allgemeine erkennbare Gesetz»

Bei derselben Gelegenheit sagte VIRCHOW weiter: Das Ferment, der männliche Same, die Contagien und Miasmen wollen wir mit LIEBIG kurzweg als Erreger bezeichnen. Sobald einer dieser Erreger mit erregungsfähiger Substanz zusammenkommt und die Bedingungen für das Zustandekommen und die Unterhaltung der Erregung günstig sind, so leitet sich eine stets gleichartige Bewegung ein, welche erst dann ihr Ende erreicht, wenn alle erregungsfähige Substanz die Bewegung durchgemacht hat oder der Erreger selbst quantitativ erschöpft ist; ohne das ist die Bewegung endlos.»

Später, 1854, meinte er, dass es sich beim Lebensprocesse «um eine wesentlich innere Bewegung handelt, die zum grossen Theil dadurch zu Stande kommt, dass latente Kräfte «ausgelöst» und zur Wirkung gebracht werden.»

In der naturwissenschaftlichen Schule in der deutschen Medicin ist demnach gegen 1850 bereits vollständig zum Ausdrucke gelangt, dass Ursache und Wirkung in einem quantitativen und Identitätsverhältnisse stehen und dass diese stets und nur innere Ursache unter bestimmten Bedingungen durch einen äusseren Anstoss oder durch äussere Erreger ausgelöst wird.

Dass die Auslösung in der Uebertragung einer Bewegung auf schwingungsfähige Molekel beruht, hatten für die Fermentationen schon WILLIS und STHAL, später BERZELIUS und am Umfassendsten LIEBIG seit 1842 betont. Aber diese Forscher sprechen von Bewegung (durch Contact, Katalyse, Erregung) nicht anders, wie man etwa vor Entdeckung des Wärmeäquivalentes von Einheit und Verwandtschaft der Naturkräfte oder von Wärme als Bewegung sprechen konnte. Immerhin ist aber auch diese Seite der Frage für den citirten Specialfall schon gewürdigt worden, wenn man sich seit LAVOISIER bemühte, Gährungsgleichungen aufzustellen.

Die Physiker haben diese von Aerzten entwickelten, durch die Vorarbeiten über Reizbarkeit und Befruchtung, Infection und z. Th. auch durch die Fragen der Gährungschemie glücklich beeinflussten Vorstellung allmählich überall, am spätesten in Frankreich angenommen.

Auf diesem Umwege durch die Physik sind diese Vorstellungen, die für die Energie terminologisch durch THOMSON und RANKINE 1852/53 erweitert worden waren, später wieder der Physiologie und Pathologie von Neuem zugegangen, nachdem merkwürdiger Weise diese ersten Darlegungen zunächst die ihnen gebührende Beachtung nicht fanden. Ein durchgreifender Versuch, hierin Wandlung zu schaffen, wurde eigentlich erst 1882 von FICK in seiner Abhandlung über die «mechanische Arbeit und Wärmeentwickelung bei der Muskelthätigkeit» gemacht.

Aber einige Fragen, besonders über die Vererbung, Befruchtung und über die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten wurden mit den bisherigen Arbeiten und Darstellungen noch nicht lösbar. Erst einige neuere Arbeiten zur Energetik brachten eine weitere Klärung, wobei es sehr zu vermerken ist, dass es Physiker waren, die auf erkenntnisstheoretische Grenzen biologischer Art hinwiesen, MACH und HELM.*)

(Fortsetzung folgt.)

*) Die vorliegende Abhandlung war zur Naturforscherversammlung 1892 fertig gestellt und entspricht nach ihrem Inhalte Vorlesungen, die ich seit mehreren Jahren als Einleitung zur Aetiologie der Infectionskrankheiten und Gährungen halte. Die neue quantitative Seite habe ich 1891 zum ersten Mal vollständig vorgetragen und auf Wunsch des Geschäftsleiters der Naturforscherversammlung von einer anderweitigen Veröffentlichung 1892 wegen des Ausfalls der damaligen Versammlung abgesehen. Durch eine Arbeit von PFEFFER 1893, welche wie alle bisherigen Arbeiten diese neue Seite des Problems nicht enthält, wurde ich auf die Arbeit von HELM von 1887 aufmerksam gemacht, die mich zu einer Aenderung resp. schärferen Formulirung eines Passus bestimmte, wel HELM allein die neue Seite der Frage geahnt, wenn auch nicht vollständig erkannt hat. Eine von MACH besonders vermerkte Arbeit von POPPER, welche wichtige erkenntnisstheoretische Beiträge enthalten soll, aber von seinen speciellen Fachgenossen ganz ignorirt wurde, konnte ich mir bis jetzt nicht verschaffen. Ich halte es für nöthig, dies ausdrücklich zu bemerken, weil es bei der zersplitterten Literatur möglich ist, selbst wichtige Arbeiten zu übersehen.

Association Française pour l'Avancement des Sciences.

Abgehalten zu Besançon, eröffnet am 3. August 1893.

Dr. Niçaise: Zur Pathogenie der Bronchiectasie.

Um die Pathogenie der Bronchiectase zu verstehen, ist es nothwendig, auf einige Erscheinungen der Physiologie der Bronchien einzugehen. Man hat zu unterscheiden luftleitende Kanäle und luftverarbeitende Kanäle in der Lunge. Die Kapacität der letzteren ist mindestens 30 Mal so gross als die der luftleitenden Gänge. Bei der Inspiration ist der intrapulmonäre Druck negativ; er beträgt 1—2 *mm* einer Quecksilbersäule bei ruhiger Respiration. Die Inspiration kann also keine wesentliche Rolle in der Pathogenie der Bronchiectasie spielen. Bei der Exspiration ist der Druck positiv und zwar 2—3 *mm* einer Quecksilbersäule bei ruhiger Exspiration, bis 87 *mm* und mehr bei tiefer Exspiration, ist also wesentlich höher als der Inspirationsdruck und zwar so hoch, dass er sogar den Verschluss der Stimmbänder eventuell zu überwinden im Stande ist. Aus den Untersuchungen Verfassers ergibt sich nun, dass während der Inspiration die Trachea und die Hauptbronchien verengert sind. Es besteht in der Thoraxhöhle die Tendenz, ein Vacuum zu bilden. Diesem Bestreben leisten die Lungen am geringsten Widerstand. Sie dilatiren sich also und zwar betrifft die Dilatation hauptsächlich die wenig nachgiebigen, nicht knorpeligen Theile der Lunge. Während der Ruhe der Exspiration kontrahiren sich die Alveolen und die Luft wird in die Bronchien hineingedrängt, während sich der intrathoracale Druck etwas erhöht. Klafft die Stimmritze wie bei ruhiger Exspiration, so geht die Luft leicht nach aussen und Bronchien und Trachea werden in ihren Dimensionen wenig beeinflusst. Während des Gesanges, Schreiens, Hustens dagegen vollzieht sich eine sehr erhebliche Dilatation der Trachea und der Bronchien, denn die Luft wird niemals durch die freiwerdenden elastischen Kräfte der Lungen nach aussen getrieben, sondern die Thoraxwand wird aktiv und die intrapulmonale Luft, deren Austritt durch die annähernd geschlossene Stimmrize gehindert ist, wird einmal durch die Wirkung der Alveolen, andererseits durch die exspiratorischen Muskeln komprimirt. Es entsteht dadurch eine Dehnung der Bronchien, die am meisten in dem knorpeligen Theil der beiden Bronchien, weniger in den feineren Zweigen des Bronchialbaumes merkbar ist. Dieselben üben ihrerseits eine elastische Kompression auf die in ihnen enthaltene Luft aus. Die Pathogenie der Bronchiectasie steht in engem Zusammenhange mit diesen Thatsachen. Was die Ursachen des Leidens anlangt, so spielen prädisponirende und unmittelbar beeinflussende Momente (causae efficientes) eine gewisse Rolle. Zu den prädisponirenden Momenten gehören vor Dingen Entzündungszustände der Bronchien, durch welche die anatomischen Elemente alterirt werden und die Resistenz und Elasticität der Wand Einbusse erleidet. Abgesehen von diesen Entzündungen spielen Ernährungsstörungen der Bronchien, Sclerose, fettige oder atheromatöse Degeneration derselben eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zu den unmittelbaren Anlässen gehören häufiger Gesang, Schreien, Husten; insbesondere kann während der Hustenstösse eine Dilatation von grosser Ausdehnung entstehen, welche zuweilen sogar zur Ruptur führt. Fehlen Veränderungen der Bronchien, handelt es sich um weniger häufig auftretende Anlässe, so kann das Organ allmählich sein normales Kaliber wiedererlangen, dagegen wird es auf die Dauer diesen häufigen erhöhten Ansprüchen, die an seine Elasticität gestellt war, nicht genügen und wird mehr oder weniger deutlich gedehnt. Bezüglich der oberhalb und unterhalb der Bronchialstämme auftretenden Dilatationen gelten dieselben Gesetze. Der Druck der innerhalb des Bronchialbaumes befindlichen Luftsäule ist unter denselben Voraussetzungen zu betrachten, wie derjenige, welcher sich in dem Thorax befindet.

Cylindrische ampulläre Dilatationen entstehen in der Regel unter der Einwirkung prädisponirender Ursachen, weniger durch direkte Anlässe. Was die sogenannten kongenitalen Bronchiectasien anlangt, so handelt es sich hier wohl um eine besondere Erkrankungsform, die sich qualitativ von der erworbenen wesentlich unterscheidet. Was die Therapie der Bronchiectasie anlangt, so ist die Chirurgie ohnmächtig gegen die an mehreren Punkten gleichzeitige bestehende Extasien besonders wenn sie derartig beschaffen sind, das sie sich in einem Gewebe abspielen, in welchem nicht reparable Veränderungen, welche mit dem Verlust ihrer Funktionen verbunden sind, bestehen. In einigen Fällen kann es sich um Retention putrider Sekrete in Folge der Dilatation handeln, welche durch ihre Resorption Anlässe zu septischen Erkrankungen geben können. Hier ist natürlich eine gründliche Reinigung der betreffenden Bronchialabschnitte dringend indicirt. Leider ist dieselbe wegen der ernsten Prognose sehr häufig nicht anwendbar, besonders da Explorativ-Punktionen nicht gefahrlos sind.

(Allgemeine Medizinische Central-Zeitung Nr. 68, 1893.)

Société de Thérapeutique.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)
Sitzung vom Monate September 1893.

Dr. Constantin Paul: *Ueber die abgeschwächte Syphilis (de la syphilis atténuée).*

Es ereignet sich von Zeit zu Zeit, dass wir das gute Glück haben, einem Falle abgeschwächter Syphilis zu begegnen.

Wir bekommen einen jungen Mann mit einem inficirenden Chancre in Behandlung. Wir behandeln ihn, indem wir ihn zu gleicher Zeit auf die vorhandene Gefahr der Ansteckung aufmerksam machen, und indem wir ihn darauf vorbereiten, auf die späteren Anfälle, die secundären und tertiären Erscheinungen, gefasst zu sein.

Wir kündigen somit dem Kranken an, dass er sich einer vier- oder fünfjährigen Behandlung zu unterziehen haben wird, und dass er hierauf grosse Chancen hat, von der Syphilis nicht mehr behelligt zu werden.

In einer gewissen Anzahl von Fällen machte ich die Beobachtung, dass mich die Krankheit in meinen Vorhersehungen täuschte, und dass nach dem Verschwinden des inficirenden Chancre und dem Erscheinen der ziemlich geringfügigen secundären Symptome die Krankheit gewissermassen kein Lebenszeichen mehr von sich gab.

Ich suchte mir über die Ursache dieser Immunität Rechenschaft zu geben. Man findet die Ursache derselben nicht in der Constitution des Kranken, denn der Lymphatismus und die Scrophulose entwickeln sich in der gewöhnlichen Art mit den ulcerösen Formen und mit den Knochenaffectionen; der Herpetismus nimmt auch seinen gewöhnlichen Gang unter Reizerscheinungen und gibt sich überdies durch seine Unheilbarkeit kund, in Folge der Unmöglichkeit, das Medicament zu vertragen. Der Arthritismus verleiht der Syphilis ebensowenig ein specielles Gepräge.

In zwei Fällen glaubte ich die Ursache für diese Immunität in dem Zustande des Vaters finden zu können, und über diese zwei Fälle wünsche ich zu berichten.

Der eine derselben betrifft einen robusten Mann, der im Alter von 20 Jahren — im Jahre 1824 — einen inficirenden Chancre acquirirt hatte. Während zweier Jahre zeigte er eine ganze Reihe secundärer Erscheinungen auf der Haut und auf den Schleimhäuten trotz einer sehr gewissenhaften und gut gehandhabten Behandlung. Hierauf setzte er die Behandlung noch mehr als ein Jahr lang fort, zu einer Zeit, zu der er keine Erscheinungen mehr aufwies.

Im Alter von 28 Jahre verheirathete er sich, bekam zwei prächtige Söhne, die vor Gesundheit strotzten, und glaubte sich nun vor jedweder Rückkehr der Syphilis bewahrt.

Sechunddreissig Jahre nach dem Chancre — im Jahre 1860 — wurde er von neuen Anfällen ergriffen. Er bekam eine syphilitische Sarkocele. Er liess sich von VELPEAU behandeln, der zuerst einen malignen Tumor vermuthet hatte, der jedoch — da er die Antecedentien des Kranken kannte — zunächst eine specifische Behandlung mit Quecksilber und Jodkalium versuchen wollte.

Diese Behandlung war von einem ausgezeichneten Erfolge begleitet und nach Ablauf von drei Monaten war keine Spur mehr von dem Tumor zu finden.

Sechs Monate hierauf wurde der Kranke von Schwindelanfällen ergriffen, welche die Folge der Behandlung waren. Diese Schwindelanfälle erschienen jedoch wieder, und zu ihnen gesellte sich nun eine Schwäche des linken Beines, das der Patient nachzuschleppen begann, und endlich im Monate September bekam er auch epileptiforme Anfälle. Es hatte deren ungefähr fünf an einem Tage. Es schien, als ob dieselben durch einen Aderlass zum Verschwinden gebracht worden seien, — aber in der darauffolgenden Nacht trat ein heftiges Delirium mit ausserordentlich starken Convulsionen ein. Wir hatten unser 5 Personen grosse Mühe, ihn ruhig zu halten.

Wir nahmen ausgedehnte Frictionen vor, wir verabreichten auch Quecksilber, um eine Salivation herbeizuführen, und nach Ablauf von acht Tagen war das Delirium verschwunden.

Der Kranke bekam wieder das Bewusstsein und behielt nur eine incomplete linksseitige Hemiplegie, die an dem Beine mehr ausgesprochen war als am Arm, die dem Kranken jedoch zu gehen gestattete, indem er dabei das Bein nachzuschleppen bemüssigt war. Diese Paralyse nahm allmälig ab und nach Ende eines Jahres war sie nicht mehr vorhanden.

Im darauffolgenden Jahre verhielt sich die Sache schon ganz anders; der Kranke bekam Icterus und Gummata in der Leber, einen Icterus, der trotz der specifischen Behandlung zwei Jahre lang anhielt. Später hatte der Kranke keine neuen Anfälle mehr und lebte noch acht Jahre. Im Alter von 68 Jahren wurde er von einer intercurrenten Lungenaffection dahingerafft.

Einer der zwei Söhne, der im Jahre 1836 geboren wurde, und das Alter von 20 Jahren erreicht hatte, als sein Vater neue Anfälle bekam, acquirirte zwei Jahre später einen inficirenden Chancre. Dieser Chancre dauerte drei Monate und war nur von leichten Anfällen begleitet, die nur ein Jahr lang anhielten. Der Kranke unterzog sich einer Cur in Luchon und bekam nichts mehr von der Krankheit zu sehen. Er heirathete zehn Jahre später und bekam vier prächtige Kinder, die gar keine Symptome der Krankheit darboten.

Die zweite in Rede stehende Beobachtung bezieht sich auf einen Mann, der im Alter von 22 Jahren einen inficirenden Chancre acquirirte, der drei Monate lang währte, und der von constitutionellen Erscheinungen in der Dauer von vier Jahren begleitet war.

Acht Jahre nach der Infection und vier Jahre nach dem Erscheinen des letzten Anfalles, verheirathete sich der Kranke. Er bekam zwei Kinder, die vollkommen gesund waren.

Später, im Alter von 39 Jahren, wurde er nach grossen Anstrengungen von einem circumscripten ulcerösen Syphilid befallen. Dasselbe war nicht sehr ausgedehnt, es bedurfte aber eines Zeitraumes von sechs Monaten, um dasselbe zur Heilung zu bringen, trotz der specifischen Behandlung.

Als eines der zwei Kinder 18 Jahre alt war, acquirirte es einen inficirenden Chancre, der drei Monate lang währte; hierauf traten secundäre Erscheinungen auf, wie z. B. Icterus und papulöse Syphilide.

Alle diese Erscheinungen waren innerhalb eines Jahres zu Ende.

Zehn Jahre später heirathete er und bekam schöne, ganz gesunde Kinder.

Es handelt sich hier somit um junge Leute, die Syphilis acquiriren, und die am Ende nur mit einer abgeschwächten Syphilis behaftet sind; eine vorübergehende Syphilis, die nach Ablauf eines Jahres beendigt ist; leichte Anfälle, die der Behandlung sehr leicht weichen und keine Spur der Krankheit mehr zurücklassen.

Da der Vater der Kinder zum mindesten fünf Jahre lang vor ihrer Zeugung keine syphilitischen Anfälle mehr darbot, so hatten die Kinder keine hereditäre Syphilis. Andererseits beweist das spätere Auftreten syphilitischer Erscheinungen beim Vater, dass die Krankheit bei ihm noch nicht erschöpft war, und dieser Umstand aber ist es, der mir die Vermuthung aufdrängte, dass man die Abschwächung der Syphilis auf Rechnung dieses Momentes setzen müsse.

Dies soll nicht bedeuten, dass man auch nicht andere Ursachen für die Immunität antrifft; aber diese Immunität schien mir interessant, um mitgetheilt zu werden.

Dr. R. BLONDEL: Es ist schon lange her, dass sich die Syphilidologen mit dieser grossen Frage beschäftigen, nämlich mit der Prognose der Syphilis und mit den Ursachen, welche dieselbe mehr oder weniger schwer gestalten können. Zunächst muss man sich — wie mein Freund MOREL-LAVALLÉE in einer ausgezeichneten Arbeit über diesen Gegenstand des Nähern ausgeführt hat — darüber verständigen, was denn eigentlich eine schwere Syphilis bedeute. Eine Syphilis mit Hauterscheinungen, multiplen und recidivirenden, die, nachdem sie den Kranken mehrere Jahre geplagt hat, keine tertiären Symptome hervorbringt oder dieselben auf einige Hauttumoren beschränkt, ist keine schwere Syphilis, das ist — wenn man will — eine unangenehme Syphilis; im Gegentheil, die Syphilis mit discreten secundären Erscheinungen, die plötzlich, ohne dass man auch im Allergeringsten irgendwelche Vorahnung davon haben würde, ein Gehirngumma zum Vorschein kommen lässt, das ist die wahrhaft schwere Syphilis. Das Element der Schwere liegt

in der Natur des ergriffenen Organs. In dieser Art, glaube ich, muss man die in Rede stehende Frage zu beantworten suchen.

Was nun die Factoren, welche diese Schwere der Erkrankung bedingen, betrifft, so hat man lange über diese Frage discutirt. Man hat das Temperament des Individuums beschuldigt, und in diesem Ideengange hatte sich soeben auch Dr. PAUL bewegt, indem er den sterilisirenden Einfluss der Heredität zugab. Ich erinnere an die classische Geschichte jenes Weibes, das in einer und derselben Nacht vier Studenten inficirte, und in welchen vier Fällen die Syphilis einen absolut verschiedenen Verlauf nahm, einen günstigen für den einen, und einen letalen für den andern.

Neben den Thatsachen dieser Art hat man auch eine Reihe anderer, nicht minder gut beobachteter Fälle angeführt, in welchen die Syphilis ihre ganze Schwere der Natur der Quelle, aus der sie stammte, entnommen zu haben scheint, wenn z. B. das inficirende Individuum derselben Rasse angehörte wie das inficirte; in gewissen Fällen hat man sogar beobachtet, dass eine Syphilis mit nervösen Erscheinungen mehrere Individuen befiel, indem sie bei diesen die hauptsächlich nervösen Localisationen hervorbrachte.

Ein Gedanke, der von Dr. GÉMY, aus Algier, ausgesprochen wurde, und der mir sehr plausibel erscheint, geht dahin, dass die Syphilis um so weniger schwer sei, als die Syphilis des inficirenden Individuums älter sei und sorgfältiger behandelt wurde. Die Syphiliden, die man bei einem Individuum acquirirt, das selbst erst vor kurzer Zeit inficirt wurde, und das sich noch keiner Behandlung unterzogen hatte, seien nach dieser Ansicht die schwersten Formen dieser Krankheit.

Es ist aber auch nicht minder wahr, dass die allgemeinen Gesetze, welche die Entwicklung einer jeden Infectionskrankheit beherrschen, auch hier ihre Rechte finden, und dass die Natur des Terrains eine bedeutende Rolle spielt; was ich jedoch hier hervorheben wollte, das ist der Umstand, dass dieses Terrain hier vielleicht nicht der einzige Factor, und dass die Qualität des Keimes nicht indifferent sei.

Was die Rolle der Heredität betrifft, namentlich die der paternellen Heredität, so ergeben sich auch hier mehrere interessante Fragen. Die Beispiele der Syphilitischen, welche gesunde, ja sogar immunisirte Kinder zur Welt gebracht haben, und die später tertiäre Erscheinungen darboten, sind ausserordentlich zahlreich.

Wie soll man sich nun diese Latenz des Virus erklären? HUTCHINSON glaubt, dass das infectiöse Agens während des Stillstandes, der die tertiäre Periode von der secundären trennt, in die Eingeweide seine Zuflucht nimmt, speciell in die Leber. Andere sind wieder der Ansicht, dass die Totalinfection eine primäre sei, und dass die Localisationen in den Eingeweiden, die während der tertiären Periode zum Vorschein kommen, schon zur Zeit der ersten Invasion entstehen, zu einer Zeit, zu der das Blut selbst virulent ist, und dass sich diese Localisationen an den Orten des geringsten Widerstandes des Individuums bilden. Nach der secundären Exacerbation nimmt die Contagiosität allmählig ab. Es ist somit gestattet, die Frage, aufzuwerfen, ob das Serum, das gewiss immunisirt ist, zu dieser Zeit keine mikrobicide Beschaffenheit annimmt, und ob es nicht dieses Serum mit seiner Immunität sei, welches dem Sprössling überliefert wird.

Immunisirt denn nicht der syphilitische Fötus seine Mutter?

Die tertiäre Syphilis mit ihrem Mangel an Contagiosität, mit ihrem ganz verschiedenen klinischen Verhalten, mit ihren oft parasyphilitischen Affectionen — wie sie FOURNIER nennt — z. B. Ataxie, allgemeine Paralyse, — die tertiäre Syphilis, sage ich, zeigt ein ganz verschiedenes Verhalten, und man beginnt Fälle kennen zu lernen — Fälle, die allerdings äusserst selten sind, in denen während der tertiären Periode eine Reinfection erzielt werden konnte.

Dasselbe gilt von der hereditären Syphilis. Ich glaube, dass es sogar auf der Klinik von Prof. FOURNIER selbst war, wo man voriges Jahr ein Individuum mit einem Chancre behaftet, welches früher auf derselben Klinik einige Jahre lang wegen Erscheinungen von hereditärer Syphilis behandelt worden war, wieder aufzunehmen bemüssigt war.

Ich möchte diese Betrachtungen mit der Mittheilung einer Beobachtung abschliessen, aus der ich momentan gar keine Schlussfolgerung ableite, einer Beobachtung, die an und für sich nichts beweist, da es sich um eine einfache Coincidenz handeln konnte; wenn aber die praktischen Aerzte eine gewisse Zahl solcher Beobachtungen in ihrer Clientele sammeln können, so könnte uns vielleicht deren Gruppirung auf die Spur neuer interessanter Thatsachen bringen.

Die Beobachtung ist folgende: M. B. pflegte im Alter von 30 Jahren, während seiner Ferien in einer Garnisonsstadt, in der Dauer eines Monats, fast täglichen Verkehr mit einem Weibe, welches an ausgesprochener secundärer Syphilis litt. Sie bot die Erscheinungen von Plaques muqueuses der Nase und der Vagina dar, und ausserdem Hautpapeln und Adenitis cervicalis. Die Diagnose wurde von einem mit mir befreundeten Arzte gemacht, der zufällig mit dem in Rede stehenden Weibe zusammengekommen war. Einen Monat lang verbrachte M. B. in Angst, er erfuhr sogar, dass einer seiner . . . . Mitarbeiter sich soeben mit einem prächtigen Chancre bereichert hatte; aber was ihn betrifft, so sah er nichts Böses kommen. Trotz der sorgfältigsten Untersuchung, die während drei Monaten vorgenommen wurde, konnte man gar kein Zeichen der Ansteckung constatiren. M. B. war zu dieser Zeit jung, kräftig, erfreute sich eines ruhigen Lebens, hielt sich in guter Luft auf und bot eine ausnahmsweise robuste Constitution dar.

Acht Jahre verstrichen. M. B. wird von multiplen Phlegmonen des Arms befallen, die seine Gesundheit stark erschüttern. Die Eiterung dauert lange. Das Individuum verliert 22 Pfund von seinem Körpergewichte und wird ganz entstellt. Nachdem er sechs Wochen bettlägerig war, bekommt er zu Ende dieser Zeit den Besuch seiner Maitresse, führt einen Coitus aus, und 21 Tage später bemerkt er die Anwesenheit eines sehr schönen Chancres. Jetzt leidet er an einer äusserst hartnäckigen Syphilis; das inficirende Individuum, das ich untersuchte, litt an einer ganz frischen Syphilis (Chancre) und hatte sich gar keiner Quecksilberbehandlung unterzogen; dies passt sehr wohl zur Theorie von Dr. de GÉMY.

Dr. C. PAUL: DIDAY hat Fälle von syphilitischer Reinfection citirt; er konnte sogar constatiren, dass die zweite Syphilis beträchtlich weniger schwer war, als die erste. Ich glaube an den Einfluss des Terrains bei dem Individuum, dem die Syphilis überliefert wird. Der Herpetismus bildet einen offenbar erschwerenden Umstand.

Ich erinnere mich an einen meiner Kranken, an einen jungen Mann von 20 Jahren, syphilitisch, Sohn einer herpetischen Mutter und der zwei herpetisch veranlagte Onkel hatte. Trotz der Behandlung bot er epileptiforme Anfälle dar. Die spezifische Behandlung war bei ihm schwer anwendbar; von dem Momente an, in dem er Quecksilber nahm, war er von Eczema bedeckt. Ich liess ihn jedwede Behandlung aufgeben und schickte ihn nach Algier. Nach Ablauf eines Jahres waren die Schwindelanfälle verschwunden, und mein Patient befand sich besonders wohl; nach einem zweimonatlichen Aufenthalte in Paris kamen das Eczema und die Syphilis von neuem zum Vorschein. Ich schickte ihn wieder nach Algier zurück; bei seiner Ankunft hatte er ausserordentlich schwere Knochenunfälle und man musste ihm 19 subperiostale Abscesse successive öffnen.

Dr. R. BLONDEL: Ich behandle jetzt zwei Brüder, welche beide herpetisch sind; der eine hatte Acne am Gesicht und Psoriasis am Stamme, der andere Angina herpetica zu wiederholten Malen, und Pityriasis capitis. Beide haben Syphilis acquirirt und zwar bei einer Zeitdifferenz von einem halben Jahre und bei verschiedenen Gelegenheiten. Der eine bot nur unbedeutende Symptome dar, einige Plaques muqueuses; nichts an der Haut; der zweite hat seit sechs Monaten Plaques, die trotz der energischesten Behandlung, wie z. B. Frictionen und Injectionen von Calomel, recidiviren. Er ist mit enormen und sehr hartnäckigen papulösen Syphiliden und Syphyliden an der Palma manus behaftet, und heute bietet er überdies eine partielle Paralyse des Armes dar. Ich glaube jedoch, dass meine beiden Patienten auch, was das Temperament betrifft, möglichst miteinander vergleichbar sind; die beiden Brüder unterscheiden sich kaum um ein Jahr im Alter. Ich frage mich daher, ob man nicht hier die Beschaffenheit des Keimes beschulden müsse. Der am schwersten Betroffene bekam seine Syphilis von einer ver-

heiratheten Frau, die ihr Leiden nicht kannte und niemals behandelt wurde; der erste, der kaum von der Syphilis betroffen wurde, holte sich dieselbe bei einer Professionsprostituirten, die schon mit Quecksilber behandelt worden war. *R—x.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Haut-Anomalien bei inneren Krankheiten.

Klinische Vorträge für Aerzte und Studirende.

Von **Dr. S. Jessner.**

Verlag von August Hirschwald. Berlin 1893.

Die bekannten mannigfaltigen Beziehungen, welche Allgemeinerkrankungen sowie pathologische Zustände innerer Organe zu den Veränderungen des Hautorganes besitzen, bilden das interessante Thema des vorliegenden schmächtigen Werkchens (116 Seiten) des, durch seine dermatologischen Studien bereits gekannten Autors, das seinem Zwecke, sich als Bindeglied für die beiden in Rede stehenden Disciplinen zu erweisen und die Wichtigkeit der Hautveränderungen für den Internisten, der inneren Krankheiten für den Dermatologen darzuthun — im vollsten Masse gerecht wird.

Vom Standpunkte des inneren Mediziners zieht Verfasser, dem die gründlichste Kenntniss beider Disciplinen gleich zur Verfügung steht, hauptsächlich jene Hautanomalien in das Bereich seiner Erörterungen, die entweder als Theilerscheinungen und Symptome innerer Leiden zu betrachten sind, oder aber zu solchen in ätiologische und pathologische Beziehungen gebracht werden; entsprechend den Erkrankungen der einzelnen Organsysteme erörtert Verfasser in dem knappen Rahmen von zwölf Vorträgen das reiche Material, wobei er nebst eines reichen Erfahrungswissens, eine umfassende Literaturkenntniss mit besonderer Routine zu verwerthen weiss, welch' letztere aber Verfasser öfter zur breiteren Darlegung von Fragen verleitet, die vom gestellten Thema bedenklich seitwärts liegen, wodurch die Uebersicht bei der sonst so koncisen Darstellung des reichen Stoffes wiederholt empfindlich gefährdet wird.

Einer derartigen, namentlich nach der Seite der Pathologie hin verbreiteten Schilderung, begegnen wir gleich im ersten, die Leber- und Gallenwege-Erkrankungen behandelnden Vortrage, der mit Ausnahme des Xanthelasmas, ausschliesslich die Pathologie des Icterus erörtert.

Im nächsten Abschnitte, der die Affektionen des Digestionstraktes berücksichtigt, finden sich Mund- und Rachenaffektionen besprochen, die entweder nur als Theilerscheinungen von Hautaffektionen (Lichen ruber, Pemphigus) aufzufassen sind, oder aber zu solchen in keinerlei Beziehung stehen, wie das Carcinom der Zunge, während die interessanten Relationen zwischen den Digestionsstörungen und Intoxicationsexanthemen nur ganz nebensächlich abgethan werden.

Von den Krankheiten der Respirationsorgane sind in zweckmässiger Weise, um Wiederholungen zu vermeiden, alle jene zusammengefasst, die mit Cyanose verbunden sind oder einhergehen können; eingehende Erörterung erfahren: die croupöse Pneumonie in ihrer Beziehung zum Herpes facialis und Icterus, die Lungentuberkulose in ihrem Verhältniss zum Lupus, der wahren Hauttuberkulose, den profusen Schweissen, trophischen und vasomotorischen Störungen der Haut, und das Asthma bronchiale, in der vielfach, neuerdings wieder von NOORDEN betonten, ebenso auffallenden als räthselhaften Beziehung zu chronischen ausgebreiteten Ekzemen. Wozu in diesem Abschnitte die Thermopalpation besprochen wird, ist gänzlich unverständlich.

Entsprechend den wenig ausgeprägten Hautveränderungen im Verlaufe von Herzkrankheiten, ist der nächste Abschnitt ziemlich kurz gefasst, trotzdem er sich auch auf die Erörterung des Morbus Basedowii (Quaddelbildung, Bronzefärbung, Verminderung des galvanischen Leitungswiderstandes) und des Myxödems ausbreitet.

Bei den Erkrankungen der Nieren, Nebennieren und des Genitalapparates werden die Oedeme, Urhidrosis (bei Urämie), Morbus Addisonii, Chloasmen, Acne rosacea und die verschiedenen Menstruationsexantheme des Genaueren gewürdigt. Bei der bemerkenswerthen Literaturkenntniss des Verfassers lässt es uns Wunder nehmen, dass der nunmehr allgemein gekannten Impetigo herpetiformis, die fast ausschliesslich im Anschlusse an weibliche Genitalaffektionen zur Entwicklung gelangt, nicht mit einem Worte gedacht wird.

Gleich den meisten Affektionen, erfahren auch die Nervenaffektionen in erster Reihe vom Standpunkte des Internisten ihre Betrachtung. Von den Hautveränderungen bei Rückenmarkserkrankungen erfährt nur der im Gefolge von entzündlichen Prozessen auftretende Decubitus acutus eine genauere Besprechung, für dessen trophische Natur das Vorkommen eines halbseitigen Decubitus cerebralis, wie ihn CHARCOT besonders im Geleite von Herdaffektionen des Hirns beschrieben hat, angeführt wird. Die veschiedenen Sensibilitäts- und Sekretionsanomalien, sowie die trophischen und vasomotorischen Störungen, wie solche bei Syringomyelie, Systemerkrankungen, Sympathicusaffektionen, sowie organischen und funktionellen Hirnerkrankungen vorhanden sind, werden nur kurz behandelt.

In dem Kapitel der sogenannten Blutkrankheiten werden die verschiedenen Farbennuancen der Haut, die Anomalien der Schweisssekretion, die Hautblutungen und Hautinfiltrationen (bei Leukämie, Pseudoleukämie) im Zusammenhange erörtert.

Bei den Konstitutionsanomalien finden die Harnsäureablagerungen der Arthritiker, die diabetische Furunkulose, Gangrän, Balanitis, Vulvitis, ferner die als BARLOW'sche Krankheit bezeichnete scrobutähnliche Erkrankung der Säuglinge, die oft mit Rhachitis in Verbindung tritt, ihre Würdigung.

Von spezifischen skrophulösen Hautleiden und sonstigen Veränderungen bei Skrophulose sind, der Lichen skrophulosorum, die Acne cachecticorum, das Skrophuloderma und das Ekzem besprochen, wobei sich Verfasser an die wenig gekannte Eintheilung von HEBRA jun. hält.

Das für die Betrachtungen wichtigste und ergiebigste Gebiet stellen die Infektionskrankheiten dar, die in eingehendster Weise in den letzten zwei Vorträgen abgehandelt werden. Von den chronischen Affektionen ist es die Syphilis, die entsprechend ihren vielfachen Beziehungen zur allgemeinen Decke die genaueste Erörterung erfährt, während von den akuten Formen, nebst den akuten Exanthemen, hauptsächlich der akute Gelenksrheumatismus, Influenza, Diphtheritis, Cholera und die Typhusarten in ihren Beziehungen zu Purpuraformen, Erythemen, Herpes-Eruptionen und Roseolen besprochen werden. *N.*

Studien über die Specificität, den Altruismus und die Anaplasie der Zellen

mit besonderer Berücksichtigung der Geschwülste.

Von

Dr. David Hansemann,

Assistent am pathologischen Institute und Privatdocent an der Universität Berlin.

Mit 13 Tafeln und 2 Figuren im Text.

Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Der auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie schon rühmlichst bekannte Verfasser hat in dem vorliegenden Werke eine Summe langjähriger Erfahrungen und gewissenhafter Forschungen niedergelegt. Die erste Frage, deren Erledigung sich HANSEMANN in diesem Buche zuwendet, ist die von der Existenz der Metaplasie der Zellen. Das der Fortpflanzung dienende Stadium ist für jeden Organismus der Moment, in dem er das Individuelle fast völlig abstreift und im Artcharakter aufgeht. Für die Zelle ist der Moment der Zelltheilung, der im angegebenen Sinne in Betracht kommende. In diesem Stadium muss man daher die Zellen untersuchen, um die Charaktere der betreffenden Zellgattungen erkennen zu können. Da kann man nun nach HANSEMANN constatiren, dass die verschiedenen Zellenarten wirklich constante Verschiedenheiten aufweisen, die sich an allen Details der Kerntheilung verfolgen lassen. Es besteht daher eine Specificität der Zellen, eine Metaplasie findet nicht statt. Mit der Aufstellung dieses Satzes wird aber die Erklärung einer anderen Thatsache erschwert, nämlich der Thatsache, dass ja einst alle Zellen aus einer Zelle hervorgegangen

sind. Zur Erklärung dieser Thatsache acceptirt HANSEMANN die Plasmentheorie und nimmt zur Erklärung der Specificität der Zellarten an, dass zwar neben dem Hauptplasma noch Nebenplasmen in der Zelle zurückgeblieben sind, dass aber durch eine ungleiche Theilung eine Ueberzahl des Hauptplasmas (und in Folge dessen die Specificität) resultire.

Die qualitativ ungleiche Theilung dient aber gleichzeitig zum Verständniss des Altruismus der Zelle, dem der zweite Abschnitt des Werkes gewidmet ist. Zunächst ist unter Altruismus nur der unbedingte Zusammenhang zwischen den einzelnen Zellarten verstanden, der nothwendig aus der Keimplasmatheorie resultirt. An einem Schema erläutert nun HANSEMANN, wie er sich die fortschreitende Differenzirung der Zellarten vorstellt, und wie bei fortschreitender Differenzirung ein immer stärkeres Ueberwiegen einzelner Plasmaarten eintreten muss. Dadurch wird aber die Zellthätigkeit immer einseitiger, jede Zellart immer mehr auf die anderen Zellarten, respektive auf ihre «Antagonisten» angewiesen. In sehr geistreicher Weise führt nun Verfasser die zweifache Thätigkeit der Organe, die positive und die negative, aus. Als negative Function bezeichnet HANSEMANN diejenige, die gewisse Stoffe aus dem Körper eliminirt, als positive diejenige, die dem Körper Stoffe zuführt. Unsere Kenntnisse in dieser Beziehung sind noch recht mangelhaft, so kennen wir z. B. von der Niere die negative Function — Harnsecretion — sehr genau, während uns von der positiven so gut wie nichts bekannt ist. HANSEMANN ist nun geneigt, manche Symptome bei Nierenerkrankungen z. B. die rasch auftretenden Hautödeme, einzelne Erscheinungen der Urämie durch Ausfall der positiven Nierenfunction zu erklären. Auch für andere Organe ist diese Theorie der positiven und negativen Functionen in sehr geistvoller Weise ausgeführt.

Der letzte Abschnitt des Werkes handelt von der Anaplasie der Zellen. Als anaplastische Zellen bezeichnet HANSEMANN solche Zellen, welche an Differenzirung verloren haben, also schon einmal höher differenzirt waren. Anaplastische Zellen stehen aber in einem gewissen Gegensatze zu embryonalen Zellen. Dieselben Veränderungen, die Verfasser als anaplastische bezeichnet, findet er auch im Gewebe der Carcinome und er bezeichnet die Veränderung in den Carcinomen als direct eine anaplastische. Die anaplastische Zelle hat einen geringen Grad von Altruismus gegenüber den übrigen Körperzellen und eine grössere selbstständige Existenzfähigkeit. Anaplastische Veränderungen findet man nur in bösartigen, niemals in gutartigen Tumoren. Endlich betont HANSEMANN ausdrücklich, dass durch seine Deductionen die Aetiologie der malignen Tumoren nicht erklärt sei, dass ihm ein solcher Versuch auch vollkommen ferne gelegen sei.

Das äusserst anregende und originelle Werk, das HANSEMANN seinem Lehrer VIRCHOW gewidmet hat, wird wohl ernste Beachtung finden und den Anstoss zu weiterer Arbeit auf diesem schwierigen Gebiete geben. Die Lecture dieses ganz ausgezeichnet geschriebenen Buches gewährt einen wirklichen Genuss und viele Belehrung.

Die Ausstattung ist eine vortreffliche, die zahlreichen Mikrophotographien sehr gut gelungen. *J. S.*

Hypnose und Suggestion im Dienste der Heilkunde.

Ein Vortrag von **Dr. Ewald Hacker,**

Spezialarzt für Nervenkrankheiten in Wiesbaden und Johannisberg a. Rh.

Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

Die zahlreichen Brochüren, die im Laufe der letzten 2—3 Jahre über die Suggestion als Heilmittel erschienen und selten etwas Neues enthalten, haben doch stets einen gewissen Werth, wenn sie der Feder eines verständigen und erfahrenen Arztes entstammen. Denn noch immer ist die Stellung des Hypnotismus und der Suggestion als wissenschaftliche Lehre nicht gefestigt genug, um der Fürsprecher entrathen zu können. In diesem Sinne ist HACKER's Vortrag mit Anerkennung aufzunehmen, und er selbst sagt, dass er es als seine Pflicht ansah, den vielen Anfeindungen gegenüber, welche die Suggestionstherapie noch immer erfährt, mit seinem Urtheil offen hervorzutreten. In die klare und lesenswerthe Schrift sind einige Krankengeschichten eingestreut, die den Skeptikern von Profession bestens empfohlen seien. *A. S.*

Mikrophotographischer Atlas der Bakterienkunde.

Von **Prof. Dr. C. Fränkel** und **Dr. Richard Pfeiffer.**

II. Auflage. — 5. und 6. Lieferung.

Verlag von August Hirschwald. Berlin 1893.

Vorliegendes Heft enthält den Schluss der den Milzbrandbacillen gewidmeten Abbildungen, ferner Darstellungen des Heubacillus, Rauschbrandbacillus, Bacillus des malignen Oedems, Tetanusbacillus und Tuberkelbacillus. Die Photographien sind durchwegs so gut gelungen, dass es schwer fällt, einzelne als besonders vortreffliche hervorzuheben. Indessen erscheinen uns Nr. 49 (Geisseltragender Oedembacillus), Nr. 56 und 57 (Kulturen des Tetanusbacillus) als die bestgelungenen dieses Heftes. Wie in den anderen Heften zeichnet sich auch in diesem der Text durch prägnante Fassung und musterhafte Klarheit aus. *J. S.*

Zeitungsschau.

Aus der königlichen Universitätspoliklinik für Nervenkranke zu Breslau.

Ludwig Mann: Ueber das Vorkommen motorischer Störungen bei der Ischias, mit Einschluss der ischiadischen Wirbelsäulenverkrümmungen. (Deutsches Archiv für klinische Medizin. Band 51, Heft 6. 1893)

WERNICKE machte die Beobachtung, dass sich in Fällen von Ischias ganz gewöhnlich auch Muskelparesen im Gebiete der schmerzenden Nerven nachweisen lassen. Diese Beobachtung veranlasste den Verfasser, zu untersuchen, in einer wie grossen Zahl der Fälle die Ischias dieses Begleitungssymptom aufweist, und dabei festzustellen, in welchen Muskeln die motorische Störung sich zu localisiren pflegt.

Von 47 Fällen von Ischias kommen hier nur 27 in Betracht, da nur bei diesen die Motilität genau untersucht wurde.

In diesen 27 Fällen von Ischias konnte Verfasser eine Parese der Unterschenkelbeuger (biceps, semimembranosus, semitendinosus) constatiren. In einigen Fällen war die Erregbarkeit der paretischen Musculatur leicht herabgesetzt, in den meisten jedoch völlig intact. Qualitative Veränderungen wurden keine vorgefunden.

Am Gange der Patienten konnte man keine Merkmale der Unterschenkelbeugerparese wahrnehmen.

In anderen vom Nervus ischiadicus versorgten Muskeln konnte eine Parese nur selten constatirt werden. So fand Verfasser in einem Falle neben der Beugerschwäche eine Schwäche des Gastrocnemius, in einem zweiten Falle bestand ausser der Schwäche des Unterschenkelbeuger eine Schwäche der Dorsalflexoren des Fusses und in einem dritten Falle liess sich eine Schwäche der Plantarflexoren und der Dorsalflexoren constatiren.

Es ergibt sich also, dass die Erkrankung, die man im Allgemeinen als eine einfache Neuralgie des Ischiadicus aufzufassen pflegt, in vielen Fällen viel complicirter sich gestaltet, indem nicht nur die sensiblen, sondern auch die motorischen Fasern befallen sind. In den meisten dieser Fälle wird wohl eine Neuritis ischiadica zu diagnosticiren sein.

Verfasser hat ferner acht Fälle beobachtet, in welchen neben der Ischias motorische Störungen nicht nur im Gebiete des Nervus ischiadicus selbst, sondern auch im Gebiete anderer Nerven des Plexus sacralis und auch des Plexus lumbalis vorlagen. So bestand in zwei Fällen eine Lähmung des Glutexus maximus. Die faradische Erregbarkeit war in einem dieser Fälle völlig aufgehoben,

in dem zweiten sehr stark herabgesetzt und in beiden zeigte sich eine Verlangsamung der galvanischen Zuckungsform. Ausserdem war noch in einem der beiden Fälle eine Schwäche des Glutaeus medius zu constatiren. Zwei Mal wurde eine Schwäche des Glutaeus medius bei erhaltenem maximus beobachtet.

Die motorischen Fasern des Nervus cruralis waren 4 Mal befallen, d. h. es bestand eine Parese des Unterschenkelstreckers (M. quadriceps).

In zwei weiteren Fällen liess sich eine Schwäche der Bauchmusculatur constatiren. Die Schwäche kennzeichnete sich dadurch, dass jedesmal bei tiefer Exspiration eine Verziehung des Nabels nach der gesunden Seite stattfand, ferner dadurch, dass beim Aufrichten des Rumpfes aus der Rückenlage derselbe nach der gesunden Seite abwich.

* * *

Die ischiadische Scoliose besteht bekanntlich in einer Seitwärtskrümmung des lumbalen Abschnittes der Wirbelsäule mit der Convexität nach der kranken Seite und in einer compensatorischen, umgekehrt gerichteten Scoliose der Dorsalwirbelsäule.

Zur Erklärung der ischiadischen Scoliose wurde eine ganze Reihe von Theorien aufgestellt, denen Verfasser aber nicht beistimmen kann, denn durch seine Beobachtungen wurde er zu einer ganz anderen Auffassung über die Ursachen der ischiadischen Scoliose gedrängt.

Da Paresen nicht nur der vom Ischiadicus, sondern auch von anderen Nerven des Plexus sacralis und lumbalis versorgten Muskeln die Ischias so ausserordentlich häufig begleiten, so konnte nichts natürlicher scheinen, als dass eine derartige Erkrankung der motorischen Nerven sich gelegentlich in dem Erector trunci localisiren könne. Eine einseitige Paralyse oder Parese dieses Muskels muss aber nothwendiger Weise zu einer Scoliose (mit der Convexität nach der erkrankten Seite) führen, da das Aufrechterhalten der Wirbelsäule in gerader Richtung nur bei völlig gleicher Energie der beiderseitigen Musculatur möglich ist. Die so entstehende Scoliose muss ferner mit der Neigung der Rumpfes nach vorne verbunden sein, weil der Erector trunci ausser der Seitwärtsneigung auch die Streckung des Rumpfes zu besorgen hat, sein Ausfall also die entgegengesetzte Bewegung (Vorwärtsbewegung) zur Folge haben muss.

An der Hand von weiteren 6 Fällen sucht Verfasser seine Ansicht näher zu begründen und zum Schlusse fasst er die Resultate seiner Untersuchungen folgendermassen zusammen:

1. Die Ischias wird ausserordentlich häufig von Paresen sowohl der vom Ischiadicus selbst als auch der von anderen Nerven des Plexus lumbro-sacralis versorgten Muskeln begleitet. Am häufigsten findet sich eine Parese der Unterschenkelbeuger.

2. Die paretischen Muskeln zeigen meist nur eine leichte Atrophie und geringe oder keine Veränderungen der electrischen Erregbarkeit.

3. Erstreckt sich die Parese auf den M. erector trunci, so entsteht die typische, mit der Convexität nach der kranken Seite gerichtete Scoliose (gekreuzte Scoliose).

4. Es kann vorkommen, dass die Neuralgie des Ischiadicus nur einseitig ist, aber doch eine doppelseitige auf beiden Seiten Mobilitätsstörungen mit sich führende Erkrankung des Plexus lumbo-sacralis vorliegt. Ist in einem solchen Falle der Erector trunci der nicht neuralgischen Seite befallen, so entsteht die anomale, homologe Scoliose (Convexität nach der nicht neuralgischen Seite). Die Möglichkeit, dass in anderen Fällen diese homologe Scoliose auch durch Spasmus des Muskels auf der neuralgischen Seite entstehen kann, will ich desshalb nicht in Abrede stellen.

5. Ist die Ischias von einer doppelseitigen Parese der Bauchmuskeln begleitet, so entsteht eine Lordose der Lendenwirbelsäule: ein Krankheitsbild, welches man als Ischias lordotica bezeichnen kann.

Rdt

Dr. Teodorico Tessari (Padua): **Die Chromotherapie der unzugänglichen Neubildungen.** (Deutsche Mediz.-Zeitung Nr. 68, 1893.)

Aus dem Resultat der Behandlungen von 6 Kranken ist Verfasser zu nachstehendem Resultate gelangt:

1. Die von Mosetig vorgeschlagene Chromotherapie hat in den beobachteten Fällen zum Theil ihre Bestätigung gefunden.

2. Die Annahme, das der vom Thiere stammende Farbstoff (Kochenille) bessere Resultate erzeugt als der der Chromaniline, hat sich als richtig erwiesen.

3. Das Pikrokarmin verhütete nicht das Wachsthum der Tumoren, milderte nicht den Schmerz und stillte nicht die jauchige Sekretion.

4. Dagegen zerstörte das Fuchsin neoplastische Knötchen, mässigte oder beseitigte sogar mitunter die Schmerzen, unterdrückte den widrigen Geruch und reduzirte oder beseitigte die Entwickelung des Sekretes.

5. Das Methylviolett beseitigte nicht die Neoplasmen, aber leitete eine markante Verlangsamung der Entwickelung ein, unterdrückte den Schmerz und den fauligen Verfall.

6. Bei vorsichtiger Anwendung verursachen alle drei Substanzen keine toxischen Erscheinungen; möglicherweise treten diese auch nicht beim Gebrauch höherer Dosen auf.

Marie: Behandlung der Keloide mit hypodermatischer Injektion von Kreosotöl. (Monatsheft für Praktische Dermatologie Bd. XVII, Nr. 4).

Marie betrachtet die Keloide als infektiöse Neubildung. Nicht nur, dass nach Excision in einem Falle lokales Recidiv eintrat, sah Verfasser auch nach Skarifikation eines Keloid an verschiedenen Stellen Keloide auftreten, wo keine Wunden und Narben sassen und nimmt an, dass das infektiöse Agens durch die Skarifikation in den Kreislauf gebracht ist. Deshalb empfiehlt Marie, von jeder Operation der Keloide abzusehen, sondern sie mit Injektionen von 20%igem Kreosotöl zu behandeln. Darnach schwillt die Oberfläche an und wird blass, nach 2—3 Tagen livide. Darauf treten Eiterherde auf, welche die Zerstörung der Geschwulst bewirken. Der Schmerz nach den Injektionen dauert mehrere Stunden. Diese Behandlung erzielt nicht nur Destruktion, sondern scheint auch sekundäre Verschleppung zu verhindern.

Jeannel: Behandlung der chirurgischen Tuberkulose durch kochendes Wasser. (Centralblatt für Chirurgie Nr. 35, 1893.)

Maurel in Toulouse hat den Einfluss hoher Temperaturen auf die Tuberkelbacillen experimentell geprüft und ist dabei zu beachtenswerthen Ergebnissen gelangt. Er fand u. A., dass Temperaturen von 90—95° C. die Bacillen sofort unfähig machen, die weissen Blutkörperchen zu zerstören, solche von 65—70° dies nach 1 Stunde bewirken, solche von 43—44° es nach 3 Tagen thun, solche von 41—43° bei bestehendem Fieber von 40—41° nach 15 Stunden die Bacillen derart schwächen, dass die Leukocyten ihnen wenigstens 7 Stunden lang widerstehen können.

Für die chirurgische Behandlung der Tuberkulose mittels hoher Temperaturen ergibt sich hieraus, dass man zwei Wege einschlagen kann: entweder kurze Einwirkung hoher Hitzegrade über 70°, oder lange Einwirkung von Temperaturen unter 70°. Die erste Methode wurde neuerdings von Felizet empfohlen (cf. das Ref. in d. Bl. 1803 Nr. 23.) Die zweite, langsame Methode haben Clado und Verneuil bereits 1891 angegeben. Sie construirten eine Art Ofen, in dem Ziegelsteine auf 130° erhitzt wurden; das in Watte eingehüllte erkrankte Glied wurde auf die Steine gelagert und der Hitzeeinwirkung stundenlang ausgesetzt. Abgesehen von der Umständlichkeit und Schmerzhaftigkeit des Verfahrens bezweifelt Jeannel wohl mit Recht, dass die Temperatur im Krankheitsherd selbst dabei hoch genug wurde, um die Bacillen zu zerstören. Er verfiel daher auf die Idee, statt der trockenen feuchte Hitze anzuwenden, um auf diese Weise eine Sterilisation der Tuberculoseherde zu erzielen.

Er verfuhr je nach der Natur des Krankheitsherdes verschieden. Kleinere Höhlenwunden werden zuerst ausgeschabt und gereinigt, dann mit kaltem Salzwasser vollgegossen und in dies nun ein weissglühender Thermocauter getaucht, bis das Wasser kocht. Man erhält die Flüssigkeit 5—20 Minuten lang im Kochen. Bei noch nicht eröffneten kalten Abscessen soll man 2 Trokars in dieselben stossen; durch den einen führt man ein Gummirohr in den Abscess, auf den anderen kommt ein Trichter, durch den kochendes Wasser eingegossen wird, das aus dem Drain wieder abfliesst. Nach frischen Gelenkresektionen wird entweder kochendes Salzwasser direkt in die Wunde gegossen, oder bei Fistelbildung Wattetampons in die heisse Lösung getaucht und dann in die Wunde gebracht. Die umgebende Haut wird durch Compressen, die mit kalter 1‰iger Sublimatlösung imbibirt sind, vor Verbrühung geschützt.

Die Folge dieses Verfahrens schildert JEANNEL folgendermassen: Die ganze verbrühte Fläche bekommt das Aussehen wie gekochtes Rindfleisch. Capilläre parenchymatöse Blutungen stehen sofort; grössere Gefässe müssen nach Abnahme des ESMARCH'schen Schlauches unterbunden werden. Vom Tage nach der Operation ab beginnt eine starke Secretion, die einen häufigen Verbandwechsel erforderlich macht. Nach Ablauf von 5—8 (!) Tagen hört die Secretion auf; die Wunden verlieren ihr graues Aussehen, granuliren stark und gehen einer raschen Vernarbung entgegen.

Practisch hat JEANNEL seine Methode bis jetzt erst in 11 Fällen erprobt; 4 mal handelt es sich um verzweifelte Fälle tuberculöser Gelenkaffection, wo nur noch die Amputation in Frage kam, 7 mal um leichtere Fälle derselben Categorie, die noch nicht behandelt worden waren. Die letztgenannten sind zu frischen Datums, um ein abschliessendes Urtheil zu gestatten; von den ersten 4 Patienten sind 2 geheilt und 2 gebessert.

P. J. Kolsky: Ueber den Einfluss der meteorologischen Verhältnisse auf die Entstehung der croupösen oder fibrinösen Pneumonie. (Zeitschr. für klin. Medizin. 22. Bd., 4. u. 5. Heft. — Allgem. Medizin. Central-Zeitung. Nr. 70. 1893.)

Die unter ERISMANN's Leitung gefertigte Moskauer Dissertation umfasst 6198 Pneumoniefälle, welche sich über 13 Jahre vertheilen. Zum Vergleiche standen dem Verfasser genaue Aufzeichnungen über Temperatur, Barometerstand, relative Feuchtigkeit, Sättigungsdeficit, Richtung und Stärke des Windes und atmosphärische Niederschläge für die betreffenden Jahre zur Verfügung. Seine Resultate sind folgende:

1. Die Witterungsverhältnisse spielen in der Aetiologie der croupösen Pneumonie, wenn nicht die hauptsächlichste, wie man früher dachte, so doch eine bedeutende Rolle.

2. Um den richtigen Werth des Witterungseinflusses auf die Entwicklung der Pneumonie zu begreifen, ist ausser einem grossen klinischen Material ein langer Zeitraum mit mannigfaltiger Witterung nothwendig.

3. Die Pneumonie wird öfter bei Witterungsverhältnissen, welche von der Norm einer gewissen Periode abweichen, beobachtet.

4. Die überwiegende Zahl der Pneumonien in Moskau für einen gewissen Zeitraum wird beobachtet: bei einer Temperatur und unter ihren täglichen Amplituden unter der Norm, bei einem Barometerstand über der Norm, bei Nordwinden, bei einer Windstärke unter der Norm und bei spärlicheren als normalen Niederschlägen.

5. Die Summe der eben genannten meteorologischen Factoren bietet eine strenge Harmonie ihrer Elemente dar ohne Widerspruch im meteorologischen Sinne, und erinnert an das Wetter der hinteren Seite der Cyclonen oder der östlichen der Anticyclonen.

6. Die Untersuchung des Zusammenhanges der Pneumonie mit den Cyclonen und Anticyclonen als Factoren des Witterungswechsels ist eine Aufgabe der Zukunft.

7. Die Temperaturschwankungen in den Grenzen um 0° bilden günstige Verhältnisse für das Auftreten der Pneumonie.

8. In milden Wintern kommen mehr Pneumonien vor, scheinbar weil die Temperatur öfter in den Grenzen um 0° schwankt.

9. Die positive Bedeutung der Erkältung als ätiologisches Moment in der Entwicklung der Pneumonie wird bestätigt.

10. In der Pneumoniecurve nach Jahren ist eine Neigung bemerkbar, der Barometercurve parallel zu folgen.

11. Die Untersuchungen des Einflusses der relativen Feuchtigkeit nach Jahreszeiten gibt widersprechende Resultate; schädlich scheinen die Extreme zu sein.

12. Die Beobachtung SEIBERT's, dass bei einer grossen Intensität der Pneumonie die Curven der Temperatur und der relativen Feuchtigkeit weit von einander abstehen, wobei der Parallelismus unter ihnen fehlt und umgekehrt, wird nicht immer bestätigt.

13. Die Meinung, dass die Pneumonie öfter bei starken Winden vorkommt, ist nicht wissenschaftlich begründet.

14. Jahre mit starken Winden entsprechen Jahre mit schwacher Entwicklung der Krankheit.

15. Unter den meteorologischen Elementen ist bis jetzt keines gefunden, dessen Curve die Pneumoniecurve erklärt hätte.

Dr. R. d'Anluay: Behandlung der Blenorrhoe mit Methylenblau. (Bulletin Medical. VII. 68.)

Von der Voraussetzung ausgehend, dass das Methylenblau die Gonokokken bei dem Akte der Färbung tödte, hat Verfasser eine Methode erdacht, um die Gonokokken mit diesem Mittel in der Epithelschicht und in den verschiedenen Falten und Buchten der erkrankten Schleimhaut zu erreichen. Verfasser hat nachfolgende Lösung verwendet: Methylenblau 10·0, Alkohol 15·0, Kalium carbonic. 0·2, Aq. dest. 200·0. Die Behandlung wird in nachstehender Weise durchgeführt. Patient wird am ersten Tage mit Watte und 1‰ Sublimat gereinigt (es wurden nur Vaginalblenorrhoen vom Verfasser behandelt). Hierauf wird ein mit Methylenblau getränkter Gazetampon bis in den Fornix vaginae hinaufgedrängt, der Rest der Vagina mit trockenen Tampons ausgefüllt. Diese Tampons werden 2 Tage lang an Ort und Stelle belassen. Hierauf werden sie entfernt und eine Sublimatirrigation ausgeführt. Hierauf sind meist die Schmerzen schon geschwunden, doch entzieht sich die Beschaffenheit der Schleimhaut in Folge der intensiven Blaufärbung einer Beurtheilung. Für die nächsten 24 Stunden wird ein Glycerintampon eingelegt. Am vierten Tage ist meist die Färbung der Vaginalschleimhaut abgeblasst, die Sekretion hat aufgehört und die Geschwüre sind gereinigt; die Heilung macht hierauf konstante Fortschritte. Als Vortheile dieser Therapie betont Verfasser die Schmerzlosigkeit, Geruchlosigkeit, Reizlosigkeit und Ungefährlichkeit insbesondere in Bezug auf Intoxikation. Nur möge man beim Einlegen der trockenen Gazetampons unter den in Methylenblau getränkten Tampons exakt vorgehen, um der Beschmutzung, resp. Färbung der Wäsche vorzubeugen. *J. S.*

Gatti (Turin): Erhöhung des bacterientödtenden Vermögens des Blutes während der Infection. (Rif. Med. Nr. 37, 38, 1893.)

Die Untersuchungen über diesen Gegenstand hat GATTI im pathologischen Laboratorium des «Ospedale Mauriziano» zu Turin angestellt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen bilden zum grossen Theile eine Bestätigung der von vielen anderen Autoren in dieser Frage gemachten Beobachtungen und erzielten Resultate.

Verfasser resumirt seine Ergebnisse in folgenden Schlussfolgerungen: Ein mässiger Grad von Hydrämie modificirt keinesfalls das bactericide Vermögen des Blutserum.

Das Serum stellt ein viel constanteres Mittel als das defibrinirte Blut zur Untersuchung des microbiciden Vermögens dar.

Während der Infection findet eine Steigerung der bacterientödtenden Kraft des Blutes statt. Diese Steigerung ist deutlicher bei jenen Thieren, deren Blut im normalen kein so hohes aber auch kein zu schwaches bacterientödtendes Vermögen besitzt.

In den letzten Stadien der Infection verringert sich die bactericide Kraft des Blutes.

Das Blut vernichtet nicht sämmtliche Bacterien, die in den Organismus eingeführt wurden, sondern nur einen bestimmten Percentsatz.

Es bestehen bemerkenswerthe Gradunterschiede in dem bacterientödtenden Vermögen bei verschiedenen Thieren selbst derselben Art und für einen und denselben Microorganismus.

Bei vielen Thieren äussert das Serum nicht sofort seinen microbiciden Einfluss, es existirt vielmehr eine Periode von einer oder zwei Stunden, während welcher die eingeführten Bacterien sich vermehren können.

Verschiedene Thatsachen und Erwägungen führen zu der Annahme, dass das bacterientödtende Vermögen des Blutes eine vitale Erscheinung sei und dass ein sehr inniger Zusammenhang zwischen demselben und der Immunität bestehe. *A. D.*

Dr. E. Monin (Paris): **Die salinischen Abführmittel bei schweren fieberhaften Krankheitsformen.** (Publication der Société d'Editions scientifiques*).

Die Purgirung durch salinische Laxantia steht seit langer Zeit in Ehren bei den praktischen Aerzten, da man durch sie nicht allein den Symptomen bei schweren Fieberformen entgegentreten, sondern auch den Krankheitsprocess selbst bekämpfen kann. Trotz der Gunst, deren sich augenblicklich die mikrobische Theorie erfreut, bezeugt es ein Jeder — in That und Wort — dass, um die Defervescenz der durch das Fieber in Aufwallung versetzten Körpersäfte zu erlangen, um die Wärmeproduction zu regeln, und um die durch dasselbe veranlassten tiefen Störungen und schweren Läsionen auszugleichen, kein Mittel wirksamer ist, als die gut angewandte kathartische Medication. Deren Wirkung kann in der That wie folgt zusammengefasst werden: sie verringert die übermässige Thätigkeit des Herzmuskels, beseitigt aus dem Blutstrome die Stoffwechselproducte, die Schmutzstoffe, die unsere Altvordern die «materia peccans» nannten, hindert die Stagnation in den Gefässen und regt endlich die normale Ernährung der anatomischen Elemente an. Aber, wie es LEIBNITZ gesagt hat, zwischen einer Meinung und einer Thatsache breitet sich die Unendlichkeit aus. Greifen wir also zu einem Beispiel, um diese abstracten Ideen allgemeiner Pathologie festzuhalten.

Es ist unleugbar, dass beim Abdominaltyphus (wir werden uns hier wohl hüten zu der noch sehr strittigen Frage über den Ursprung und das Wesen dieser Infectionskrankheit Stellung zu nehmen) der Fieberprocess unaufhörlich durch die charakteristischen Läsionen der PEYER'schen Plaques und der BRUNNER'schen Follikeln genährt und neu angefacht wird.

Im Verdauungscanal ist jede normale Secretion unterdrückt, jede physiologische Lebensäusserung aufgehoben. Der Blutkreislauf in der Leber und der Milz ist gehemmt und fehlerhaft. Magen, Darm, Leber und Milz erzeugen Anfangs entzündliche, später gährungs- und fäulnisserregende Producte. Diese wesentlich pyrogenen und phlogogenen Producte verharren nicht an einer Stelle, sondern sie ergiessen sich beständig in den Blutstrom, und es würde nicht lange dauern, bis eine allgemeine und unwiederherstellbare Intoxication des Organismus eintritt. Darum ist eine der mächtigsten Medicationen bei Abdominaltyphus die, dass man dem fiebernden Kranken jeden zweiten Tag ein Glas Hunyadi János verabreicht. Dieses natürliche Mineralwasser veranlasst bald eine wirksame Depuration des Organismus. Es öffnet die Orificien der glandulären Follikel, entlastet die Verdauungswege, unterdrückt den Meteorismus, beugt der Bildung weiterer Darmulcerationen vor, und fördert die Vernarbung der bereits bestehenden. Dadurch wird dieses Abführmittel zum König der antiphlogistischen Mittel: sein fortgesetzter Gebrauch benimmt der Pyrexie sämmtliche Elemente, die deren Malignität bildeten.

Im Gegensatz zu den antiseptischen Mitteln, welche, wie man sagt, den Wolf im Schafspelz bergen, bekundet sich das salinische Abführmittel als ein Antithermicum und Antiputridum, da es mild reinigend wirkt und die Reparatur der gereinigten Läsionen anregt. Was thut man vor Allem angesichts einer Wunde? Man reinigt sie gründlich, bevor man topische Mittel anwendet, die sie günstig modificiren sollen. Nun wohl! es gibt nicht zwei Pathologien — und die Natur kümmert sich wahrlich wenig um künstliche von den jeweilig herrschenden Lehren aufgestellte Unterschiede!

Die salinischen Abführmittel des Laboratoriums bieten keinen Ersatz für das natürliche Hunyadi János Wasser: Diese letztere ist ein vitales Excitans, welches die Herzthätigkeit regelt, die Temperatur zum Abfall bringt, die vasomotorischen Nerven stimulirt, die passiven Congestionen zum Theil behebt und die Läsionen der Darmschleimhaut der Heilung entgegenführt. Bei Anwendung dieses natürlichen Wassers ist eine abschwächende Wirkung, oder eine Intoleranz seitens des entzündeten Dünndarms oder eine Darmperforation gar nicht zu befürchten.

Die Wirkung des Hunyadi János beschränkt sich übrigens nicht darauf, durch Förderung der kritischen Diarrhoe die morbiden Elemente massenhaft aus dem Körper zu entfernen; es verleiht überdies dem Organismus den nothwendigen dynamischen Widerstand, es hebt die Lebenskraft, welche die Toleranz für Medicamente ermöglicht und die interstielle Reaction hervorruft, die unerlässlich ist zur vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit und zur *restitutio ad integrum* der Histogenese. Sind einmal die Fäulnisskeime und die septischen Zerfallsproducte aus dem Körper hinausgestossen, dann kann sich in Folge dieser natürlichen kathartischen Medication die *natura medicatrix* viel leichter bethätigen.

Selbstverständlich werden die bei Behandlung des Ileotyphus erlangten Resultate sich auch bei allen anderen fieberhaften Krankheiten einstellen, bei welchen putride Processe vorherrschen. Jedoch drängt sich die Indication der salinischen Purgirung mehr gebieterisch bei der Behandlung des Typhus, der Cholera, der Dysenterie etc. auf, als im Verlaufe von eruptiven Fieberkrankheiten, bei welcher man die Heilanstrengungen der Natur nicht allzusehr von ihrer Concentrirung auf das Hautemunctorium, durch welches vor Allem das fiebererzeugende Virus ausgeschieden werden soll, ablenken darf. Wer das Höchste will erreicht das Wenigste.

Demnach ist das Hunyadi János auch von grösster Wirksamkeit bei ephemeren nicht septischen Fieberformen, bei Influenza und katarrhalischen Fiebern, sowie bei allen Pyrexien, die an das Wachsthum an Rheumatismus, an Saisonkatarrhen, an biliöse und gastrische Zustände, etc. gebunden sind.

Eine ganz besondere Eigenschaft der berühmten ungarischen Heilquelle besteht darin, dass sie Nervenschwäche und Unruhe beseitigt, die Agrypnie bekämpft und die Krämpfe besänftigt, die so häufig den schwersten Erscheinungen der Ataxo-Adynamie, der Geistes-Depression, dem Stupor und dem Delirium, welches anzeigt, dass der Sympathicus selbst angegriffen ist, vorausgehen. Es scheint, dass Hunyadi János einem starken Verbrauche der Nervenkraft entgegenarbeitet. Bekanntlich hat der Hungerkünstler SUCCI durch Hinzusetzung einer kleinen Menge dieses Mineralwassers zu seinem Getränke den nervösen Störungen vorbeugen können, die hauptsächlich bei Entziehung der Nahrung aus der mineralen Inanition hervorgehen.

Aus dem bisher Gesagten folgt, dass bei der Behandlung von schweren fieberhaften Krankheiten, sowie zur Vorbeugung von Pyrexien die salinische Purgirung von dem grössten Werthe ist. Antiseptik und Antithermie wären gar nicht denkbar ohne ihre werthvolle Mitwirkung.

Unsere Collegen in den tropischen Gegenden möchten das Chinin gegen Fieber niemals verschreiben, wenn es ihnen nicht möglich wäre, dieser specifischen Therapie ein oder zwei Glas Hunyadi János, welche mit eine Bedingung für das Gelingen der Cur bildet, vorausgehen zu lassen.

*) Die «Société d'Éditions Scientifiques» in Paris, welche sich mit der Herausgabe wissenschaftlicher Werke beschäftigt, hat jüngsthin in ihrem Verlage wieder ein solches unter dem Titel: «Hunyadi János» erscheinen lassen, worin der Verfasser dieser Brochure Dr. E. MONIN, General-Secretär obiger Gesellschaft und Ritter der Ehrenlegion die hervorragenden Eigenschaften des heimatlichen Bitterwassers in 14 Capiteln eingehend zergliedert. Einzelne dieser Capitel sind bereits vor Erscheinen der Brochure in unserem Journale zum Abdrucke gelangt, und lassen wir die anderen jetzt der Reihe nach folgen. Man wird hieraus mit Befriedigung ersehen, welcher Werthschätzung die Hunyadi János Bitterquelle im Auslande unter den Fachcollegen begegnet.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Wien. Der ausserordentliche Professor an der Universität in Graz Dr. Julius Wagner Ritter v. Jauregg ist zum ordentlichen Professor der Psychiatrie und Nerven-Pathologie an der Universität in Wien und zum Vorstande der psychiatrischen Klinik in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt, ferner der Privatdocent Dr. Johann Fritsch zum ausserordentlichen Professor der Psychiatrie an der Wiener Universität ernannt worden.

— Innsbruck. Privatdocent Dr. Georg Juffinger wurde zum ausserordentlichen Professor der Oto- und Laryngologie ernannt.

— Mexico. Die Privatdocenten DDr. Toussaint und de Garay sind zu ausserordentlichen Professoren für normale und pathologische Histologie, respective topographische Anatomie ernannt worden.

* Das Ministerium für Cultus und Unterricht hat im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern für die im Studienjahre 1893/94 an der Universität in Wien abzuhaltenden Rigorosen nachbenannte Functionäre ernannt: Zu Regierungscommissären den Sanitätsreferenten im Ministerium des Innern, Ministerialrath Dr. Emanuel Ritter v. Kusý, den Landes-Sanitätsreferenten Statthaltereirath Dr. Ludwig Ritter v. Karajan, den Ministerial-Secretär Dr. Josef Daimer und den Director des allgemeinen Krankenhauses in Wien, Hofrath Dr. Karl v. Böhm; zu Coëxaminatoren beim zweiten medizinischen Rigorosum die ordentlichen Universitäts-Professoren Hofrath Dr. Hermann Freiherr v. Widerhofer und Hofrath Dr. Richard Freiherrn v. Krafft-Ebing und zu deren Stellvertretern die ausserordentlichen Universitäts-Professoren Dr. Karl Störk, beziehungsweise Dr. Josef Gruber; zu Coëxaminatoren beim dritten medizinischen Rigorosum die ausserordentlichen Universitäts-Professoren Dr. Josef Weinlechner und Dr. Isidor Neumann und zu deren Stellvertretern die ausserordentlichen Universitäts-Professoren Dr. Albert Ritter v. Mosetig-Morhof, beziehungsweise Dr. Moriz Kaposi.

* Preisausschreiben. Die Smithsonian Institution in Washington hat ein Circular versandt, in dem um Bewerbung der Preise aus Hodgkins-Stiftung aufgefordert wird. Unter den Preisaufgaben befinden sich folgende: 1. Ein Preis von 10.000 Dollars für eine Abhandlung, enthaltend neue und wichtige Entdeckungen über die Beschaffenheit oder Eigenschaften der atmosphärischen Luft und ihre Beziehungen zu einigen oder allen Wissenschaften, i. e.: nicht nur in Betreff der Meteorologie, sondern in Verbindung mit der Hygiene, oder irgend einem anderen Zweige, sei es Biologie oder Physik. 2. Ein Preis von 1000 Dollars für die beste volksthümliche Abhandlung über die Eigenschaften der atmosphärischen Luft und ihre Beziehungen, einschliesslich derjenigen zur körperlichen und geistigen Hygiene. Dieser Aufsatz, der 20.000 Worte nicht zu überschreiten braucht, soll in populärer Sprache geschrieben werden, damit er sich zur Veröffentlichung für volksthümliche Belehrung eignet. Die in englischer, französischer, deutscher oder italienischer Sprache verfassten Abhandlungen des Preises zu 2 sind vor dem 1. Juli 1894, diejenigen des Preises zu 1 bis zum 31. December 1894 an den Secretär der Smithsonian Institution in Washington einzusenden. Den Preisbewerbern wird durch den Secretär des Institutes, S. P. Langley in Washington, jede gewünschte Auskunft ertheilt.

* Von der «Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften», herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. A. Drasche in Wien, ist soeben die 11. und 12. Lieferung zur Ausgabe gelangt. Dieses Doppelheft enthält als Beilage eine in sechsfachem Farbendruck ausgeführte Tafel «Brust- und Baucheingeweidetopographie». Es enthält die Aufsätze: Brechdurchfall der Säuglinge von Prof. Pott (Halle a. S.), Bronchialasthma von Prim. v. Frisch (Wien), Bronchialaffectionen von Prof. Penzoldt (Erlangen), Bronchialaffectionen im Kindesalter von Doc. v. Hüttenbrenner (Wien), Brust- und Baucheingeweidetopographie von Prof. Lesshaft (St. Petersburg), Cachexie von Prof. F. Kraus (Wien), Cardialgie von Dr. J. Boas (Berlin), Catarrhus aestivus, Cerebrospinalmeningitis, Coordinationsstörungen von Prof. Jendrássik (B.-Pest), Chorea von Ass. Dr. Loos (Graz), Chorea hereditaria der Erwachsenen von Prim. Higier (Warschau), Chylöser Ascites von Doc. Dr. Hilbert (Königsberg), Circuläres Irresein von Prof. Kirn (Freiburg i. B.), Colitis und Perikolitis stercoralis von Doc. Dr. Pál (Wien), Convulsionen von Doc. R. Sommmer (Würzburg), Croup von Prof. Escherich (Graz).

* In dem Zeitraume von September 1892 bis August 1893 sind 3688 neu erschienene Doctor-Dissertationen, Habilitationsschriften, Programmabhandlungen etc. bei der «Centralstelle für Dissertationen und Programme von Gustav Fock in Leipzig» eingegangen und in dem von derselben herausgegebenen «Bibliographischen Monatsbericht über neu erschienene Schul- und Universitätsschriften», der einzigen Bibliographie für diese Literatur, verzeichnet worden. Darunter befinden sich 1379 Arbeiten aus dem Gebiete der Medizin.

* Todesfälle. In Prag starb der k. k. Oberstabsarzt i. P. Dr. Wilhelm Derblich. — In Berlin Dr Yochito Inoko, a.-o. Professor in Tokio. — In Paris Dr. G. A. Richelot, 87 Jahre alt, Gründer der Zeitschrift «Union médicale.» — In Neapel Prof. Olivieri, Vorstand der chirurgischen Klinik.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Im Stande der Cholera in Galizien ist im Laufe der abgelaufenen Woche (19. bis 26. Sept. Früh) hinsichtlich der Zahl der Neuerkrankungen eine kleine Besserung eingetreten. In der Vorwoche wurden einschliesslich der Verdachtsfälle in 35 zu 18 politischen Bezirken gehörenden Gemeinden 149 Erkrankungs- und darunter 34 Todesfälle gezählt, in der abgelaufenen Woche wurden aus 36 zu 12 politischen Bezirken gehörenden Gemeinden 134 Neuerkrankungen gemeldet, von denen 60 lethalen Ausgang nahmen. Die Gesammtzahl der Todesfälle (einschliesslich jener bei Kranken, die aus früheren Berichtsperioden verblieben waren) betrug in der Vorwoche 84, in der Berichtswoche 77, ist somit ebenfalls zurückgegangen. Von den 74 politischen Bezirken und 2 Städten mit eigenem Statute in Galizien hatten bisher 27 Bezirke und 1 Stadt Cholerafälle aufzuweisen. In der letzten Woche ist die Zahl dieser Bezirke auf 12 zurückgegangen, und sind in den Bezirken: Brzesko, Czortkow, Horodenka, Husiatyn, Kamionka, Kosow, Limanova, Nisko, Przemysl, Rawaruska, Rohatyn, Saybusch, Sokal, Wieliczka, Zaleszczyki und in der Stadt Krakau keine weiteren Cholerafälle vorgekommen. Ein grösserer Theil von Erkrankungen ereignete sich in der Gemeinde Rymanow des Bezirkes Sanok (24) und in der Gemeinde Kolomea (14). In ersterer Gemeinde sind innerhalb 4 Wochen 68 Erkrankungsfälle aufgetreten und wurde daher der Gerichtsbezirk Rymanow, in welchem ausser in der genannten gleichnamigen Gemeinde auch noch in weiteren 8 Gemeinden 15 Fälle vorgekommen waren, als Choleraherd im Sinne der Dresdener Convention erklärt, die Ministerial-Verordnung vom 2. September v. J., R.-G.-Bl. 154, in Wirksamkeit gesetzt und die auswärtigen Regierungen hievon verständigt. Im politischen Bezirke Nadworna ist die Zahl der Cholerafälle gegenüber jener der Vorwoche zurückgegangen (von 64 auf 45) und namentlich in den Gemeinden Dilatyn, Hwozd und Mikuliczyn ein Nachlass der Epidemie zu erkennen. Die Gesammtzahl der in Galizien vorgekommenen Cholerafälle beträgt 783, jene der Todesfälle 477. In der Bukowina starben in der Gemeinde Oroszeny (Bezirk Kotzmann) am 21. September ein Händler und ein Bauernsohn unter choleraverdächtigen Erscheinungen. Das Resultat der bacteriologischen Untersuchung liegt noch nicht vor. In Ungarn wurden in den täglich veröffentlichten Choleraberichten vom 12. bis 24. September folgende Zahlen neuer Choleraerkrankungen (Todesfälle) nachgewiesen in den Comitaten: Alsó Fehér 2 (—), Bacs-Bodrogh 49 (33), Bekes 4 (2), Bereg 7 (6), Bibar (2), Brasso 1 (1), Csongrad 6 (4), Heves 2 (1), Jasz-Nagy-Kun-Szolnok 16 (11), Klausenburg 1 (2) Marmaros 34 (20), Pest-Pilis-Solt-Kiskun 8 (6), Pressburg 1 (1), Saros (1), Szabolcs 3 (6), Szathmar 7 (9), Szolnok-Doboka 5 (2), Torda-Aranyos 8 (2), Torontal 6 (6), Ung (1), Weissenburg 2 (1), Zemplin 3 (1), in den Städten Klausenburg 13 (9), Maros-Vasarhely (1), Pest 22 (11), zusammen 200 Erkrankungs- und 136 Todesfälle. Bosnien und Herzegovina. Zwei Arbeiter in Brčka, welche bei den dor-

tigen Quaibauten beschäftigt waren, erkrankten in der Nacht vom 22.—23. September unter choleraverdächtigen Erscheinungen und wurden in der Cholerabaracke isolirt und die bacteriologische Untersuchung der Dejecte veranlasst. Das Resultat derselben ist noch nicht bekannt. — Deutsches Reich. Am 21. September wurden 3 Schiffsleute in das Krankenhaus Moabit in Berlin gebracht und bei denselben Cholera asiatica constatirt. In Hamburg wurden Zeitungsnachrichten zufolge vom 18.—22. September 4 (1), 10 (2), 12 (2), 17 (2), 14 (1) Cholerafälle und choleraverdächtige Erkrankungen (Todesfälle) constatirt. Das Medicinal-Collegium machte bekannt, dass durch eine Bodensenkung bei der Sandfiltration am 15. September unreines Wasser aus dem alten Zuleitungscanale der Wasserleitung zugeflossen sei. Der Schaden wurde alsbald behoben und functioniren die Filter wieder tadellos. Am 19. September wurde aus Eimsbüttel eine choleraverdächtige Erkrankung, am 20. September wurden aus Altona 2 Cholerafälle angezeigt. — Belgien. Zufolge eines amtlichen Berichtes des Bürgermeisters in Antwerpen sind daselbst bis 18. September 78 Choleraerkrankungen aufgetreten, von denen 51 mit Tod endeten. Seit 18. September kam kein weiterer Fall vor. Die Mehrzahl der Kranken waren Schiffsleute oder Hafenarbeiter, welche Wasser des Flusses oder der Canäle getrunken hatten. Unter den Grubenarbeitern in Dampremy sind choleraverdächtige Erkrankungen aufgetreten, von denen 9 tödtlich endeten. Am 21. September wurde ein choleraverdächtiger Fall aus Charleroi gemeldet. — England. Aus Grimsby, Hull, Cleethorpe, Penge (District Lerisham), Rotherham, Hurst (Lancashire) wurden weitere Fälle von Cholera, choleraartiger Diarrhöe, Cholera nostras amtlich gemeldet. Ein Choleratodesfall ereignete sich auch in London. In South Shields starb ein Matrose an Bord eines Rostocker Schiffes unter choleraverdächtigen Erscheinungen. Auf einem schwedischen Schiffe kam ein verdächtiger Erkrankungsfall vor. — Frankreich. In Marseille befand sich unter den in der Woche vom 9. bis 15. September ausgewiesenen Sterbefällen kein verdächtiger Fall. In Nantes dauert die Choleraepidemie in fast unveränderter Intensität fort. Aus Brest wurden vom 17. bis 19. September 16 Choleratodesfälle gemeldet, und sollen zu Folge einer Mittheilung vom 22. September innerhalb der letzten acht Tage im Arrondissement 126 Cholera-Todesfälle vorgekommen sein. — Spanien. Das Vorkommen von Choleraerkrankungen in verschiedenen Gegenden wird nunmehr amtlich zugegeben. Solche Erkrankungen wurden gemeldet aus Baracaldo, Bilbao (Provinz Viscaya), Belchite (Provinz Zaragoza), Villarcal, resp. Zumárrage (Provinz Guipuzeva). In Bilbao und anderen Ortschaften von Viscaya sind 115 Erkrankungen und 55 Todesfälle vorgekommen. — Italien. Nachrichten aus Palermo geben die Zahl der Choleraerkrankungen zwischen 17. und 22. September auf 88, jene der Todesfälle mit 45, die Gesammtzahl der ersteren seit dem Ausbruche der Epidemie mit 245, der letzteren mit 134 an. In Livorno hat die Kranheit sich vom Quartier Venezia auch nach anderen Stadttheilen verbreitet, zwischen 15. und 22. September wurden 43 neue Fälle und 16 Todesfälle angezeigt. In Rom zählte man in der ersten Hälfte September 19 Erkrankungs- und 7 Todesfälle. Seither sind weitere 2 Erkrankungen und 2 Todesfälle vorgekommen. In Neapel ist die Epidemie den vorliegenden Nachrichten zu Folge in Abnahme, es erkranken täglich 2—3 Personen. Vereinzelte Erkrankungen wurden in Gemeinden am Golfe von Neapel, in der Provinz Salerno beobachtet. — Rumänien. In der Woche vom 11.—17. September wurden 89 Choleraerkrankungs- und 52 Todesfälle ausgewiesen, von denen auf die Districte Braila 38 (21), Covurlui 4 (3), Dorohoiu 9 (6), Jalomitza 17 (11), Neamtzu 2 (2), Prahova 3 (—), Romanatzi 1 (1), Tultscha 12 (8), Vlasca 3 (—) entfielen. Die grösste Zahl von Erkrankungen 32, (19 Todesfälle) weist die Stadt Braila auf. Die Tagessummen der Erkrankungen in dieser Woche waren: 23, 17, 15, 15, 5, 7, 7 und ergibt sich hieraus ein andauernder Rückgang der Epidemie. — Türkei. Die Choleraerkrankungen in der Irrenanstalt zu Scutari sind an Zahl wesentlich zurückgegangen. In der Stadt Scutari kamen am 18. September 5 Erkrankungs- und 2 Todesfälle vor. Die Zahl der Cholerafälle (Todesfälle) in Smyrna betrug vom 30. August bis 13 September: 12 (10), 19 (18), 14 (10). 8 (8), 7 (5), 12 (5), 13 (9), 9 (8), 5 (9), 4 (3), 7 (4), 5 (6), 9 (3), 3 (1) = 127 (99). — Aegypten. Englischen Quellen zu Folge ist in Kairo ein Cholerafall vorgekommen. — Nordamerika. Vereinigte Staaten. In der Stadt Jersey City im Staate New-Jersey wurden mehrere sporadische Cholerafälle constatirt, welche mit den unter den Einwanderern auf dem Dampfer «Karamania» vorgekommenen Fällen in Zusammenhang stehen und sämmtlich mit Tod endeten.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle im Markte Engelhartszell (Oberösterreich), Sitz des Bezirksgerichtes, mehrerer Aemter, Dampfschiffstation. Die Subvention des o.-ö. Landesausschusses und der Gemeinden und andere fixe Bezüge betragen zusammen 1100 fl. Im Orte selbst, sowie im Umkreise von 2 bis 3 Stunden ist weder ein Doctor der Medizin, noch ein Wundarzt ansässig. Bewerber um diese Stelle (Doctoren der gesammten Heilkunde) haben ihre Gesuche bis 3. October 1893 bei der Gemeindevorstehung Engelhartszell einzubringen, wo auch die vom Landesausschusse gestellten Bedingungen zu ersehen sind.

Districtsarztesstelle in Krukanitz (Böhmen). Der District umfasst 8 politische Gemeinden mit 2465 Einw. und einen Flächeninhalt von 71·37 Qu.-Kilom. Jährlicher Gehalt 400 fl., Reisepauschale 142 fl. 74 kr. Bewerber um diese Stelle müssen die im § 5 des Landesgesetzes vom 23. Feb uar 1888 angeführte Eignung besitzen und deutscher Nationalität sein. — Dem Districtsarzte obliegt die Verpflichtung zur Führung einer Hausapotheke. Die diesbezüglichen Gesuche sind bis 15. October 1893 beim Bezirksausschusse in Tuschkau einzubringen. Das Prämonstratenserstift Tepl vergibt an Bewerber obiger Stelle mit katholischer Confession die Domänenarztesstelle der Domäne Krukanitz mit nachfolgenden Emolumenten: eine Wohnung bestehend aus 2 Wohnzimmern und einem kleinen Zimmer für die Hausapotheke, nebst Küche, Kammer, Keller und Bodenantheil, 17 Raummeter Brennholz sammt Zufuhr, ein jährliches Behandlungspauschale von 120 fl. und ein Medicamentenpauschale im Betrage von 20 fl.

Bezirksarztesstelle II. Classe; event. eine **Sanitätsassistentenstelle** in Mähren. Vorschriftsmässig belegte Gesuche sind im Wege der zuständigen politischen Behörde bis 1. November d. J. beim k. k. Statthalterei-Präsidium in Brünn einzubringen.

Secundararztesstelle in der mähr. Landesgebäranstalt in Brünn. Der Secundararzt hat auch die Stelle eines Assistenten an der Hebammenschule zu versehen. Jährliche Remuneration 400 fl., freie Wohnung mit Beheizung und Beköstigung. — Gesuche bis 30. September an die Anstalts-Direction.

Gemeindearztesstelle in Turnau bei Aflenz (Steiermark). Jährliches Fixum 300 fl., Freiquartier. Nähere Auskünfte ertheilt die Gemeindevorstehung in Turnau.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätsbezirk Wolfurt, Schwarzach und Bildstein (Vorarlberg) mit einer Einwohnerzahl von 3000 Seelen. Wartgeld 400 fl. Der Gemeindearzt ist verpflichtet, seinen Wohnsitz in Wolfurt zu nehmen, eine Hausapotheke zu führen, die Leichenbeschau und die Impfung nach den gesetzlichen Vorschriften vorzunehmen und sich genau an die Dienstinstruction für Gemeindeärzte zu halten. Zu dem Gehalte kommen noch die Bezüge von Seite der Bezirkskrankencasse und sind die Bezüge der Fabrikskrankencasse in Kennelbach anzuhoffen. Die Behandlung der Gemeindearmen wird aus den bezüglichen Gemeindefonden honorirt. Die Bewerber haben ihre Gesuche bis Mitte October d. J. an die Gemeindvorstehung in Wolfurt vorzulegen.

Gemeindearztesstelle in Buchers, Bezirk Kapliz im südlichen Böhmen, mit circa 1400 Einwohnern. Jahresgehalt 400 fl.; dagegen ist die Behandlung der Ortsarmen und die Todtenbeschau unentgeltlich zu leisten. Weiters ist von Seite des Grafen v. Buquoy für die Behandlung der bediensteten Forst- und Holzhauerfamilien ein jährliches Pauschale von 400 fl. und separate Zahlung der Medicamente bewilligt. Der Gemeindearzt ist zur Haltung einer Hausapotheke verpflichtet. Unter den Petenten haben Doctoren der gesammten Heilkunde den Vorzug und wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis 15. October d. J. an das Gemeindeamt Buchers einsenden, wo auch jede Auskunft bereitwilligst ertheilt wird.

Arztesstelle in Annaberg (polit. Bezirk St. Pölten) (Niederösterreich). Jährliche Bezüge 400 fl. aus dem n.-ö. Landesfonde, 200 fl. von der Gemeinde. Freiquartier, bestehend aus zwei geräumigen Zimmern, Cabinet, Küche, Vorhaus, Keller, Bezug von 18 m 36zölligem Brennholz, Holzlager, Hausapotheke. Verpflichtung zur unentgeltlichen Behandlung der Gemeindearmen (mit Ausschluss der Abgabe von Medicamenten), unentgeltliche Besorgung der Todtenbeschau. Gesuche bis 20. October d. J. an das Bürgermeisteramt in Annaberg.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit 1. Oktober 1893 beginnt ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom 1. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende September erlischt, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"

Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.



Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

VII. Jahrgang. **Wien, 8 October 1893** **Nr. 41.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Epilepsie, Syphilis und Tabes.*)

Von

Dr. Paul Blocq,

Laboratoriums-Vorstand an der Sapêtrière in Paris.

Die Patientin, deren Krankengeschichte ich jetzt mittheilen will, ist von sehr vielen Gesichtspunkten aus interessant. Schon gewisse Charaktere bei den Affectionen, die sich bei dieser Patientin zu einander zugesellt haben, verdienen besonders betrachtet zu werden; überdies nimmt die Thatsache ihres gemeinsamen Vorkommens einerseits, so wie gewisse Eigenthümlichkeiten ihrer gegenseitigen Beziehungen andererseits, eine besondere Aufmerksamkeit für sich in Anspruch, wie sich aus den doctrinalen so wie auch aus den therapeutischen Betrachtungen, zu denen diese Momente Veranlassung geben, zweifellos ergeben wird.

Frau X . . . ., 35 Jahre alt, wurde mir zu meiner Consultation am 5. April 1893, von meinem Collegen Dr. J Le Clerc, aus Levallois-Perret, zugewiesen. Patientin klagte über Gehstörungen.

Unter den hereditären Antecedentien entdecke ich nur eine nervöse Grossmutter und eine epileptische Tante mütterlicherseits. Die Patientin kennt übrigens ihre Familie nur unvollkommen.

Die Patientin selbst bot seit ihrem vierzehnten Lebensjahre, der Zeit, zu der sie zu menstruiren begann, epileptische Krisen dar.

Die Epilepsie war charakterisirt durch Geistesabwesenheit, Schwindel und starke Convulsionskrisen. Diese persistirten während eines Zeitraumes von drei Jahren und traten verhältnissmässig häufig auf; hierauf schwanden dieselben und kamen acht Jahre lang nicht mehr zum Vorschein. Zu dieser Zeit bekam sie ihre Anfälle wieder, und sie bietet noch jetzt Convulsionserscheinungen von demselben Charakter dar, sobald sie die «Brommedication, der sie unterzogen wurde, aufgibt.

Seit einer sehr langen Zeit, die sie nicht näher bestimmen kann, leidet die Kranke an diversen Gewissensqualen, welche in die Kategorie der «syndromes épisodiques» der hereditär Belasteten von Prof. Magnan gehören; diese erscheinen in häufigen Intervallen ohne irgendwelche Regelmässigkeit und verschwinden hierauf. Die Patientin hat namentlich an Agarophobie und an Oinophobie gelitten.

Im Jahre 1878 — vor 15 Jahren — acquirirte sie Syphilis, die sich durch die gewöhnlichen Symptome kund gab, wie z. B. Plaques muqueuses, Alopecie u. s. w., und wegen deren sie sich während eines Zeitraumes von 2 Jahren der gewöhnlichen Behandlung unterzogen hatte. Seit dieser Zeit bot ihre Gesundheit keine einzige erwähnenswerthe Störung dar.

Im November 1891 bekam sie eine durchaus charakteristische nächtliche Cephalalgie, die sich nach einiger Zeit mit Diplopie complicirte. Sie unterzog sich hierauf einer intensiven Behandlung, machte mercurielle Inunctionen und nahm Jodkalium innerlich, und unter dem Einflussse dieser Behandlung schwanden diese Symptome nach Ablauf von ungefähr zwei Monaten.

Die specifische Behandlung wurde nichtsdestoweniger diesmal während eines Zeitraumes von vollen sechs Monaten fortgesetzt, und fast unmittelbar nachdem die Kranke diese Behandlung aufgegeben hatte — im Juni 1892 — traten die ersten Zeichen der Spinalerkrankung auf, derentwegen sie unsern Rath aufgesucht hat.

Zuerst wurde die Kranke von blitzartigen Schmerzen ergriffen und hierauf bot sie die Erscheinungen von Taubsein in den untern Extremitäten dar; endlich wurde ihr das Gehen, das ihr zuerst nur im Finstern und später beim Heruntersteigen der Treppe beschwerlich war, immer schwerer und schwerer.

*) Aus «Revue générale de Clinique et de Thérapeutique» vom 16. August 1893. Mitgetheilt von Léon Leibowitz.

Jetzt constatirt man bei ihr die classischen Zeichen der Tabes dorsalis mit atactischen Bewegungen. Die blitzartigen Schmerzen bestehen noch immer. Es sind keine objectiven Störungen von Seiten der allgemeinen Sensibilität vorhanden. Der Muskelsinn ist verloren gegangen. Die Kranke verliert ihre Beine im Bette. Das ROMBERG'sche Zeichen ist vorhanden. Der Pupillarreflex auf Licht fehlt auf der rechten Seite. Es besteht ferner eine sehr ausgesprochene Incoordination der Bewegungen mit Erhaltensein der dynamometrischen Kraft der untern Extremitäten. Das FOURNIER'sche Zeichen findet sich vor. Der Gang ist schwer, fast unmöglich, ohne Stütze incoordinirt; sie schleudert die Beine brüsk von sich, ohne den Boden mit der Ferse zu treffen, so dass der Anblick des Ganges nichts von der Art des typischen Tabesganges an sich hat.

Die Patellarsehnenreflexe sind auf beiden Seiten vollständig erloschen. Es bestehen weder Störungen an den Sphincteren noch viscerale Krisen.

Die epileptischen Krisen treten noch immer auf, sobald die Kranke die Brombehandlung aufgibt.

* * *

Wir brauchen uns nicht bei der Diagnose lange aufzuhalten, da die Symptome characteristisch genug sind, um gar keinen Zweifel in dieser Beziehung zuzulassen. Es handelt sich — um zusammenzufassen — um eine hereditäre nervöse Degenerirte, um eine ihrem Wesen nach Epileptische, die an Gehirnsyphilis gelitten hatte, und die gegenwärtig die nicht zweifelhaften Zeichen der Tabes dorsalis darbietet.

Die Epilepsie bietet bei der Patientin dies specielle Interesse dar, dass man diese Affection in diesem Falle bei einer Degenerirten mit «syndromes épisodiques» antrifft, und die überdies ähnliche Antecedentien (Epilepsie bei einer Tante) aufweist.

Ueberdies möchte ich die ganz besondere Eigenthümlichkeit betonen, dass die anscheinende Heilung der Krankheit während eines Zeitraumes von acht Jahren Stillstand machte.

Es handelt sich hier um eine Erscheinung, die man in der Geschichte der Evolution der Epilepsie nicht sehr selten antrifft, und ich meinerseits erinnere mich an einen Fall, in welchem die Epilepsie auf diese Art 16 Jahre nach einer dem Anscheine nach vollständigen Heilung recidivirte. Die Kenntniss dieser Eventualität muss uns bei der Beurtheilung des Werthes der therapeutischen Methoden sehr vorsichtig machen.

Die Art und Weise, wie sich die Syphilis in diesem Falle verhalten hatte, ist gleichfalls von mehreren Gesichtspunkten bemerkenswerth, nicht so sehr deshalb, weil die nervösen Anfälle 15 Jahre nach der Infection auftraten, sondern vielmehr deshalb, weil — wenn wir die syphilitische Natur der Tabes zugeben — ein Punkt, auf den ich noch zurückkommen werde — die Folgen der Infection sich successive zuerst am Gehirn und dann am Rückenmark gezeigt haben.

Was die Tabes betrifft, so muss hier in Betracht gezogen werden, dass sich die Tabes in diesem Falle bei einem Weibe entwickelt hat; nun ist es bekannt, dass man es hier mit einer Ausnahme zu thun hat, und dass überdies die Evolution der Krankheit eine ausserordentlich rapide war. Im Verlaufe von weniger als einem Jahre war die Kranke bereits so weit, dass sich bei ihr eine höchst ausgesprochene motorische Incoordination einstellte.

Die Association dieser diversen pathologischen Momente bietet ihrerseits einiges Interesse dar. Man versteht es sehr wohl, dass eine Degenerirte von Epilepsie befallen wird, und dass eine epileptische Degenerirte, wenn sie Syphilis acquirirt, von tertiärsyphilitischen nervösen Erscheinungen und von Gehirnsyphilis heimgesucht wird.

Vom doctrinalen Standpunkte könnte dieser Fall zweifellos von den Verfechtern beider Ansichten, die heute über die Natur der Ataxie bestehen, in gleicher Art für sich in Anspruch genommen werden, derjenigen Ansichten, die — wie man weiss — bei uns zu Lande einerseits durch CHARCOT, der den neuropathischen Ursprung behauptet, und andererseits von FOURNIER, der im Gegensatze dazu die syphilitische Natur der Tabes vertheidigt — vertreten werden.

Die Anhänger des syphilitischen Ursprunges der Tabes könnten in der That in diesem Falle geltend machen, dass dieser Ursprung in diesem Falle nicht blos bewiesen sei, sondern dass dieser Ursprung hier um so auffallender sei, als die Tabes bei einem Weibe nur ausnahmsweise vorkommt. Diejenigen, welche der Ansicht huldigen, dass die Tabes neuropathischen Ursprunges sei, würden in diesem Falle nicht blos das Vorhandensein der hereditären Antecedentien heranziehen, sondern sie würden auch aus der so characteristischen neuropathischen Beschaffenheit der Patientin, die eine Degenerirte und Epileptische ist, ihre Argumente ableiten. Wir wollen nicht auf die Argumente zurückkommen, die uns zu Gunsten der Ansicht unseres Lehrers zu sprechen scheinen, Argumente, die wir in einer früheren Arbeit auseinanderzusetzen und zu bestätigen Gelegenheit hatten, und ich werde diesen Punkt damit abschliessen, indem ich daran die Bemerkung anknüpfe, dass der in Rede stehende Fall, gleichgiltig wie sich die Sache betreffend den Ursprung der Tabes verhalte, ein neues, bemerkenswerthes und beweisendes Beispiel zu Gunsten der Unwirksamkeit der specifischen Behandlung bei der Tabes liefert.

Es hat sich auch thatsächlich in diesem Falle gezeigt, dass die ersten Prodrome der Rückenmarkssclerose bei der Kranken zu einer Zeit auftraten, zu der eine intensive und langdauernde specifische Behandlung kaum abgebrochen worden war, eine Behandlung, die wegen der Anfälle der Gehirnsyphilis unternommen wurde, welche letztere übrigens unter dem Einflusse dieser Behandlung auch vollständig schwanden. Man könnte somit auch nicht geltend machen, um das Erfolglose der Behandlung der Spinalphänomene zu erklären, dass die Behandlung zu spät begonnen wurde, da man in dieser Beziehung thatsächlich sagen muss, dass die Behandlung noch früher als im Prodromalstadium der tabischen Anfälle unternommen worden war.

Der Vergleich der Resultate der Behandlung, die, was die Gehirnphänomene betrifft, einen curativen Erfolg hatte, und die bei derselben Kranken gegen die Rückenmarkssymptome eine negative war, erscheint uns nicht minder instructiv.

Aus der Therapeutischen Klinik des Prof. Dr. ***M. Semmola*** *in Neapel.*

Aetiologie, Pathogenese und Behandlung der Pneumonie.

Von

Prof. Dr. Nicola Ferrara in Neapel.*)

(Fortsetzung und Schluss.)

Hohes Fieber: Eine symptomatische Indication, die man einst für sehr wichtig hielt, richtet sich gegen das hohe Fieber. Vor zehn oder fünfzehn Jahren, als die antipyretischen Mittel zu Ehren kamen, glaubte man ein Mittel gefunden zu haben, um das Fieber im Allgemeinen zu unterdrücken und demnach die Pneumonie vollkommen apyretisch verlaufen machen. Die Abkömmlinge des Chinolin (Kairin, Thallin, Antipyrin), die Derivate des Anilin (Acetanilid, Methylacetanilid) und des Amydo-Phenol (Phenacetin) wurden eine Zeitlang bei den verschiedenen Pyrexien und also auch bei der Lungenentzündung angewendet.

Heute sind alle diese antipyretischen Mittel aus der Praxis vollständig verbannt, denn ohne irgend welchen Vortheil zu bringen, richten sie oft grossen Schaden an, und der Pneumoniker, der nach ihrer Darreichung apyretisch wird, stirbt rascher.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 31, 33, 36, 38, 39, 1893.

SEMMOLA erkannte von allem Anfange an, dass sie die bulbären und ganglionären Centren tödtlich angriffen, weshalb die Temperaturerniedrigung für ihn nichts anderes war, als der Ausdruck einer wahren Vergiftung. Heute ist es nachgewiesen, dass namentlich die Chinolinderivate das Blut vergiften, indem sie die Blutkörperchen zerstören, weshalb sie in der Praxis vermieden werden müssen.

Zu antithermischen Zwecken kann das hydriatische Verfahren in Form von Halbbädern, Waschungen und Einpackungen angewendet werden. Nach den von Dr. WINTERNITZ angestellten Untersuchungen ist die Wirkung des kalten Wassers nicht so sehr der Entziehung von Wärme als einer Modification des Fieberprocesses, die durch eine Steigerung des Gefäss- und Gewebstonus vermittelt wird, zuzuschreiben. Ueberdies findet in Folge des kalten Bades eine Zunahme der Geschwindigkeit der Blutcirculation statt, woraus eine Verringerung des Hindernisses in dem Lungenkreislauf und der Blutstauung folgt: dadurch heben sich die Herzkräfte und die respiratorische Thätigkeit sowie die Functionen des gesammten Nervensystems.

Husten und Auswurf. Diese beiden Symptome verdienen besondere Aufmerksamkeit.

Häufig wird der Husten sehr frequent, hartnäckig und lästig. In diesem Falle wird man zu den narcotischen Emollientia greifen. Ihre Wirkung äussert sich in der Regel und haupsächlich auf den Prälaryngealraum, der für gewöhnlich den Ausgangspunkt des unaufhörlichen und peinlichen Hustens bildet; deren Wirkung äusser sich darin, dass die Trockenheit der Gewebe und der irritirende Einfluss der broncho-pulmonären Secrete verringert werden. Wenn der hartnäckige Husten von einer excessiven Erregbarkeit der sensiblen Endigungen des Bronchialbaumes abhängt, dann wird man die Solanaceae, vornehmlich die Belladonna, verschreiben.

Endlich, wenn der Husten in Beziehung steht zu einer starken Erregbarkeit der entsprechenden Rückenmarkscentren, so werden Opium und Cyanpräparate angewendet.

Häufiger als der Husten verlangt die Expectoration ein ärztliches Einschreiten. Oft ist die Expectoration sehr erschwert oder sie ist völlig gehindert. Dies rührt davon her, dass entweder das Secret sehr zäh ist und fest anhaftet, oder, in Folge der Virulenz desselben, die sensiblen Bronchialendigungen gelähmt erscheinen, oder, in Folge der allgemeinen Intoxication durch Bacteriengifte, das Hustencentrum stark in Mitleidenschaft gezogen ist. Dies beweist von Neuem, dass bei der Pneumonie der Symptomencomplex mit den Ptomaïnen und Toxinen und nicht etwa mit dem einfachen Diplococcus zusammenhängt.

Nicht dieser, sondern dessen toxische Producte allein vermögen uns darüber Rechenschaft zu geben, warum bei schweren Pneumonien die Expectoration fehlt oder sehr spärlich auftritt.

Damit die Expectorantien den Zweck erreichen, die angesammelten Secrete aus den Athmungswegen zu entfernen, müssen sie entweder die Contractilität der Bronchialmuskeln steigern und auch die Bewegungen der Flimmer-Epithelien beleben oder den Husten durch Erhöhung der Empfindlichkeit der Bronchialschleimhaut anregen.

In diesem Sinne direct expectorirende Mittel besitzen wir nicht. Wir können nur insoferne direct einwirken, dass die Secrete, indem sie weniger zähe und leichter lösbar gemacht werden, auch leichter ausgestossen werden.

Darum ist auch die Verabreichung von Alkalien von Nutzen, da diese, wie die Klinik lehrt, die Bronchialsecrete vermehren und flüssiger machen. Auch durch das Pilocarpin wird dieser Zweck erreicht, aber in Folge seiner Wirkung auf die Speichel- und Schweissdrüsen und die Gefässe, wird dieses Medicament von den Patienten nicht gut vertragen. Ausserdem war es zuweilen bei Kindern und sehr robusten Individuen Ursache von Lungenödem.

Um die Athmungswege frei zu machen, muss man zu indirecten Expectorantien seine Zuflucht nehmen, nämlich zu solchen, die expectoriren machen indem sie den Vomitus hervorrufen, also zu den Brechmitteln.

Herrn SEMMOLA gebührt das Verdienst, dieses pharmakologische und therapeutische Capitel erschöpfend illustrirt zu haben. Nach SEMMOLA veranlassen sämmtliche angebliche Expectorantia nur dann die Expectoration, wenn sie den Vomitus hervorrufen, denn, indem sie durch eine excessive Contraction der Exspirations- und Abdominalmuskeln eine plötzliche Verkleinerung des endothoracischen Raumes bedingen, begünstigen sie den Austritt der in den Bronchien angehäuften Schleimmassen. Hält man dies gegenwärtig, so ist geradezu lächerlich, zu sehen, wie in der ärztlichen Praxis seit Beginn der Pneumonie das unfehlbare Polygala-Decoct verschrieben wird! Die Polygala verdirbt in der gewöhnlich verschriebenen Dosis den Magen und ruft keine Expectoration hervor!

Selbstverständlich dürfen die Expectorantia nur dann zur Anwendung kommen, wenn in den Bronchien eine grosse Menge von Secret angesammelt ist und wenn der Husten entweder ungenügend ist, um dasselbe hinauszubefördern, oder ganz fehlt. In jedem anderen Falle ist die Gepflogenheit, ein Expectorans darzureichen, irrationell und zwecklos.

Einige Aerzte glauben, dass der Gebrauch der Polygala oder der Saponaria indicirt ist, wenn der Schleim zähe ist und an den Bronchialwandungen fest anhaftet, wobei sie annehmen, dass diese Arzneimittel die Loslösung des Secretes begünstigen, und zwar durch Herabsetzung der Dichtigkeit in Folge einer vermehrten serösen Absonderung — aber dies ist nur eine Hypothese, die weder von der klinischen Beobachtung noch durch das physiologische Experiment erwiesen worden ist.

Damit bei der Pneumonie die Expectorantia emetica den gewünschten Effect herbeiführen, muss natürlich das Organ, auf welches sie einwirken sollen, unversehrt sein. Auch muss die Darreichung dieser Mittel dem Zustande des Herzens untergeordnet werden. Wenn dieses sehr schwach ist, dann wird durch die Anstrengungen beim Brechacte dessen Paralyse begünstigt, was einen raschen Tod zur Folge hat.

Im Collaps im Allgemeinen und bei adynamischen Zuständen sind die Expectorantia schädlich, da sie die allgemeinen Bedingungen nur noch verschlechtern. Unter solchen Verhältnissen sind dagegen von Vortheil und dem gedachten Zwecke entsprechend die sogenannten Excitantia nervina, wie Baldrian, Kampher, Serpentaria etc., indem sie die darniederliegende nervöse Erregbarkeit heben, die den Cardinalpunkt im Mechanismus der Expectoration darstellt.

Dyspnoë und drohende Asphyxie Die Pneumonie wird regelmässig von Dyspnoë begleitet, die durch eine bemerkenswerthe Beschleunigung der Respirationsbewegungen charakterisirt ist (30, 40 bis 50 beim Erwachsenen, 70 bis 80 beim Kinde); hiebei sehe ich von der Dyspnoë zu Anfang der Pneumonie ab, die hauptsächlich mit dem Seitenstechen zusammenhängt.

Die Dyspnoë bei der Pneumonie ist entweder die Folge der ungenügenden Blutbildung wegen Verringerung der respiratorischen Oberfläche oder Anhäufung von Kohlensäure im Blute, oder sie ist die Wirkung einer durch Bacteriengifte bedingten Intoxication.

Wenn die Dyspnoë so intensiv ist, dass eine Asphyxie droht, dann muss der Arzt rasch einschreiten, und das beste Mittel ist die Sauerstoff-Inhalation, die die Blutbildung direct fördert und das wahre chemische antidyspnoische Mittel darstellt.

Die Inhalation von Sauerstoff ist insbesondere indicirt bei der Dyspnoë in Folge ungenügender Blutbildung.

Wenn die Dyspnoë die Folge der verminderten Erregbarkeit des respiratorischen Centrums ist, so wird man ausser zum Sauerstoff noch zum Coffeïn, Strychnin und Kampher, die hypodermatisch einzuführen sind, und zu den nervinen Excitantien greifen.

Diese letztere Dyspnoë ist mehr zu fürchten als die erstere, denn sie ist fast immer Vorläuferin eines lethalen Ausganges, indem sie der Ausdruck des stark toxischen Vermögens der pneumonischen Infection ist.

Ueber Beckenperitonitis beim Weibe und die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae in Beziehung zu dieser Krankheit.*)

Von

Prof. Dr. C. J. Cullingworth in London.

(Fortsetzung.)

Die Vervollkommnungen in der Diagnose.

Aber nicht blos auf dem Gebiete der Pathologie des Beckens haben unsere Kenntnisse in der letzten Zeit zugenommen, sondern auch unsere Diagnosen sind bessere geworden. Vor noch kurzer Zeit würde der Gedanke, dass man im Stande sei, die Uterusadnexa «in vivo» ausfindig zu machen und dieselben zu untersuchen, nur ein Lächeln erweckt haben. Heute würde ich mich schämen, wenn irgend einer meiner klinischen Assistenten, nach Ablauf seines dreimonatlichen Aufenthaltes auf der Klinik, nicht im Stande wäre unter annähernd günstigen Umständen. das Volumen, die Lage, die Consistenz und die Beweglichkeit der Tubae Fallopiae — wenn auch nicht so sehr der Ovarien — mit einer ziemlich grossen Genauigkeit zu diagnosticiren. Die Vervollkommnung unserer diesbezüglichen Diagnosen ist auf dem einzigen Wege, auf welchem überhaupt eine Vervollkommnung von Diagnosen erreicht werden kann, erzielt worden, nämlich, indem wir uns daran gewöhnt haben, eine so präcise und sorgfältige Diagnose, wie wir sie überhaupt zu stellen im Stande sind, zu machen, und indem wir dieselbe, so oft sich uns eine Gelegenheit geboten hat, durch den objectiven Befund zu controliren uns bemüht haben. Bei vielen Krankheiten bieten nur die Nekropsien solche Gelegenheiten dar, aber, was die Krankheiten betrifft, die uns jetzt beschäftigen, so hat es sich in der letzten Zeit gezeigt, dass auch der Operationssaal solche Gelegenheiten bietet, und zwar mit dem Resultate, dass sich die Diagnose dieser Krankheiten so ziemlich auf dem Wege der Umwälzung befindet. Wenn wir erwägen, wie viel wir noch in dieser Beziehung zu lernen haben, so ist es klar, dass kein Chirurg auf dem Gebiete der Gynäkologie auch nur eine einzige solche Gelegenheit verabsäumen sollte, um so unser diesbezügliches Wissen zu bereichern. Chirurgen, die sich vor der Operation mit einer blos oberflächlichen Diagnose begnügen, und die eingestandenermassen alle Details der Diagnose erst dann herausfinden wollen, wenn das Abdomen bereits eröffnet ist, scheinen mir, nicht blos ihren Patienten gegenüber nicht sachgemäss vorzugehen, sondern unschätzbare Gelegenheiten, bei denen sie ihre eigenen diagnostischen Fähigkeiten vervollkommnen und die diesbezügliche Wissenschaft fördern könnten, wissentlich von sich zu weisen.

Wenn man in einem Falle von suspecter Entzündung im Becken eine zufriedenstellende bimanuelle Untersuchung vornehmen will, so glaube ich, dass es von wesentlicher Bedeutung sei, dass die Patientin sich in der Rückenlage mit gebeugten und auseinandergehaltenen Knieen befinde, den Kopf auf einem einzigen Kissen gestützt und die Schultern nicht erhöht — wie allgemein empfohlen wird — sondern dieselben müssen flach auf dem Lager oder auf dem Bette aufliegen. Damit der Operateur in seinen Manipulationen nicht genirt ist — und keine Untersuchung kann jemals eine zufriedenstellende sein, wenn die Position des Operateurs eine ihm unbequeme ist — so soll der Operateur direct vor der Patientin stehen oder sitzen. Nur auf diesem Wege kann der volle Vortheil der bimanuellen Methode erzielt werden.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 39, 40, 1893.

Ich weiss, dass für's Gewöhnliche empfohlen wird, namentlich in Schottland, dass der Untersuchende, sogar auch dann, wenn sich die Patientin in der Rückenlage befindet, zur rechten Seite der Patientin stehen soll, während er seine bimanuelle Untersuchung vornimmt. Aber bedenken wir für einen Moment, was das bedeutet. Die beiden Hände befinden sich im rechten Winkel zu einander. Wenn man sich aber der Kranken gegenüber befindet, so wird diese Ungeschicklichkeit vermieden. Die Hände und Vorderarme stehen dann parallel zu einander, und die nöthigen Manipulationen fallen dadurch viel wirksamer aus, weil man sie viel leichter vornehmen kann. Was den Werth der Rückenlage, resp. der linken Seitenlage, oder der englischen geburtshilflichen Lage, zum Zwecke der bimanuellen Untersuchung betrifft, so glaube ich in der That, dass dies gar keine Discussion zulässt. Niemand, der sich ein Mal daran gewöhnt hat, seine Patientinnen in die Rückenlage zu bringen und sich von der ungleich grösseren Leichtigkeit, mit welcher die tiefer gelegenen Theile des Beckens auf diese Art untersucht werden können, überzeugt hat, wird jemals gern zur alten Methode zurückkehren. Es wurde geltend gemacht, dass die Rückenlage weniger bescheiden sei, als die Lage auf der linken Seite, und daher auch die Gefühle der Kranken mehr verletzt.

Aber ist dies auch wirklich der Fall? Ich sehe es wohl ein, dass eine Patientin, die daran gewöhnt war, immer in der linken Seitenlage untersucht zu werden, und die zum ersten Male auf der Rückenlage untersucht wird, sich unbequem und genirt fühlen wird, und dass sie allenfalls auch geneigt sein könnte, die ungewöhnliche Lage zu tadeln. Ebenso kann ich mir ganz lebhaft die Gefühle eines Arztes vorstellen der während seiner ganzen ärztlichen Laufbahn gewöhnt war, die Frauen auf der linken Seitenlage zu untersuchen, und der zum ersten Male eine Untersuchung auf der Rückenlage der Patientin sieht, dahin neigt, das Verfahren als ein unzartes zu betrachten. Aber all' dieses bestätigt nur wieder ein Mal die wunderbare Macht der Gewohnheit.

Es haftet der Rückenlage thatsächlich nichts Unzartes an, und eine Untersuchung kann mit ebenso viel Rücksicht für die Gefühle der Patientin angestellt werden, wenn dieselbe auf ihrem Rücken liegt, wie wenn sie sich in der linken Seitenlage befindet.

Wenn eine Frau sich so viel Zwang auferlegt hat, sich einer Untersuchung überhaupt zu unterziehen, so that sie es nur desshalb, weil es ihr am Herzen gelegen sei, zu erfahren, was ihr fehlt, und sie würde es gewiss vorziehen, wenn man an sie eine diesbezügliche Frage richtete, durch diejenige Methode untersucht zu werden, welche den Untersuchenden am besten in den Stand setzt, sich ein correctes Urtheil über ihren Zustand zu verschaffen und ihr die Rathschläge, die sie wünscht, zu ertheilen.

Die Vervollkommnungen in der Behandlung.

Aber wir dürfen nicht in unserem Eifer nach einer correcteren Pathologie und einer verfeinerten Diagnose daran vergessen, dass unsere Existenzberechtigung als praktische Aerzte in unserer Aufgabe gipfelt, das Leiden zu lindern, und wo die Möglichkeit dazu vorhanden ist, Krankheiten zu heilen. «Es gibt einen Theil ihres Berufes — sagt Oliver Wendell Holmes in einem seiner unnachahmbaren Essays — den manche praktische Aerzte zu vergessen leicht geneigt sind, nämlich, dass das, was sie sich zu thun am meisten bestreben solten, darin besteht, Krankheiten abzuhalten, das Leiden zu lindern, das Leben zu erhalten, oder es wenigstens, wenn möglich, zu verlängern. Es ist für den Patienten auch nicht vom allergeringsten Interesse, zu wissen, ob 3 oder 3¹/₄ Kubikzoll seiner Lunge den Zustand der Hepatisation zeigen. Sein Geist ist nicht damit beschäftigt, an die interessanten Probleme zu denken, die durch seine eigene Nekropsie gelöst werden sollen; ob dieser oder jener Strang des Rückenmarks der Sitz dieser oder jener Form der Degeneration sei. Er braucht etwas, das seinen Schmerz erleichtert, seine Athembeklemmung

lindert, etwas, das der todten Gliedmasse Bewegung und Empfindung wiedergibt und die Qualen der Neuralgie stillt.

Welche Bedeutung hat es für den Kranken, dass man die Krankheit, die man nicht heilen kann, localisiren und mit irgend einem wunderlichen Terminus nennen kann? Eine alte Frau, die es versteht, einen Umschlag zu machen und weiss, wie man ihn zu appliciren hat und es tuto, cito, jucunde thut, gerade zur rechten Zeit und dort, wo man es braucht, — ist besser — in vielen Fällen tausend Mal besser — als ein hinstarrender Pathologe, der untersucht und percutirt und zweifelt und vermuthet und dem Kranken erzählt, dass es ihm Morgen besser sein wird, und nach Hause geht, um in seinen Büchern umzustören und eine Diagnose ausfindig zu machen.»

Ich habe in dem ersten Theile dieses Vortrages von einigen indirecten Vortheilen, welche die Folge der Operationen, die man zum Zwecke der Entfernung der Uterinadnexa vorgenommen hatte, waren gesprochen, aber ich habe bis jetzt noch nichts betreffend den Werth dieser Operationen in Bezug auf ihren ersten Zweck, nämlich als Behandlungsmethode, gesagt.

Es ist zunächst wünschenswerth, eine klare Unterscheidung zu treffen zwischen der Operation zum Zwecke der Entfernung der Uterusadnexa, wenn keine ausgesprochene Erkrankung der Tuba oder des Ovarium vorliegt, und derselben Operation, wenn diese Organe den Sitz einer ganz ausgesprochenen Erkrankung abgeben. Wahrscheinlich bis zu einem gewissen Grade in Folge des Umstandes dass die eine Operation gewissermassen aus der anderen Operation hervorgegangen sei, werden diese zwei Operationen fortwährend von den Autoren mit einander verwechselt und rufen unter den Uneingeweihten eine grosse Verwirrung hervor.

Battey's Operation, zu dem Zwecke auf eine künstliche Art die Menopause hervorzurufen, wurde mit der Zunahme unserer Kenntnisse immer mehr eingeschränkt, und sie beschränkt sich jetzt thatsächlich nur auf die Behandlung gewisser Fälle von Uterusmyomen.

Als ein Mittel, um neurotische Zustände zu beseitigen, ist diese Operation so sehr geeignet, missbraucht zu werden und sie gibt zu so schwierigen Fragen — die am liebsten unerörtert bleiben — Veranlassung, und überdies hat sie sich in ihren Resultaten, sogar dort, wo ihre Anwendung eine legitime war, als so unsicher und enttäuschend erwiesen, dass sie jetzt durchaus, und meiner Ansicht nach auch mit Recht, in Misscredit gekommen ist. — Zu gleicher Zeit dürfen wir aber nicht vergessen, dass wir gerade den Männern, die zuerst Battey's Operation ausgeführt haben, nicht nur diese Methode verdanken, durch die wir den Uterusmyomen beikommen können, und die so manches Leben gerettet hat, sondern dass wir ihnen auch diejenige weitere Entwicklung der Chirurgie des Beckens verdanken, von der ich jetzt sprechen will, und die meiner Ansicht nach einen der grössten Triumphe der modernen Gynäkologie darstellt. Ich meine natürlich die Operation zum Zwecke der Entfernung der Uterusadnexa, wenn dieselben den Sitz einer ernsten Erkrankung bilden.

Ich hatte unlängst Gelegenheit, den Collegen die Gründe, aus denen ich mich für berechtigt halte, für diese Operation einzutreten und sie auszuüben, des Näheren auseinandersetzen zu können, dass es kaum nöthig ist, selbst wenn es die Zeit erlaubte, sie alle bei dieser Gelegenheit aufzuzählen

Ich beabsichtige, anstatt auf ausführliche Argumente einzugehen, in Kürze einen oder zwei Fälle anzuführen, um die Resultate der operativen und nicht operativen Behandlung zu illustriren und mit einander zu vergleichen.

(Schluss folgt.)

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

(Fortsetzung.)

Wenn man bestimmte Naturerscheinungen betrachtet, so scheidet man die Energie des Systems in die actuelle und disponible (latente), deren Summe dem Gesetze der Erhaltung der Energie entsprechend konstant bleibt. Wenn sich nun auch kinetische und potentielle Energieänderungen gegenseitig bedingen, verursachen, so kann man doch nicht generell, wie es in der Dynamik geschieht, die kinetische Energie immer als actuell, die potentielle als disponibel ansehen, sondern dies muss, wie Helm bemerkt, von der Auffassungsweise des Causalzusammenhanges abhängig gemacht werden. Helm trifft nun die Unterscheidung in der Weise, dass er zur actuellen Energie, die man sich im Körper in Thätigkeit befindlich vorstellt, die Energieformen rechnet, die einen absoluten, nicht von Beziehungen zu anderen Körpern abhängigen Besitz jedes einzelnen Körpers im betrachteten System bilden, z. B. die kinetische Energie, die von der absoluten Bewegung oder die freie Wärme, die von der absoluten Temperatur abhängt. Disponibel ist aber nach Helm diejenige Energie, die während des Verlaufes der betrachteten Naturerscheinung in einem Körper actuell wevden oder auf Kosten der actuellen Energie vermehrt werden kann, also die potentiellen Energieformen, die von den Beziehungen des Körpers zu anderen Körpern des Systus oder der Körpertheile untereinander bestimmt sind, z. B. in bestimmten Fällen die latente Wärme oder die chemische Energie.

Nicht nur bei der monistischen, sondern auch bei der mechanischen Auffassung kommt man stets von dem wahrhaft Seienden, der Energie, respective von dem Gegensatze von nur zwei Energieformen — kinetischer und potentieller Energie —, auf die sich die Mannigfaltigheit aller Energieformen zurückführen lässt, stets wieder auf die erfahrungsgemäss, d. h. mit Hilfe unserer Sinne thatsächlich für uns festgestellten Energieformen zurück. Auch die scheinbar rein mechanischen Vorgänge sind stets auch physiologische. Unserer Organisatien gemäss tritt aber die Aussenwelt in nur wenigen Empfindungsformen an uns heran und hiernach unterscheiden wir in der **einen** Energie verschiedene Energie-**Formen**, was R. Mayer zuerst that, als er «1. Fallkraft, 2. Bewegung, 3. Wärme, 4. Magnetismus und Elektricität und 5. chemisches Getrenntsein gewisser Materien und chemisches Gebundensein gewisser anderer Materien» unterschied. Die Fortschritte der Wissenschaft können diese Formen vereinfachen oder vermehren oder etwas anders anordnen lassen, immer aber handelt es sich darum, dass wir durch unsere Sinnes-Energieen gezwungen werden, Qualitäten zu trennen als Energieformen, die im Geiste der übergeordneten Energie-Idee als nebensächlich und zufällig erscheinen sollten.

Die Versuche über die Begründer der Energie-Ideen und deren Ausarbeiter hinaus neuerdings zu einer Energetik vorzudringen, haben nun diese physiologische und qualitative Frage ganz besonders hervortreten lassen und Gibbs und Helm haben diesen Qualitätsfactor als Intensität neben der Menge (von Ostwald Capacitätsfactor genannt), in die allgemeine Energieform eingeführt. Hiernach ist also das gemeinsame Merkmal der Energieen, die eine Form bilden, die Intensität; bei den thermischen Wirkungen ist hiernach beispielsweise die Energieform die Wärme, die Intensität die Temperatur, die Quantität die Entropie (oder Wärmecapacität); bei der chemischen Energie ist die Intensiiät die Affinität oder das chemische Potential, die Menge oder Capacität das Verbindungsgewicht.

Wegen der Grenzen, die unserem Erkennen in oben angegebener Weise durch unsere Empfindungen gezogen sind, betrachten wir auch einerseits rein subjectiv und anthropomorph die Intensität als Ausdruck des äusseren Einflusses, dem ein Körper unterliegt,

die Menge aber als Darstellung seiner inneren Eigenschaften, d. h. seiner Disposition, äusseren Einflüssen nachzugeben.

Diese erkenntnisstheoretischen Grenzen nöthigen uns auch fortwährend, in einer anderen Richtung neben der monistisch gedachten Energie als solcher resp. neben dem aus der mechanischen Betrachtungsweise sich ergebenden Gegensatze von nur zwei Energieformen, die Vielheit der erfahrungsgemäss zur Kenntniss gekommenen Energieformen zu berücksichtigen und zwar derart, dass damit wieder einem physiologischen und psychologischen Bedürfnisse Rechnung getragen wird. Das Energiegesetz als solches eliminirt nämlich die «todten Kräfte», d. h. die Tendenzen zu wirken nur im synthetischen Gebrauche, d. h. wenn es dazu benutzt wird, über die Ergebnisse der Umwandlungen summarisch zu urtheilen. Aber damit allein gewinnen wir kein Verständniss über Eintritt und Ablauf der Erscheinungen, wenn wir dieselben analytisch behandeln, weil das Energiegesetz uns keine Antwort auf die Frage geben kann, ob und wann Umwandlungen eintreten müssen. Das Gesetz sagt nur voraus, was eintritt, wenn die Umwandlung erfolgt.

Die analytische Behandlung der Erscheinungen zwingt uns deshalb, stets in concreto Tendenzen zur Wirkung anzunehmen. Zu einer virtuellen Erscheinung, die stets eintritt, wenn sie möglich ist, muss ein Bestreben vorhanden sein und man muss stets die Tendenzen berücksichtigen, die für die einzelnen Energieformen charakteristisch sind und die Art ihres Ueberganges bestimmen.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse hat HELM die Sache so ausgedrückt: «Jede Energieform hat das Bestreben, an Stellen, in welchen sie in höherer Intensität vorhanden ist, zu Stellen von niederer Intensität überzugehen. Sie heisst ausgelöst, wenn sie diesem Streben folgen kann. Im Allgemeinen findet bei jedem Uebergang Umformung statt. Beim Uebergang von höherer zu niederer Intensität wird soviel Energie anderer Form erzeugt, beim umgekehrten Uebergang verbraucht, dass die Quantitätsfunction der übergegangenen Energieform ihren Gesammtbetrag nicht ändert, nämlich in dem einen Körper um ebensoviel vermindert wie im andern vermehrt wird.»

Muss so die absolute Giltigkeit des Energiegesetzes durch die Hilfsvorstellung der Tendenz scheinbar beim speciellen Gebrauche etwas eingeschränkt werden, so ist dies doch noch nicht die einzige Einschränkung, die uns durch die Grenzen unserer Wahrnehmung, unserer Sinnes-Energieen gezogen ist. Wir können thatsächlich nur über die Energie urtheilen, die ausgelöst ist oder wird. Um dieses Urtheil aber bilden zu können, setzten wir irgendwo den Beginn des zu untersuchenden oder zu beurtheilenden Vorganges und datiren diesen von der Auslösung dieser Energie. Im Experimente können wir diesen Beginn nach unserem Willen setzen, in der Gesammtheit der Naturerscheinungen greifen wir zunächst *ebenso willkürlich* irgend eine Erscheinung oder eine Gruppe von Erscheinungen heraus. Wegen dieser Nöthigung, einzelne Erscheinungen oder Gruppen solcher in Gedanken oder annähernd in Versuche zu sondern, müssen wir uns aber auch stets darüber klar bleiben, dass die einzelnen Erscheinungen oder Gruppen solcher stets weitere Erscheinungen oder Gruppen solcher veranlassen und zwar dürfen diese folgenden Erscheinungen in dieser gedachten Behandlung durch andere der stets in Wirklichkeit daneben stattfindenden Erscheinungsfolgen nicht gestört werden oder dies muss in ganz bestimmter, vorher angebbarer Weise geschehen. *Dass der Ablauf der Erscheinungen ein* **causaler** *ist, wird uns eben durch diese gesetzmässige Folge der in Gedanken gesonderten Erscheinungen klar.* Daraus ergibt sich aber auch, dass der Causalzusammenhang einer bestimmten Gruppe von Erscheinungen über deren Energiezusammenhang hinausgreift und dass die Ansicht von STRICKER, nach welchem «die Lehre von der Erhaltung der Kraft und die Causalitätslehre identische Lehren» sind, nicht zutrifft, so lange man die Auslösung der Energie in der bisherigen Weise darstellt, wie es STRICKER selbst thut.

Schon dem grossen Vorkämpfer des Monismus, GIORDANO BRUNO, dürfte etwas derartiges vorgeschwebt haben, wenn er meint, «dass sich keine Linie in der Natur genau auf dieselbe Weise wiederholt finde.» Das geschieht thatsächlich auch nur, wie oben dargelegt, annähernd im Versuche, ganz nur in Gedanken. Gerade indem wir von der Auslösung selbst zunächst absehen, können wir im Versuche annähernd beweisen, dass das Energie-Aequivalent eine constante Grösse ist. *In Wirklichkeit wirkt jede ausgelöste Energie durch Uebertragung von Bewegung, d. h. durch einen Verlust an Energie für das erste System auch auslösend auf andere Energie.* Dadurch wird einerseits in der Natur die unserem momentanen Erkennen gesetzte Schranke als eine willkürliche oder doch nur als eine Hilfsvorstellung charakterisirt, aber auch andererseits genügend darauf hingewiesen, **dass die auslösende Energie nicht schlechterdings nur nach dem bisherigen Gebrauche unter qualitativen Gesichtspunkten betrachtet werden darf.**

Musste bei dem weiteren Ausbau der Energetik noch mehr als bei R. MAYER selbst in der quantitativen Bearbeitung der Energie die Qualität berücksichtigt werden, deren subjectiver Charakter bereits hergehoben wurde, so scheint mir, dass man umgekehrt bei der Auslösung selbst neben der bis jetzt allein beachteten Qualität die quantitative Seite berücksichtigen muss. Durch beide Momente zusammen wird erst ein vollständiger Einblick gewährleistet, dass die Energie eines Systems eine constante Grösse sein muss. Bis jetzt greift die Auslösung in diese quantitative Behandlung des Energiezusammenhanges noch wie ein deux ex machina ein und stempelt die Qualitäten mehr zu «qualites occultae», als sie es in Wirklichkeit sind. Erst mit diesem neuen Momente lässt sich auch für den Causalzusammenhang die Identitätsvorstellung durchführen.

Untersuchungen über die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und der Wunsch, die zu Grunde liegenden biologischen Gesetzmässigkeiten im Zusammenhange der Naturerscheinungen etwas besser zu begreifen, als dies bis jetzt möglich schien, haben mich nach dieser Richtung auf einige bisher nicht beachtete Seiten der Energetik hingewiesen. Auch die neuen Ermittelungen über Befruchtung und Kerntheilung verlangen derartige Erörterungen.

Nach Entdeckung des Zusammenhanges zwischen dem Leben der Hefe und der alkoholischen Gährung durch SCHWANN und CAGNIARD LATOUR 1837 hatte TURPIN ganz allgemein ausgesprochen, dass verschiedene Hefen die Ursachen der verschiedenen Gährungen sind. Besonders gestützt auf diese Entdeckung von SCHWANN und den Nachweis, dass einige Hautkrankheiten parasitär sind, begründete HENLE zusammenhängend von Neuem die parasitäre Theorie der Infectionskrankheiten, nach der die Lebewesen durch ihr Leben und Wirken die Krankheit verursachen: «der specifische Parasit ist der Ansteckungsstoff oder das Contagium dieser (ansteckenden oder contagiösen Krankheiten.»

HENLE fasste zuerst die Gewebe als den «Boden» auf, in dem solche Parasiten wuchern können, und die Contagien sind für ihn als ersten nicht «Keim oder Same der Krankheit, sondern der Krankheitsursache». HENLE ist sichtlich nicht der Ansicht, dass die Contagien als solche die Krankheitsursachen sind, sondern die Parasiten werden durch ihre typische Entwicklung zur typischen Krankheitsursache. Entwickelung ist aber für uns eine Bewegungsform und insofern hat HENLE viel klarer gedacht als die Mehrzahl seiner Anhänger und Nachfolger. Auch der Passus: «auch die Veränderung des Blutes oder der organischen Substanz, auf deren Kosten die supponirten Parasiten sich vermehren, kann Ursache des Fiebers werden», zeigt, dass HENLE schärfer gedacht hat und nur die Krankheitserreger, nicht die Krankheiten als Species betrachtet.

Erst als die biologische Theorie der Gährungen durch PASTEUR erneuert wurde, und als er eine Anzahl specifischer Hefen als Ursachen von Gährungen kennen lehrte, als im Anschlusse hieran mehr oder weniger beweisend auch Mikroparasiten bei verschiedenen Infectionskrankheiten erkannt wurden, vergass man Alles früher Erarbeitete. Jetzt wurden Mikrobien schlechthin die «Ursache» der Gährungen und Krankheiten. Jetzt konnte man zum ersten Mal «Ursachen» sehen und Anderen zeigen!

LIEBIG's berechtigter Spott über dieses unklare Denken über die Thatsachen hat später PASTEUR zur Umkehr genöthigt und ihn

gezwungen, wieder nach dynamischen Vorstellungen zu suchen. In der Pathologie blieben aber die Mikrobien als «Ursache» der Infectionskrankheiten an uns hängen und besonders **KLEBS** kam schliesslich 1878 zu jener der **VIRCHOW**'schen diametral entgegengesetzten Auffassung, dass «die sogenannte Reaction der Gewebe wesentlich von äusseren Einrichtungen abhängt», dass das äussere Agens, Irritans, die wahre Krankheitsursache, ein causa sufficiens sei, dass Leben wie Krankheit im Allgemeinen und in ihren besonders specifischen, typischen Erscheinungen bloss durch die Wirkung äusserer Ursachen zu Stande komme. Hiermit war die Theorie genau an dem Punkte angekommen, wo **BROWN**'s Anschauungen für die Therapie versagt hatten. Das half aber zunächst gar nichts. Und als nun gar **KOCH** in methodisch für immer grundlegender Weise selbst und seine Schüler viele gährungs- und krankheitserregende Mikrobien einwandsfeier als bis dahin nachwiesen, da schien die ganze Sache vollends entschieden. Die specifischen Mikroparasiten waren die «Ursache», das wahre «Wesen» der specifischen Infectionskrankheiten und allem naturwissenschaftlichen Denken zum Hohn konnte man nun nicht nur Ursachen sehen und zeigen, sondern kleinste Ursachen konnten grösste Wirkungen hervorzubringen. Ebenso wie **KLEBS** hatte auch **KOCH** wohl noch eine dunkle Ahnung, dass man in der Wissenschaft die Lehre des «causa aequat effectum» als durchgreifend bewährt fand. Da die sichtbaren und demonstrirbaren Mikroparasiten aber als «causa sufficiens» galten, so liess sich von diesem Standpunkte der innere Widerspruch nur so lösen, dass man erklärte, die specifischen Mikroparasiten bestimmen a l l e i n das Wesen, den Character, den Typus der Krankheit und diesem Momente gegenüber sind die inneren Einrichtungen der Gewebe ganz nebensächlich und causal bedeutungslos. **KOCH** selbst hat sich von diesem Standpunkte niemals freigemacht und seine Rede auf dem internationalen medizinischen Congresse zu Berlin 1890 feierte als höchste Leistung der Bacteriologie den Nachweis specifischer Mikroparasiten als «Ursache» von Krankheiten und sein Schüler **CORNET** warnte in Consequenz dieser Anschauung seines Lehrers geradezu vor der «unseligen Annahme von der Wichtigkeit der Disposition als einer zweiten Ursache der Tuberkulose neben oder über dem Bacillus». **KLEBS** dagegen erkannte unter der Einwirkung der **VIRCHOW**'schen Kritik wieder 1887 neben den äusseren die inneren Momente als causal wichtig an. Aber von einer wirklichen Klärung ist bei ihm doch noch keine Rede und eine volle Erkenntniss der principiellen Gesichtspunkte mangelt **KLEBS** noch jetzt, wie seine Worte unzweideutig lehren; «Bricht nun die Krankheit aus, durch einen Anstoss hervorgerufen, welcher gerade den schwachen Punkt trifft, so fragt sich, welcher von beiden Erscheinungen, der prädisponirenden Schwäche o d e r dem äusseren Anstoss die Bedeutung der e i g e n t l i c h e n K r a n k h e i t s u r s a c h e beizulegen ist. Vielleicht b e i d e n, wenn wenn nicht die nächste Ursache in dem Bereiche des Normalen läge und es bei dem wirklichen Zustandekommen der Störung doch mehr auf die vorhandene Prädisposition oder Schwächung des Organismus ankommt, welche es auch ist, die der entstehenden Krankheit den Charakter verleiht.» **KLEBS** geht sogar noch weiter und kehrt wieder zu **HENLE** und **LOTZE** zurück, indem er sich gegen die «Verwechslung oder Identificiruug der Krankheitsursachen mit den dieselben hervorbringenden Substanzen oder Organismen» wendet und bemerkt, dass «die realen Körper nicht an sich, sondern nur durch die von ihnen ausgehenden Kräfte in Wirksamkeit treten.»

Schon vorher hatte **VIRCHOW**, 1874, ohne jedoch die parasitäre Theorie principiell als berechtigt anzuerkennen, sich gleichfalls der **HENLE**'schen Auffassung zugewendet, indem er meinte, dass die Bacterien nicht mechanisch, sondern durch von ihnen gebildete Gifte zur Wirkung gelangen. Aber noch vor **VIRCHOW** hatte bereits 1857 **PANUM** diesen Punkt erkannt mit der für die Prophylaxis wichtigen Folgerung, dass es zur Bekämpfung der Gifte vortheilhafter sei, die Bacterien als Giftbildner zu vernichten. Erst ganz neuerding gibt ein anderer Schüler **KOCH**'s, **BEHRING**, zu, «dass die Bacterien keine Causa sufficiens sind für eine Krankheit», womit zum ersten Male die Unhaltbarkeit von **KOCH**'s Ansichten über Aetiologie eingestanden wird

Dass die Infectionskrankheiten und Gährungen ganz eigenartige Erscheinungen sind, hat noch nie Jemand geleugnet. Gerade diese Besonderheiten haben immer wieder die Aufmerksamkeit auf diese Vorgänge gelenkt, mit deren Studium die wissenschaftliche Medicin geradezu beginnt. Das ätiologische Problem, den Zusammenhang der Seuchen mit der Umgebung zu begreifen, ist das älteste unsererer Wissenschaft. Bis auf den heutigen Tag hat die Forschung sich in diesen Dingen von der naiven ontologischen Betrachtung nicht frei zu machen gewusst. Statt der früheren Personificationen der Priestermedicin haben wir andere «Wesen» gesetzt, um das «Specifische» dieser Erscheinungen zu begreifen. **SYDENHAM**, der diese Seite zuerst umfassend dargelegt hat, kam zu der Ansicht, dass jede Krankheit «ebenso gut als eine besondere Species anzusehen ist, wie eine Pflanzenspecies». Die «Krankheit-Species» ist ihm das ens morbi, wobei er jedoch, was nicht zu übersehen ist, die später scharf geschiedenen Begriffe der Krankheitsanlage und Krankheitsursache noch nicht oder nicht immer trennt. Bisweilen scheint er aber anzunehmen, dass die Krankheitsspecies veranlasst ist durch ein giftiges, contagiöses Agens von Speciesconstanz; so scheint mir wenigstens seine Forderung erklärbar, «morborum classes juxta botanicorum ordinem» zu stellen, wenn er damit nicht etwa nur das Specifische der Krankheiten besonders deutlich machen wollte.

Für **VIRCHOW** liegt die Befriedigung des ontologischen Bedürfnisses in der Auffassung der kranken Zelle als des ens morbi. Hierin liegt wohl eine Anpassung an die Fortschritte der Mikroskopie, aber kein so grundsätzlicher Fortschritt im Sinne einer Vertiefung des Causalproblems, wie man es bisweilen hört. Das Wort «specifisch» kann sowohl ganz allgemein im Sinne von besonders oder typisch gebraucht werden, als auch im Sinne von Species. Der wirkliche Fortschritt bei **VIRCHOW** liegt darin, dass er die allgemeine Fassung bevorzugt und endgiltig die falsche Vorstellung beseitigt hat, dass die Krankheiten als solche Species sind. Mit der Entdeckung specifischer Infections- und Gährungserreger wurden diese als «Species» aufgefasst und diese Ermittelung dem ontologischen Bedürfnisse dadurch mundgerecht gemacht, dass man jetzt das «Wesen» in der Anwesenheit solcher specifischer Infections- und Gährungserreger sah. Für **HENLE**, **PASTEUR**, **F. COHN** und im Anschlusse an diese für **R. KOCH** stellt die «specifische» Gährungs- und Infectionszelle das ens morbi et fermentationis dar.

J e d e S c h u l e h a t b i s j e t z t i n i r g e n d e i n e r W e i s e m i t d e r a r t i g e n P e r s o n i f i c a t i o n e n g e r e c h n e t u n d n u r d e n B e g r i f f d e s «W e s e n s», d e r «E n t i t ä t» a n d e r s g e f a s s t. Eine Verständigung ist dadurch fast unmöglich gemacht.

Vielleicht gelingt es aber, diesem Streite ein Ende zu machen, wenn man sieht, wie sich diese so verschiedenen «Wesen» darstellen, sobald man ein concretes Causalurtheil bildet und dieses in Einklang mit der Energieidee entwickelt. F ü r e i n «W e s e n» bleibt allerdings bei einer solchen rationalistischen Betrachtung k e i n P l a t z und die Infections- und Gährungsvorgänge müssen so einfach und unzweideutig entwickelt werden, wie irgend ein dynamisches oder mechanisches Problem der Physik. Gerade dadurch zeigen uns aber diese organischen Vorgänge Dinge, die dem Physiker ferner liegen, um so deutlicher.

In dem eindeutigen Sinne der Definitionen von **R. MAYER**, welche die exacten Naturwissenschaften endgiltig angenommen haben und die ebenso in der Erkenntnisstheorie gelten, soweit dieselbe nicht metaphysisch vorgeht, ist die Ursache in inneren Einrichtungen zu suchen, die von äusseren Einflüssen nicht unmittelbar bestimmt sind. Diese causa princeps oder res prima ist also einmal stets eine causa interna und dann, weil sie im bestimmten Sinne hinter den wechselnden äusseren Einflüssen steht, eine causa sufficiens, was durch die deutsche Bezeichnung «Ur-Sache» in schärfster und glücklichster Weise zum Ausdruck kommt. D i e s e U r s a c h e i m S i n n e d e r E r k e n n t n i s s t h e o r i e d e c k t s i c h m i t d e m B e g r i f f e d e r p o t e n t i e l l e n E n e r g i e i m S i n n e d e r M e c h a n i k. Es kann also nur die innere Einrichtung quantitativ und qualitativ alles enthalten, was auf äussere Einflüsse hin in die Erscheinung tritt oder, anders ausgedrückt, d i e a u s r e i c h e n d e U r s a c h e f ü r G ä h r u n g e n u n d K r a n k h e i t e n l i e g t n u r i m B a u d e s a n g e s t e c k t e n W i r t h e s, i n s e i n e r A n l a g e u n d i m B a u, i n d e r C o n s t i t u t i o n

des gährfähigen Körpers, und zwar zunächst gleichgiltig, wie dieser Energiefactor zu Stande gekommen ist. Was hier nicht vorgesehen ist, kann nicht in die Erscheinung treten. Von selbst tritt eine solche Erscheinung aber nicht ein und, um sie im Versuche zu sondern, müssen wir die gegebene und scheinbar latente, potentielle innere Ursache «auslösen».

Eine solche auslösende Kraft ist den inneren Einrichtungen gegenüber stets eine äussere und fremd (heterogene) und nach der bisherigen Betrachtungsweise nur qualitative, aber sie ist auch keine causa sufficiens, weil sie nicht ihre Kräfte zur Erscheinung bringt, sondern durch ihre Kräfte nur andere, sonst latente Dinge hervorruft. In diesem Sinne erkannte LOTZE 1848, dass «die Reaction zunächst gar keine Beziehung zur (sc. äusseren) Krankheitsursache» hat und VIRCHOW sprach 1854 aus, dass die äusseren Einflüsse den «inneren Einrichtungen den Anstoss zur Thätigkeit ertheilen» und äusserte sich später noch öfters in diesem Sinne. In diesem Sinne sprach LIEBIG schon 1842 von der «Erregung» der Gährungen durch Uebertragung von Bewegungen und NAEGELI formulirte dies 1877, ohne R. MAYER zu erwähnen, so, dass er sagte: «die Hefe muss fortwährend die Anstösse geben, um die in einer grösseren oder kleineren Gruppe von Zuckermolekülen angehäufte Spannkraft auszulösen». Ich selbst habe für Infectionskrankheiten und Gährungen diese Beziehungen verschiedentlich erörtert: Hiernach sind die Ursachen stets innere und quantitativ abgeglichene, so dass kleine Ursachen auch nur kleine Wirkungen haben; hiernach ist die Auslösung oder Erregung stets ein äusserer Vorgang und kleine Kräfte können grosse Wirkungen wohl auslösen aber nicht verursachen.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Prophylaxe und Beseitigung des Trachoms in der k. u. k. österr.-ungar. Armee.

Von **Dr. Karl Hoor**,

k. u. k. Regimentsarzt, Docent an der Universität in Budapest.

Verlag von Josef Šafař. Wien 1892.

Die Trachomfrage, welche im Allgemeinen in der letzten Zeit etwas acuter zu werden beginnt, beschäftigt naturgemässer Weise in erster Linie die Militär-Behörden. Werden doch von dieser Krankheit der Armee jährlich Tausende von sonst gesunden und kriegsdiensttauglichen jungen Leuten entzogen, und wird die Schlagfertigkeit einzelner Truppenkörper, die sich aus trachomdurchseuchten Gegenden ergänzen, in hohem Grade gefährdet.

Auf Grund langjähriger Erfahrungen schlägt nun der Verfasser die gegen diesen Uebelstand einzuschlagenden Massnahmen vor, die freilich zum grössten Theile pia desideria bleiben dürften.

Nach unserem jetzigen Wehrgesetze befreit «hochgradiges Trachom und chronische Blenorrhoe der Bindehaut» vom Militärdienste. Diese Bestimmung wünscht der Autor vollständig geändert, da es ja klar ist, dass Mancher, der weiss «mit Trachom braucht man nicht zu dienen», eine etwa bestehende Krankheit seiner Augen nicht behandeln, sie verschlimmern lassen, ja sogar sich absichtlich inficiren wird. Es sollte vielmehr, meint der Verfasser, der Grundsatz gelten: Jeder sonst gesunde Trachomkranke ist einzureihen. Der gleichzeitig in Kenntniss gesetzten Civilbehörde müsste es zur Pflicht gemacht werden, den Mann bis zu seiner Einrückung ärztlich pflegen zu lassen, und wenn dem jungen Soldaten eingeschärft würde, dass er die Zeit, die er vom Momente seiner Einrückung an bis zu seiner Genesung im Militärspitale verbracht hat, nachdienen müsse, wird er sich die Pflege seiner Augen angelegen sein lassen.» Wir dürfen, sagt Verfasser «das Trachom unter keiner Bedingung als Befreiungsmoment von der Wehrpflicht anerkennen, sonst züchten und cultiviren wir es, und wir werden, eh wir uns versehen, eben so wie in Belgien Trachomregimenter aufstellen müssen, um nur den Friedenpräsenzstand aufbringen zu können. Der einmal eingerückte Trachomkranke ist sofort dem Spitale zu übergeben. Dort sollen alle mit Blenorrhoe behafteten Soldaten in einem eigenen Pavillon untergebracht und möglichst isolirt werden. Sie sollen eigene Wäsche besitzen, eigenes Geschirr und separate Kleidung. Sie sollen möglichst wenig mit gesunden Kameraden verkehren, und die Badelocalitäten nur an bestimmten Tagen besuchen. Denn wenn man überhaupt das Trachom als eine infectiöse Krankheit auffasst (und darüber gibt es wohl keine Zweifel mehr) so muss man auch entsprechend vorgehen. Entlassen soll der Kranke nur werden, wenn er vollständig geheilt ist, so dass er ohne jede Gefahr zur Truppe gehen kann, erweist sich seine Affection als unheilbar, oder ist sein Sehvermögen durch Trübungen der Hornhaut bis zu einem Grade geschwächt, dass der Soldat dadurch zum Dienste untauglich wird, dann mag man ihn nach Hause schicken, aber nur, wenn jede Spur von Sekretion erloschen ist.

Bei der Truppe selbst sollen die Augen aller Leute monatlich 2 Mal, und wenn das Regiment aus einer trachomdurchseuchten Gegend stammt, sogar wöchentlich einmal untersucht werden. Bezüglich der eingerückten Reservisten stellt Verfasser die unumgängliche Forderung auf, an Trachom erkrankte dem Militärspitale zu übergeben und ohne Rücksicht auf die Dauer bis zu ihrer vollständigen Heilung darin zu belassen. Gewiss schon mit Rücksicht auf die Verbreitung des Trachoms unter der Bevölkerung eine trefflich zu nennende Massregel, eine andere Frage aber ist es, ob die Civilbehörden den Wunsch des Verfassers erfüllen, und mittlerweile die Familie des Reservisten vor Hunger schützen würden. Strenge Reinlichkeit in der Kaserne, peinlichste Durchführung der allgemein hygienischen Vorschriften tragen nach des Verfasser's Meinung gewiss dazu bei, die Entstehung einer Trachomepidemie unter den Soldaten zu verhüten. Anknüpfend an die furchtbaren Schäden, welche das Trachom unter den Schaaren Napoleon's angerichtet, schlägt Verfasser vor, im Kriegsfalle alle diejenigen Leute, welche an ansteckungsfähigem Trachom leiden, unbedingt zurückzustellen, und sie eventuell zur Besatzung der Garnison zu verwenden. Truppenkörper, bei denen die Epidemie in grösserem Masse auftritt, seien einfach aufzulösen; bei Manövern nehme man Rücksicht darauf, dass Soldaten in solchen Orten, wo das Trachom unter der Bevölkerung epidemisch herrscht, nicht einquartirt werden. Sehr beherzigenswerth ist der Rath des Verfassers, die Militärärzte in periodisch abzuhaltenden praktischen Kursen über das Wesen und die Behandlung des Trachoms genauestens zu instruiren.

Nicht unerwähnt wollen wir eine dem überaus interessanten Büchlein beigegebene umfassende Besprechung über Aetiologie, Diagnose und Therapie des Trachoms, sowie eine ausführlich historische Besprechung der Krankheit lassen. *A. P.*

Kurzes Lehrbuch der Physiologie des Menschen.

Von **Dr. Johannes Gad**, Professor in Berlin und **Dr. J. F. Heymans**, Professor in Gent.

Mit 62 Abbildungen in Holzschnitten und 1 lithograph. Tafel.

Verlag von Friedrich Wreden. Berlin 1892.

Vorliegendes Werk bildet den 16. Band in WREDEN's Sammlung medizinischer Lehrbücher und präsentirt sich in der bekannten netten Ausstattung dieser Bücherreihe. Die Autoren haben mit der Abfassung dieses kurzen Lehrbuches der Physiologie durchaus keine erschöpfende Darstellung der Disciplin zu geben beabsichtigt, sondern nur die wichtigsten Elemente der Physiologie in klarer Weise wiederzugeben versucht. Es war ihnen auch nicht darum zu thun, dem Leser eine grosse Fülle von Daten und Behauptungen vorzusetzen, sondern vielmehr ihn zum physiologischen Denken anzuregen und vorzubilden. Das Werk zerfällt in zwei grosse Abschnitte, deren erster die Physiologie der animalen, der zweite die der vegetativen Processe umfasst. Im ersten finden wir die Capitel über Muskelgewebe, Körperbewegungen, Nervengewebe, Centralnervensystem, specielle Nervenphysiologie und Physiologie der Sinne, im zweiten die Capitel über Blut, Lymphe, Kreislauf, Athmung, Diät, Ernährung, Verdauung, Stoffwechsel, Wärme und Arbeit. Man ersieht aus dieser Eintheilung, dass die Autoren von vorneherein auf die Ausführung der Zeugungslehre und Embryo-

logie verzichtet haben, offenbar, weil sie eine ausführliche Besprechung dieser Fragen als in das von ihnen scharf umgrenzte Gebiet der Physiologie nicht gehörig betrachteten. Sämmtliche Abschnitte des Werkes zeichnen sich durch sehr übersichtliche und klare Darstellung aus, nirgend wird Aufwand mit Citaten oder Litteraturangaben getrieben, sondern überall ist das Wesentliche erfasst und scharf hervorgehoben, das Thatsächliche in den Vordergrund gestellt, den Hypothesen nur geringer Raum gelassen. Dabei ist es den Verfassern gelungen, überall anregend zu bleiben, sowohl durch die originelle Auffassung ihrer Aufgabe, als durch den angenehmen Styl. Das Werk wird sich gewiss viele Freunde erwerben. *J. S.*

Ueber Gasphlegmonen.

Von **Dr. Eugen Fränkel,**
Prosektor am neuen allgemeinen Krankenhaus in Hamburg.
Mit 3 chromolithographirten Tafeln.
Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. 1893.

FRÄNKEL hatte Gelegenheit, vier Fälle von Gasphlegmonen zu beobachten und die Sektion von dreien derselben zu machen. Es ist bemerkenswerth, dass in zwei der letal abgelaufenen Fälle die Erkrankung von der Applicationsstelle einer subkutanen Injektion ihren Ausgang genommen hatte. FRÄNKEL hat in allen vier Fällen genaue bakteriologische Untersuchungen vorgenommen und ausnahmslos einen in der vorliegenden Arbeit genauer beschriebenen Bacillus finden können. Derselbe ist strenge anärob, bildet nur sehr selten Sporen, ist unbeweglich, zeigt auch in künstlichen Nährmedien reichliche Gasentwicklung und ruft bei Meerschweinchen subkutan injicirt Nekrose der tiefen Schichten mit reichlicher Gasbildung hervor. Oft geht das Versuchsthier, offenbar an Intoxikation, ein, während die Bacillen immer nur an der Injektionsstelle nachweisbar bleiben, sich dort aber reichlich vermehren. Niemals wird durch die genannten Bacillen Eiterung hervorgerufen. Mischinfektion des fraglichen Bacillus mit Eiterkokken ruft noch schwerere Erkrankungen hervor. Verfasser analysirt ferner die bisher bakteriologisch untersuchten Fälle von Gasphlegmonen des Menschen und kommt zu dem Schlusse, dass die Aetiologie dieser Erkrankung keine einheitliche sei, dass jedoch fast ausnahmslos anärobe Bakterien ihr zu Grunde liegen. Gute Tafeln veranschaulichen das Aussehen der Kulturen und der an einem inficirten Meerschweinchen ersichtlichen Veränderungen.

J. S.

Lehrbuch der speciellen Chirurgie.

Für Aerzte und Studirende.
Von **Dr. Franz König,**
Professor der Chirurgie etc. in Göttingen.
6. Auflage, 1. und 2. Band.
Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Von KÖNIG's klassischem Lehrbuch liegt der 1. und 2. Band der 6. Auflage vor. Neues lässt sich über dieses anerkannte Werk kaum sagen. Seit vielen Jahren als mustergiltig betrachtet, hat das KÖNIG'sche Lehrbuch auch in seiner neuen Auflage alle in den letzten Jahren entstandenen Bereicherungen der Chirurgie in sich aufgenommen. Mit enormem Fleiss hat der Verfasser die grosse Litteratur der letzten Jahre gesammelt, gesichtet und verarbeitet. In Folge dessen hat das Werk auch an Umfang nicht unbeträchtlich zugenommen. In der Eintheilung ist insoferne eine Aenderung eingetreten, als die Wirbelsäulenerkrankungen in den 3. Band hinübergenommen worden sind.

Die Ausstattung ist eine vortreffliche. *J. S.*

Bibliographie der klinischen Helminthologie.

Von Medizinalrath **Dr. J. Ch. Huber,**
k. Landesgerichtsarzt in Meiningen,
Verlag von J. S. Lehmann. München 1893.

Von diesem trefflichen Hilfsbuch, dessen erste Hefte wir bereits vor Jahresfrist zu empfehlen Gelegenheit hatten, ist nun Heft 5 und 6 erschienen. Es enthält bibliographische Notizen über Ascaris, Oxyuris, Trichocephalus und Ankylostomum. Forschern auf diesem Gebiete wird dieses Heft geradezu unentbehrlich sein. Die Ausstattung ist besonders schön. *F.*

Zeitungsschau.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Giessen.

Dr. P. Poppert, a. o. Professor und I. Assistenzarzt: **Zur Frage der totalen Kehlkopfexstirpation.** (Deutsche mediz. Wochenschrift, Nr. 35, 1893.

Die Resultate der vollständigen Entfernung des carcinomatösen Kehlkopfes sind wenig erfreulich. In der neuesten Zusammenstellung von 163 Fällen gibt TAUBER die Sterblichkeit mit 41% an. Ursache der ungünstigen Resultate sind nicht die technischen Schwierigkeiten der Operation, sondern die schwer zu verhütenden Complicationen der Wundheilung, indem nach Auslösung des Kehlkopfes eine umfangreiche, mit dem Pharynx durch eine grosse Oeffnung communicirende Wundhöhle zurückbleibt, in welcher die Trachealöffnung den abhängigsten Punkt bildet und in Folge dessen Speichel und Schleim aus dem Munde und die Wunde gelangen, die Zersetzung des Wundsecretes herbeiführen und zur Entstehung der sogenannten Schluck-Pneumonie Anlass geben.

Diese Complicationen von seiten der Lunge raffen in den ersten Wochen nach der Operation die meisten Kranken hinweg. Daran hat auch die Einführung der Jodoformtamponade (1881) wenig geändert. Von manchen Autoren wird darum die Operation gänzlich verworfen und in solchen Fällen nur die palliative Tracheotomie für berechtigt erklärt.

Die Beseitigung der genannten Gefahr bei der Operation wäre nur durch Abschluss der Wunde gegen den Pharynx möglich.

SCHMID räth die Oeffnung nach dem Pharynx durch Naht zu verschliessen und die Entwickelung der sogenannten Pseudostimme die er in einem Falle viel kräftiger und lauter als nach Einlegung eines künstlichen Kehlkopfes beobachten konnte, abzuwarten.

BARDENHEUER empfiehlt die Oeffnung vorübergehend, bis die Wundhöhle mit guten Granulationen ausgekleidet ist (etwa auf 14 Tage) durch Naht zu verschliessen und dann die Nähte behufs Einlegung eines künstlichen Kehlkopfes zu entfernen.

Verfasser beschreibt einen von ihm mit Abschluss des Pharynx glücklich operirten Fall.

Eine 68jährige Bauersfrau litt seit $1^1/_2$ Jahren an Heiserkeit, seit 5 Wochen an Athembeschwerden bis zur Erstickungsart. Die Untersuchung ergab Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, Verengerung der Glottis, Wulstung und Verdickung der Stimmbänder mit Umwandlung derselben in eine unebene, höckerige Masse. 11. August 1892 Tracheotomie. Tamponade der Trachea mit der Pressschwammkanüle, Spaltung des Kehlkopfes. Die Hauptwucherung sass links, breitete sich jedoch auch nach rechts aus, so dass an eine partielle Exstirpation des Kehlkopfes nicht gedacht werden konnte.

Die Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückchens ergab Carcinom. — Am folgenden Tage wurde bei hängendem Kopfe die Kehlkopfexstirpation gemacht. Es zeigte sich hiebei eine etwa zweimarkstückgrosse Communication mit dem Pharynx, welche in senkrechter Richtung durch eine zweireihige Naht geschlossen wurde. Hierauf Annähung des Trachealstumpfes an die äussere Haut, Einlegung einer gewöhnlichen Canüle, Verkleinerung der Wunde durch einige Hautnähte, Tamponade mit Jodoformgaze.

Heilungsverlauf sehr günstig. Von grösstem Vortheil war, dass die Operirte sogleich gut schlucken konnte. Sie nahm bald nach der Operation ohne Beschwerden flüssige Nahrung zu sich. Verfasser liess die Wunde sich vollkommen schliessen und vernarben, was etwa nach 5—6 Wochen der Fall war.

Patientin bis Juli 1893 vollkommen gesund, ohne Anzeichen von Recidive.

Die grössten Vortheile dieser Methode zeigten sich in dem Wegfall der Fütterung mit der Schlundsonde, in dem Reinbleiben des Verbandes von Speichel und Schleim und in Folge dessen den seltener erforderlichen Verbandwechsel.

Um nach vollendeter Operation das Eindringen von blutigem Secret in die Trachea zu verhüten, räth Verfasser für die ersten 24 Stunden eine jodoformirte Pressschwammcanüle zu verwenden. Patientin war nach der Operation sofort im Besitz einer Sprache. Sie konnte gleich nach der Narcose einzelne Worte deutlich flüstern,

so dass man sie recht wohl verstehen konnte. Da der Zusammenhang zwischen Lunge und Mundhöhle fehlte, so war die selbstständige Aussprache der Vocale im Anlaut der Wörter unmöglich. Dagegen wurden die Consonanten durch Verwendung der in der Mundhöhle befindlichen Luft und entsprechende Muskelcontractionen ganz gut ausgesprochen und in Verbindung mit ihnen im Zu- und Auslaut durch rasches Uebergreifen in die betreffende Mundstellung auch die Vocale hörbar gemacht.

Verfasser verzichtete, da diese Sprache für die Verhältnisse seiner Patientin genügte, auf die Einlegung eines künstlichen Kehlkopfes, dessen Tragen bei der wenig intelligenten Kranken mit manchen Unzukömmlichkeiten verbunden gewesen wäre und räth bei alten gebrechlichen Leuten, bei Leuten von geringem Bildungsgrade und dann besonders in solchen Fällen, wo ein baldiges Recidiv zu erwarten sei, in der beschriebenen Weise vorzugehen.

Bei Personen, die ihrem Berufe gemäss, auf lautes Sprechen angewiesen sind, könnte, da die Entwickelung der oben erwähnten Pseudostimme doch fraglich ist, späterhin jederzeit für die Einlegung eines künstlichen Kehlkopfes ohne Schwierigkeiten eine Oeffnung nach dem Rachen angelegt werden. *B. S.*

Prof. A. Pick: Ueber allgemeine Gedächtnissschwäche als Folge cerebraler Herderkrankung. mit einem Beitrage zur Lehre von der topischen Diagnostik der Sehhügel-Läsionen. (Prager med. Wochenschr. Nr. 37 u. 38, 1893)

Allgemeine Gedächtnissschwäche wurde als Folge verschiedenartiger, auf das Gehirn in toto wirksamer Einflüsse öfter beobachtet, als directe Wirkung einer cerebralen (nicht den Tumoren angehörigen) Herdaffection wird sie nur von FOURNIER, in seiner Monographie über Hirnsyphilis, in einem Falle beschrieben, wo ein Kranker in Folge von syphilitischer Gehirnerkrankung das Gedächtniss plötzlich über Nacht verlor.

Verfasser hat 2 Fälle derart beobachtet und bringt sie wegen des Interesses, das sie bieten, zur Veröffentlichung.

I. Patient 36 Jahre alt, verheirathet, Kaufmann. Hereditär nicht belastet, angeblich nie luetisch inficirt gewesen. Seit 2 Jahren Verstimmung und Zerstreutheit. 12. December 1889 leichter apoplectischer Insult, nach welchem rechtsseitige Hemiplegie zurückblieb. — Seit dieser Zeit das Gedächtniss hochgradig gestört und zwar umfasst der Gedächtnissausfall die Zeit etwa von Ende 1888, während das frühere Gedächtnissmaterial so ziemlich intact geblieben ist: er rechnet gut, spricht französisch, recitirt Gedichte, weiss die wichtigsten historischen Begebenheiten etc. Dagegen sind ihm die historischen Ereignisse der letzten Zeit entschwunden, (dass Kaiser Wilhelm, Kronprinz Rudolf gestorben etc.); er erkennt Frau und Kinder nicht, die Aerzte nicht, die er täglich sieht, er vergisst im Laufe von wenigen Minuten, was er gesprochen (er gibt z. B. im Verlauf von 4 Minuten über sein Alter, Geburtsjahr etc. dreimal befragt, 3 verschiedene Auskünfte). — Die sonstigen somatischen Verhältnisse zeigen neben der Parese des ganzen rechten Facialis (auch bei reflectorisch-mimischen Bewegungen bleibt die rechte Gesichtshälfte zurück), des rechten Armes und Beines normale innere Organe, kein Zeichen von Lues, keinen charakteristischen Augenspiegelbefund.

Der weitere Verlauf zeigte psychisch Constantbleiben (eine Schmiercur und Jodkalibehandlung waren erfolglos geblieben) oder eher noch Zunahme der Gedächtnissstörung, Abnahme der Intelligenz, zunehmende Reizbarkeit; somatische Zunahme der Paresen, so dass Patient sich auf den Beinen kaum mehr zu erhalten vermag.

Die topische Diagnose kann nur auf Zerstörung der Willkürbahn wahrscheinlich in der inneren Kapsel gestellt werden. Bezüglich der Natur der Läsion kann man, wenn man das Fehlen jedes anderen ätiologischen Momentes, das Alter des Patienten, die der Apoplexie vorangegangenen Erscheinungen in Betracht zieht, nur eine durch specifische Hirnarterienaffection bedingte Erweichung annehmen.

II. Patient 31 Jahre, verheiratet, hat in den 20er Jahren ein Ulcus durum acquirirt und die Schmiercur durchgemacht. October 1892 apoplectischer Insult mit darauffolgender linksseitiger Lähmung.

Seitdem ist Patient bettlägerig und öfter gegen seine Umgebung gewaltthätig. Status 29. März 1893: Mittelgross, kräftig. Pupillen normal. Der linke Facialis inclusive Stirnast gelähmt, auch bei mimischen Bewegungen. Die linken Extremitäten hochgradig paretisch, Reflexe gesteigert. Homonyme linksseitige Hemianopsie, normaler Augenhintergrund. Sensibilität normal, innere Organe gesund. Das psychische Verhalten zeigt Apathie und hochgradige Gedächtnissschwäche. Er ist vollkommen unorientirt. Die Sprache nicht gestört, beim Lesen jedoch macht er Fehler, überspringt Worte, liest unsinniges Zeug. Das Gedächtniss für alterlebte Ereignisse ist so ziemlich intact. Unter dem Einfluss einer mehrwöchentlichen Schmiercur und Jodkalibehandlung bessern sich die Paresen, stellt sich das Gedächtniss wieder her, nur ist eine gewisse Vergesslichkeit und Gleichgiltigkeit noch zu bemerken.

Was das Verhalten des Facialis betrifft, sagt NOTHNAGEL in seiner topischen Diagnostik: «Wenn bei einer Herderkrankung mit Hemiplegie und Facialislähmung die willkürliche Beweglichkeit der Gesichtsmuskeln aufgehoben ist, dagegen die Betheiligung beider Gesichtshälften bei psychischen Emotionen (Lachen, Weinen, u. s. w) die gleiche ist, kann man annehmen, dass der Sehhügel und seine Verbindungsbahnen intact sind.»

Es ist also in dem letztgenannten Falle, wo Lähmung der willkürlichen und emotionellen Facialisinneroation neben homonymer Hemianopsie vorhanden war, eine Betheiligung des Sehhügels fast mit Sicherheit anzunehmen.

Als Ursache der Erkrankung muss hier die Lues herangezogen werden und zwar spricht das plötzliche Eintreten der Erscheinungen, der stationäre Charakter, das Fehlen von anderen für Tumor charakteristischen, Symptomen für Hirnerweichung durch luetische Gefässaffection.

Trotz des Mangels genauer Angaben, ob die Amnesie sich hier direct an den apoplectischen Anfall angeschlossen hat, ist Verfasser geneigt, dies anzunehmen, «weil die andere progressive Art der an Herdaffectionen erst nach einiger Zeit sich anschliessenden Amnesie nicht wie im vorliegenden Fall sich rückbildet.»

Beiden Fällen gemeinsam ist also, dass an die in dem einen Fall mit Sicherheit, in dem anderen mit Wahrscheinlichkeit durch Syphilis bedingte Herdaffection des Grosshirns plötzlich als unmittelbare Folgeerscheinung der Apoplexie eine allerschwerste generelle Gedächtnissschwäche sich anschliesst.

Mit dem von FOURNIER beobachteten Fall zusammengehalten, und dem von sonstigen Herdaffectionen bekannten entgegengestellt, kommt man auf die Vermuthung, ob die genannte Erscheinung, nicht für durch Syphilis bedingte Hirnherde specifisch ist? — Die Beantwortung dieser Frage muss weiteren Beobachtungen überlassen bleiben.

In der Nachschrift erwähnt Verfasser noch einen dritten ähnlichen Fall, den er jedoch nur kurze Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte. *B. S.*

Aus der Poliklinik für Hautkrankheiten von **Dr. A. Blaschko**

Dr. Ernst Herzfeld (Berlin, Asist. der Poliklinik.) **Ueber Epidermolysis bullosa hereditaria.** — (Berlin klin. Wochenschr. Nr. 34, 1893.)

Verfasser berichtet über mehrere Fälle von Epid. bullosa hereditaria und bespricht hieran anknüpfend mit Berücksichtigung der Literatur die Symptomatologie dieser interessanten Krankheit.

Der 25 Jahre alte Schlosser G. T. gibt an, dass sich auf geringe Insulte hin an seinen Händen und Füssen leicht Blasen bilden. Diese Erscheinung bestände bei ihm schon seit der Kindheit, hätte sich jedoch, seit er sein Handwerk betreibe, bedeutend gesteigert. Von 7 Geschwistern leiden noch 2 Brüder und eine Schwester an dieser Affektion. Stat.: Die Haut der Hände auf dem Handrücken dünn, atrophisch, dunkel blauroth, stark gerunzelt, auf der Volarseite stark gespannt, die Furchen verstrichen, so dass ein völliges Strecken der Finger nicht möglich ist. Auf beiden Händen unregelmässig zerstreut zahlreiche, flach prominirende hierse- bis bohnengrosse Blasen bald mit serösem, bald mit blutigem Inhalt, zum Theil geplatzt und mit verschorfter Decke. Die Fingernägel ver-

kümmert, in verschiedene Schichten zerblättert. Die Muskulatur der Mittelband atrophisch.

Die Haut an den Füssen zeigt dieselben Veränderungen, nur in geringerem Grade. Sensibilität normal. An den Händen enorme Hyperidrosis.

Der ältere Bruder, 28 Jahre alt, ebenfalls Schlosser, zeigt ein ganz ähnliches Verhalten. Dasselbe wird von dem jüngsten Bruder und einer Schwester berichtet.

Die ersten Beschreiber dieser Krankheit führen als Merkmale an: Erblichkeit, hervorgerufenwerden der Blasen durch traumatische Reize in Folge herabgesetzter Widerstandfähigkeit der Haut (durch chemische Agentien wie Tinct. Jodi, Säuren etc. liessen sich die Blasen niemals hervorrufen), Auftreten derselben in der Stachelzellenschicht der Epidermis.

Ein neuerer Autor (Dr. BLUMER) hält die vorgefundene Gefässerkrankung für die Ursache der Exsudation und Blasenbildung.

Verfasser polemisirt gegen diese Ansicht und kommt zu dem Schlusse, «dass der pathologische Befund an den Gefässen als sekundärer Reizzustand, bedingt durch die vielen Insulte zu deuten sei, das Wesen der Epid. b. h. dagegen in einer Keimesanomalie zu suchen sei, die erst im extrauterinen Leben zu Tage tritt in einer Leichtlöslichkeit der Stachelzellenschicht und damit einer herabgesetzten Widerstandsfähigkeit der Haut traumatischen Reizen gegenüber.»

Das Leben ist durch die Krankheit nicht gefährdet, doch ist spontane Heilung auch noch nicht beobachtet.

Therapeutisch wurde Chromsäure gegen die Hyperidrosis mit einigem Erfolg angewendet; Arsen innerlich, lokale Salbenapplikation waren niemals erfolglos. In den beschriebenen Fällen wäre ein Berufswechsel gewiss von Nutzen. *B. S*

Aus der I. medizinischen Klinik des Geh.-Rath **Leyden** in Berlin

Dr. Goldscheider, Stabsarzt und Privatdocent, Assistent der Klinik: **Zur Lehre von den durch Streptococcen bedingten Erkrankungen.** (Centralblatt für klin. Medizin Nr. 33, 1893.)

Das zahlreiche Auftreten von Streptococcen bei sehr schweren Erkrankungen wie z. B. bei puerperaler Septicopyämie und bei der pyämischen Diphtherie, zu denen sie zweifellos in ätiologischer Beziehung stehen, andererseits ihr gelegentliches Vorkommen bei ganz unschuldigen Erkrankungen (wie z. B. Angina tonsillaris) und auch auf der normalen Mundschleimhaut lässt die Vermuthung aufkommen, dass diese Mikroorganismen im Körper gewisse Umstände, «disponirende» Momente vorfinden müssen, um durch ihre rasche Vermehrung die schweren Streptococcen-Erkrankungen zu erzeugen.

Es zeigt sich, dass das Vorhandensein nekrotisirter Gewebe im Körper, wie sie sich bei Diphtheritis und gangränöser Endometritis puerperalis vorfinden, für die Entwicklung von Streptococcenerkrankungen ein solches disponirendes Moment darstellt.

Verfasser versuchte (gemeinsam mit Dr. BRASCH u. A.) bei Kaninchen ähnliche Bedingungen, wie sie bei den erwähnten Erkrankungen vorliegen, experimentell herzustellen, indem er putride Kulturen ohne, bezw. mit Streptococcen subcutan injicirte.

Dabei zeigte sich, dass sich in einer Reihe von Fällen Eiterherde (Metastasen) an verschiedenen Stellen des Körpers mit Streptococcen in Reinkultur entwickelten, während die Faulnissbacillen intra vitam lokal begrenzt blieben.

Es wurde weiter beobachtet, dass das Zusammentreffen der Streptococcen mit den Fäulnissbacillen auf die ersteren eine die Virulenz steigernde Wirkung ausübt, indem abgeschwächte, ja sogar in manchen Fällen ganz ungiftige Kulturen ihre volle Virulenz wieder erlangten und tödtliche Erkrankungen erzeugen konnten.

Ebenso wird auch die lokal eitererregende Wirkung der Streptococcen an der Injektionsstelle durch die Fäulnissbacillen verstärkt resp. bei blanden, in Reinkultur keine Eiterung erzeugenden Streptococcen hervorgerufen.

Ein unmittelbares Zusammenwirken der beiden Arten von Mikroorganismen findet jedoch dabei nicht statt, indem Streptococcen in Fäulnisskulturen sogar meist zu Grunde gehen.

Es wird eben wahrscheinlich beim Zusammentreffen von putriden Kulturen und Streptococcen nur das Gewebe für die Ansiedelung der letzteren günstig beeinflusst und damit auch ihre weitere Vermehrung ermöglicht; die Fäulnissbacillen respektive die Fäulnissstoffe bilden hier die «disponirenden» Momente für die Erkrankung in Folge der Streptococcen. *B. S.*

Dr. W. von Noorden (München): **Zur acuten Entzündung der langen Bicepssehne und ihrer Scheide.** (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 35, 1893.)

v. NOORDEN beschreibt zwei Fälle dieser seltenen Erkrankung. Beide betrafen Männer in der Mitte der Dreissiger Jahre. Beidemal war anstrengende Arbeit (einmal Schneiderarbeit, das andere Mal angestrengtes Hämmern) die Ursache der Affection gewesen. Beidemale zeigte das Schultergelenk sich frei von jeder pathologischen Veränderung. Hingegen war in der Gegend des sulcus intertubercularis ausgesprochene Schmerzhaftigkeit und einmal auch eine deutliche Schwellung nachweisbar. Rotationsbewegungen und das Rückwärtsführen des Armes war schmerzhaft. Das entscheidende Symptom war in beiden Fällen das deutliche Crepitiren entlang der Bicepssehne. Als wesentlich für das Zustandekommen der Erkrankung betont Verfasser die Uebertragung der von einem breiten Muskel geleisteten Arbeit auf den sehr schmalen Querschnitt der Bicepssehne. Als Therapie wurden in beiden Fällen feuchte warme Umschläge und Massage mit Erfolg angewendet. *J. S.*

Zitzke: Beitrag zur Frage der Behandlung der Hüftgelenkstuberkulose. (Centralblatt für Chirurgie No. 36, 1893.)

Der Verfasser tritt auf Grund von 51 von H. SCHMID in Stettin in den Jahren 1887—91 operirten Fällen, deren Krankengeschichten er mittheilt, für die Hüftgelenksresection als bestes therapeutisches Verfahren bei der tuberkulösen Coxitis ein.

Die Resultate in diesen Fällen sind, kurz zusammengefasst, folgende:

46mal wurde wegen Hüftgelenkstuberkulose operirt. 11 Pat. starben = $21\frac{1}{2}\%$ Mortalität, darunter 4 im directen Anschluss an die Operation; 31 wurden geheilt entlassen (61%), 4 gebessert, 5 ungebessert. Von den 31 Geheilten hatten 17 eine sehr gute, 11 eine gute, 3 eine schlechte Gebrauchsfähigkeit des operirten Beines. Bei einer späteren Nachforschung des Verfassers fanden sich von den 40 Entlassenen 22 vollständig gesund, 4 hatten eine kleine oberflächliche Fistel. Von diesen 26 hatten 3 eine sehr gute, 11 eine gute, 6 eine mässig gute Gebrauchsfähigkeit des operirten Beines; in 6 Fällen konnte darüber nichts festgestellt werden. 7 waren gestorben, 1 an localem Recidiv, 5 an allgemeiner progredienter Tuberkulose, 1 an Diphtherie; 7 waren nicht aufzufinden.

Auf Grund seiner Statistik und der bei den einzelnen Fällen gemachten Erfahrungen kommt ZITZKE bei einem Vergleiche mit anderen Behandlungsmethoden, besonders den Jodoforminjectionen, zu dem Ergebniss, dass die Resection, wenn auch keine ideale, so doch die beste Behandlungsmethode der Hüftgelenktuberkulose sei. Er ist nicht für die Frühresection, hält die Operation aber für angezeigt, sobald die Coxitis deutlich ausgeprägt, besonders Krepitation bei der Untersuchung in Narkose vorhanden ist. Als wichtiges Princip bei der Resection bezeichnet er, alles Tuberkulöse so radikal als möglich, gerade so wie beim Carcinom alles Carcinomatöse, zu entfernen.

Erwähnenswerth ist das vom Verfasser geschilderte Verfahren der Nachbehandlung. Die Extension wird nur selten gebraucht, der Verband in Abductionsstellung mittels einer Schiene angelegt. Am 3. Tage durchschnittlich müssen die Patienten aufsitzen, am 14. aufstehen, baden, üben. Möglichst bald sollen sie ohne Stock zu gehen versuchen und mit dem ganzen Fuss auftreten; eine erhöhte Sohle wird absichtlich nicht gegeben, damit das Becken auf der operirten Seite tiefer bleibt. Um der Flexionsstellung des Beines vorzubeugen, wird das Becken in der Nacht hochgelagert. Schliesslich wird systematisch Treppensteigen, Knieen, Sitzen etc. geübt.

Wicherkiewicz: Beitrag zu den Entdeckungsmethoden einseitig simulirter Amblyopie und Amaurose. (Klin. Monbltr f. Augenheilk. 1893. — Allgemeine Medizinische Central-Zeitung Nr. 70 1893.)

Simulirt jemand eine starke Amblyopie z. B. des rechten Auges, während für das linke eine nahezu normale Sehschärfe zugegeben wird, so setze man, nachdem zunächst beide Augen, jedes für sich besonders geprüft worden sind, ohne dass es der Kranke merkt, eine Brille vor, die für das rechte Auge ein Convexglas, für das linke dagegen, je nach dem Grade seiner Refractionsanomalie, + 10 Dioptr., oder ein noch stärkeres Glas enthält, durch welches ein deutliches Sehen nicht mehr möglich ist, und lasse den Kranken in einer Entfernung von fünf bis sechs Metern nach den Probebuchstaben hinblicken. In den meisten Fällen gelingt es, den Untersuchten dazu zu bringen, dass er nun eine ganze Reihe von Buchstaben richtig bezeichnet. Geht man dabei sehr schnell vor und lässt dem Untersuchten keine Zeit zum Nachdenken, so wird man auf jeden Fall aus der Incongruenz der vor dem Versuche gemachten Angaben in Betreff der Sehschärfe des rechten Auges mit dem jetzt erreichten Resultate wenigstens qualitativ die Simulation nachzuweisen in der Lage sein, nicht ganz selten gelingt auch die quantitative Feststellung derselben. Doch muss zu diesem Zwecke vorher ganz genau objectiv die Refraction des in Frage kommenden Auges bestimmt und durch ein entsprechendes Glas corrigirt werden.

Um die Simulation vollständiger Amaurose eines Auges nachzuweisen, empfiehlt Wicherkiewicz folgendes Verfahren. Der zu Prüfende wird in der gewöhnlichen Weise zu einer Augenspiegeluntersuchung hingesetzt, dann angewiesen, beide Augen zu schliessen und aufgefordert jedes Aufblitzen vor dem gesunden Auge anzugeben. Damit sich der Untersuchte nicht durch ein leichtes Auflassen der Lidspalte über die Art der Untersuchung orientire, drückt der Untersucher die Lider beider Augen mit je einem Finger der linken Hand leicht zu, während er mit der rechten Hand vermittels eines Augenspiegels schnell abwechselnd das rechte und linke Auge beleuchtet. Der untersuchte Simulant wird meistens das Aufleuchten vor dem angeblich amaurotischen Auge verrathen, namentlich wenn man zuerst mehrmals hintereinander schnell das gesunde Auge beleuchtet und den Kranken auf schnelles Antworten eingeübt hat, alsdann aber erst mitunter auch das andere Auge beleuchtet.

E. Vidal: Ueber einen Ausschlag von verhornten Krusten im Verlauf eines Trippers. (Ann. de derm. et de syph. 1893, S. 3.) — Oest.-ungar. Centralbl. f. d. med. Wissensch.

Ein gesunder Mensch von 24 Jahren erkrankte im Februar 1890 an Tripper, nachdem ein früherer Tripper und einige weiche Schanker sehr glatt geheilt waren. Diesmal gesellte sich aber ausser einer Conjunctivitis simplex eine Polyarthritis dazu, die sehr viele Gelenke befiel — Beginn im rechten Knie — und erst im Juli wieder ausheilte. Ausserdem erscheinen aber im April, ebenfalls auf dem rechten Knie zuerst, hornige Krusten, die sich bald über den ganzen Körper ausbreiteten, an den Händen und Füssen am dichtesten sassen und zum Verlust sämmtlicher Nägel führten. Irgend eine Vesikel- oder Blasenbildung gieng diesen Krusten nicht vorauf. Sie erreichten eine Grösse von über 1 Centimeter im Durchmesser und sassen fest auf der Haut. Die bakteriologische Untersuchung war ergebnisslos. Heilung des Ausschlages erfolgte erst im Jänner 1891. Im November 1892 zog sich Patient einen neuen Tripper zu, an den sich das eben geschilderte Krankheitsbild: Conjunctivitis, Polyarthritis, Ausschlag, von neuem wieder anschloss. Vidal betrachtet auch diesen Ausschlag als eine Folge der gonorrhoischen Infektion des Körpers.

R. Sievers: Ueber Incision und Drainage bei Pyopericardium. (Zeitschrift für klinische Medizin. 1893.)

Sievers tritt sehr für die Operation ein gegen Billroth und von den Neueren Fräntzel. Die Operation führt in nicht complicirten Fällen zu vollständiger Genesung, bei complicirten pyämischen Fällen ist sie im Stande, das Leben zu verlängern. Ueber die Operationsmethode ist Folgendes zu sagen: Einfache (und zwar schichtweise) Incision eines Rippeninterstitiums bis auf das gespannte Pericard; der Eröffnung des Herzbeutels ist eine Probepunction vorauszuschicken, hierauf wird derselbe incidirt (einige Centimeter lange Oeffnung) und zwei kurze Drains eingeführt. Rippenresection ist überflüssig.

Eine Ausspülung der Pericardialhöhle unterlässt man.

Die beste Stelle ist das IV. Interstitium links, einige Centimeter vom Sternalrande. Nach innen arteria mammaria, nach aussen Pleura zu vermeiden.

R. K.

Bihler: Ein eigenthümlicher Fall von Morbus Addisonii. (Ing.-Dissert. Tübingen 1892. — Monatshefte für Praktische Dermatologie Nr. 5, Band XVII. 1893.)

Ueber die Beziehungen zwischen Nebennieren und Morbus Addisonii herrscht noch grosse Manigfaltigkeit der Ansichten. Averbeck betrachtet den Morbus Addisonii als eine Infektionskrankheit, die zu Anämie und Nebennierenentzündung führt, Jürgens findet regelmässig Veränderungen im Sympathicus, und Riesel schloss daraus auf eine Läsion des sympathischen Nervensystems ex contiguitete von den Nebennieren aus. Andere Fälle sind ätiologisch vollkommen dunkel, so der vom Verfasser beobachtete. Der Patient hatte einen Icterus catarrhalis durchgemacht und seitdem gekränkelt; er war stark abgemagert; irgend eine specielle Organerkrankung liess sich nicht nachweisen. Nach und nach wurde die braungraue Verfärbung der Haut immer deutlicher, und Patient starb an fortschreitender Macies. Die Sektion ergab eine geringe Entwickelung der Stirnlappen des Grosshirns, im übrigen weder makroskopisch, noch mikroskopisch in Nebennieren, Ganglion semilunare oder N. splanchnici etwas Abnormes. Die Haut der Inguinalgegend zeigte Pigmentation der untersten Reteschichten und Pigmentzellen im Papillarkörper und obersten Coriumschichten. (Nach Zander hat das Stirnhirn Einfluss auf die Entwickelung der Nebennieren, nach Alexander bestimmen die Nebennieren als Lecithin bereitende Organe die Entwickelung des Grosshirns.)

W. v. Bechterew: Die Bedeutung der Suspensionen bei einigen Rückenmarksaffectionen. (Neurologisches Centralblatt, Nr. 18, 1893.)

Verfasser berichtet über seine Erfahrungen, die er mit dem Sprimon'schen Suspensionsapparat seit dem Jahre 1890 gemacht hat.

Bei Tabes dorsalis, bei Compressio medullae spinalis und Compressionsmyelitis, bei veralteten Formen von Lues medullae spinalis und in einigen Fällen von Querschnittsmyelitis erzielte Verfasser, entsprechend den Angaben der Autoren, sehr günstige Resultate. In Fällen von Compressio medullae spinalis und Compressionsmyelitis wies die Suspension schon nach einigen Seancen einen auffallend günstigen Effect auf, so dass der Zustand der Kranken vollständig verändert wurde. Sehr günstige Resultate lieferte die Suspension auch in veralteten Fällen von Lues medullae spinalis, welche durch specifische Mittel nicht, oder nur theilweise beeinflusst werden konnten, und ebenso in einigen Fällen von Querschnittsmyelitis.

Die günstige Wirkung der Suspension in diesen Fällen äusserte sich durch eine Verbesserung des Ganges und Kraftzunahme in den unteren Extremitäten, durch Beseitigung von Parästhesien und mehr oder weniger bedeutende Verbesserung oder sogar gänzliche Beseitigung der Functionsstörungen der Harnblase und des Rectum, durch Schwächung oder vollkommene Beseitigung der localen Schmerzen und Hyperästhesien und ebenso der krampfhaften Bewegungen und endlich durch eine mehr oder weniger deutliche Abschwächung der Reflexerregbarkeit von den unteren Extremitäten aus. In manchen Fällen hielten die Resultate viele Monate hindurch ohne Neigung zum Rückfall an.

Noch bessere Resultate liefert die Suspension, falls gleichzeitig locale «Derivantien» angewendet werden. In dieser Hinsicht leistet der Paquelin'sche Apparat und Blasenpflaster sehr gute Dienste.

Auf Grund seiner Beobachtungen kann Verfasser ferner bestätigen den günstigen Einfluss der Suspensionen auf die durch Rückenmarksaffection bedingte Schwächung des Sehvermögens, sogar

in dem Falle, in welchem die Schwächung von einem gewissen Grad von Atrophie des Sehnerven abhängig ist.

Es gibt aber auch Rückenmarksaffectionen, bei denen die Anwendung der Suspensionen geradezu schädlich wirkt. Es sind das solche Fälle, wo der organische Krankheitsprocess sich unter Anderem durch starke Hyperästhesie der Rückengegend und durch Rückenschmerzen, welche sich bei der geringsten Bewegung der Wirbelsäule verstärken, äussert. Hier rufen die Suspensionen nur eine Verstärkung der Schmerzen hervor.

Was die verschiedenen Methoden der Suspension anbetrifft, so verwirft Verfasser die alte Methode, nachdem SPRIMON einen Apparat construirt hat, der als der vollkommenste der Gegenwart anzusehen war.

Die Beschreibung dieses Apparates befindet sich im Artikel des Verfassers: «Ueber den Einfluss der Suspension auf die Sehstörung bei Affectionen des Rückenmarkes.» (Neurolog. Centralblatt Nr. 7, 1893.) *Rdt.*

Lorenzi: Läsionen des Nervensystems und rundes Magengeschwür. (Rassegna d. Scienze Mediche. 1893. Nr. 8.)

Es ist nicht lange her, dass MATHIEU behauptet hat, dass Läsionen des Nervensystems auf den Magen indirect einwirken können (Dictionaire encyclopédique des sciences medicales). Diese Behauptung schien bisher in den klinischen Beobachtungen keine rechte Bestätigung finden zu wollen, während sie doch in den Ergebnissen der pathologischen Anatomie und insbesondere der experimentellen Pathologie eine Stütze findet.

Diesbezüglich erinnert LORENZI an die klassischen Versuche SCHIFF's, EBSTEIN's, ALBERTONI's, sowie an die bekannten Beobachtungen CHARCOT's, ANDRAL's, VULPIAN's und Anderer. Nach SCHIFF sollten die Alterationen des Magens und des Darmes als Folgen einer Störung der Vasomotoren betrachtet werden; nach EBSTEIN hingegen sollen sie fast ausschliesslich von Modificationen des allgemeinen Blutdruckes herrühren; nach ALBERTONI sind beide Factoren für das Zustandekommen einer Magen-Darmläsion nothwendig, letzterem Factor soll jedoch eine grössere Rolle zukommen.

Ueber diesen Gegenstand nun hat LORENZI in der Propädeutischen Klinik des Prof. VANNI eine ganze Reihe von Untersuchungen durchgeführt, wobei er bestrebt war, die experimentell hervorgerufenen Läsionen nach Möglichkeit einzuschränken, um bestimmtere Resultate zu erlangen, die eine leichtere und entscheidendere Deutung zulassen würden.

Bei seinen Untersuchungen hat der Verfasser feststellen können dass in Folge experimenteller Läsionen des Vagus Alterationen hervorgerufen werden, die für gewöhnlich in submucösen hämorrhagischen Herden, manchmal in Substanzverlusten bestehen; und diese Wirkungen folgen fast ausschliesslich, die Ulceration aber immer auf eine Läsion der rami subphrenici des Nerven. Erstere Art der Wirkung kann auch auf einfache irritative Läsionen der halbmondförmigen Ganglien folgen, und die Ursache dieser verschiedenen Alterationen muss in einer vasomotorischen Störung der örtlichen Circulation gesucht werden, deren späte Folgen zu der Bildung eines Magengeschwürs Anlass geben können.

Der Verfasser schliesst seine Auseinandersetzungen mit der Bemerkung, dass keine feststehende experimentelle Thatsache zu der Annahme berechtigt, dass der Pneumogastricus einen wahren atrophischen Einfluss auf den Magen, wie dies einige Autoren vorausgesetzt haben, ausübe. *A. D.*

Crispo: Die Behandlung des Epithelioms mittelst Resorcin. (Rivista clinica e terapeutica. Jahrg. XV. Nr. 1.)

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen gelangt der Verfasser zu folgender Schlussfolgerung: Bei der Behandlung des Epithelioma planum ist allen anderen Arzneimitteln das Resorcin vorzuziehen, weil dasselbe weder die irritirende Wirkung der schwachen Aetzmittel noch die zerstörende Wirkung der stärkeren Mittel besitzt. Das Resorcin wirkt auf die tieferen Gewebe modificirend ein. Die Behandlung mit dieser Substanz fordert auch keine Autoplastik, die immer mit Schwierigkeiten und Unzukömmlichkeiten verbunden ist. Die Behandlung mit Resorcin lässt eine flache weisse Narbe zurück, und dies sei für die Praxis von grossem Vortheil. *D. A.*

Verneuil (Paris) und **Roux** (Lausanne): **Krebs und Schweinefleisch.**

In einer soeben veröffentlichten Zuschrift in der «Gazzette hebd. de Med. et Chirurgie» neigen die Autoren zu der Ansicht, dass das Schweinefleisch zur Entwicklung des Carcinoms Anlass geben könne. VERNEUIL hatte schon in einer früheren Publikation die Ansicht ausgesprochen, dass das Carcinom animalen Ursprungs sein könnte. Bei einem näheren Studium des Problems sieht VERNEUIL in der weiter unten angeführten Thatsache einen Grund, um, wenn gerade nicht das Schweinefleisch als unmittelbarer Erreger des Krebses zu betrachten, so doch wenigstens die nach dieser Richtung hin unternommenen Untersuchungen zu rechtfertigen. Er erinnert daran, dass die Juden, die die Mosaischen Gesetze streng beobachten, sich seit jeher refractär gegen das Carcinom gezeigt haben. Und ROUX bekräftigt durch seine Erfahrungen die Anschauungen VERNEUIL's.

A priori ist es nicht unlogisch, den Ursprung des Carcinoms auf den Genuss von Schweinefleisch zurückzuführen. Hiefür sprechen zwei absolut erwiesene Thatsachen: die animale Provenienz einiger Krankheiten und der schädliche Einfluss, den manche der gebräuchlichsten und dem Thierreiche entstammenden Nahrungsmittel auf den menschlichen Organismus ausüben (Urticaria in Folge von Genuss von Krebsen und anderen Crustaceen). Ueberdies sei darauf hingewiesen, dass schon unsere Altvorderen behaupteten, das Schweinefleisch verursache die Lepra, dass man ferner gezwungen ist Salami, Schinken etc. aus dem Nahrungsregime von Personen auszuschliessen, die an chronischen Hautaffektionen leiden, indem die Wirkung dieser Nahrungsmittel auf das Hautsystem schädlich ist.

Jedenfalls verdient die Frage der Entstehung des Carcinoms durch Schweinefleischgenuss ernstlich berücksichtigt und weiter beleuchtet zu werden. *A. D.*

Dr. Fiessinger: Neue Untersuchungen über die Aetiologie des Carcinoms. (Revue de médecine. 10. August 1893, XIII., 8.)

Der Autor hat bereits in einer früheren Arbeit über die ganz eigenartige Topographie des Carcinoms berichtet. Relativ selten in den grossen Städten, tritt die bösartige Neubildung auffallend häufig in vereinzelten Gehöften, in kleineren Ortschaften, welche an einem Flusse oder am Saume eines Waldes liegen, auf.

In Holland wurden die Untersuchungen controllirt und für richtig befunden. Freilich könnte man da einwenden, dass in einem so reichlich bewässerten Lande die meisten Ansiedlungen sich nothgedrungen am Ufer von Wasserläufen befinden, aber es sind auch französische Autoren zu den gleichen Resultaten gekommen, wie der Verfasser. St. Claud (Jura) z. B. zählt 10.000 Einwohner. Die Stadt ist in 2 Theile getheilt, in einen tiefer liegenden, von der Bienne durchflossenen, und einem höher am Berge liegenden; von 42 in 6 Jahren beobachteten Carcinomfällen kamen 4·4 % in den tiefergelegenen, 2·5 % in den höher liegenden Theilen der Stadt vor, also ein ziemlich auffallender Unterschied. Von 91 Kranken, die der Autor selbst sah, betrafen 21 solche Individuen, welche in isolirten Häusern ausserhalb der Ortschaften wohnen, unter anderen fand er 10 Fälle in 20 Häusern. Das gibt, meint der Verfasser, denen zu denken, die da aufs Land gehen, um frische Luft zu schöpfen und Erholung zu suchen. Sie verlassen die Stadt, um der Tuberkulose zu entfliehen, und in der Einsamkeit, die sie aufsuchen, harrt ihrer die Gefahr, Opfer eines Carcinoms zu werden. Im Ganzen hat der Verfasser 350 Beobachtungen gesammelt, welche sämmtlich mit seinen Erfahrungen übereinstimmen, so dass er zu dem Schlusse kommt, es müsse etwas sein, das sich hauptsächlich um die mehr vereinzelt stehenden Häuser, an den Ufern der Flüsse, und am Rande der Wälder aufhält, und das Carcinom erzeugt.

Welchen Weg nimmt nun dieser «Feind», um uns zu erreichen, und welches ist seine Natur? Zur Beantwortung dieser

Frage knüpft Verfasser an die Entstehung der Gallen im Pflanzenreiche an, und meint, es sei nicht unmöglich, dass durch irgend ein Insect ein chemisches Agens dem Menschen überbracht werde und dort eine krankhafte Wucherung der Epithelzellen zur Folge habe; das Auftreten von Carcinom an der Luft nicht exponirten Stellen (Mastdarm, Geschlechtsorgane) erklärt sich Verfasser durch Verschleppen des krankmachenden Stoffes z. B. in Folge von Manipulationen mit den Händen. *A. P.*

Harriet Alexander (Chicago): **Körperliche Anomalien an Prostituirten.** (Medical Standard. XIV. 12. August 1893.)

Der Autor hat seine Untersuchungen im Anschlusse an die Arbeit von Dr. Pauline TORNOVSKY angestellt. Die letztere stellt die Prostituirten Verbrecherinnen gleich und bezeichnet sie als «degenerirte Geschöpfe» mit hereditärer Belastung und mit nachweisbaren körperlichen und psychischen «Stigmen», die sich einerseits als Difformitäten des Schädels ($44^1/_2$ %), des Gesichtes ($42^2/_3$ %), Anomalien der Ohren (42%) und der Zähne (54%), andererseits in einem mehr weniger prononcirten Schwachsinn, neuropathischer Constitution und in einem bemerkenswerthen Fehlen des sittlichen Gefühles (moral sense) äussern. Diese Resultate wurden an 150 russischen Mädchen gewonnen, während der Autor für sein Studium 30 Prostituirte in Chicago den verschiedensten Völkerstämmen angehörend, benützt hat. Fast alle waren mit Anomalien des Schädels behaftet (17 Brachycephale, 18 mit enorm entwickelter Occipital-Protuberanz) 29 (!) boten Abnormitäten der Ohren, von welchen der Autor drei gleichmässig vertretene Typen durch Abbildungen veranschaulicht. Uebermässige Entwicklung des proc. zygomaticus, Prognathie, Epignathie, mangelhafte Entwicklung der Gesichtsknochen, Deformitäten der Nase waren häufig zu constatiren. Verfasser fordert Aerzte, die über grösseres Material verfügen, auf, dieses interessante Thema weiter zu verfolgen. *A. P.*

Hansell: Frühzeitige Diagnose der Tabes dorsalis durch Symptome von Seiten der Augen. (The universal medical journal, Philadelphia, Juli 1893.)

HANSELL aus Philadelphia discutirt die Möglichkeit «Ataxie locomotrice» in einem sehr frühen Stadium aus krankhaften Symptomen von Seiten der Augen zu diagnosticiren. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Eine vorübergehende Lähmung des oberen Lides oder die Lähmung eines der äusseren Augenmuskel sind oft die allerfrühesten Erscheinungen. Das ARGIL-ROBERTSON'sche Verhalten der Pupillen, ein- oder beiderseitig kann den übrigen Erscheinungen der Rückenmarkschwindsucht lange vorausgehen. Einfache, nicht entzündliche Atrophie des Sehnerven ist oft das erste manifeste Symptom der Krankheit. Finden wir die erwähnten Erscheinungen combinirt bei Individuen, welche das mittlere Alter überschritten haben, bei welchen ausserdem eine nervöse hereditäre Belastung nachzuweisen ist, so lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Frühstadium der Tabes diagnosticiren. *A. P.*

Dr. Monin. (Paris): **Die Purgirmethode in der Kinderheilkunde.** (Publication der Société d'Editions scientifiques).

In schweren Stunden sind oft die einfachsten Medicationen bei Kindern von grossem Nutzen und höchster Bedeutung. Viele Pyrexien, viele Phlegmasien mit Tendenz zu Eiterungen und Entzündungen im Kindesalter sind durch die Verabreichung eines einfachen Abführmittels zum Verschwinden gebracht worden. Die encephalische Thätigkeit, die bei den jungen Organismen vorherrschend ist, veranlasst von Seiten der Nervencentren, häufige Erregungen, deren Abstufungen von dem einfachsten Krampf bis zu einer Meningitis gehen.

Die anticongestive und ableitende Wirkung des Calomels und der salinischen Abführmittel wird oft diesfalls von den Kinderärzten verwerthet.

Man ist heutzutage einig darüber, unter den neutralen Salzen dem Hunyadi János-Wasser, dieser natürlichen Salzlösung, die im Erdinnern sich bildet und genährt wird, den ersten Platz einzuräumen. Diesen Vorzug verdient dieses ausgezeichnete Mineralwasser wegen seiner unübertroffenen Wirkung auf den Verdauungstractus: in der That führt oft dessen bemerkenswerthe Affinität zum Magen und zum Darm in Fällen von katarrhalischer Gastritis und Enterocolitis (die häufig nichts anderes als Indigestionen und vernachlässigte Diarrhoen sind) wahre therapeutische Wunder herbei.

In demselben Momente als die functionellen Störungen seitens des Verdauungsapparates sich zeigen, ist auch der Anlass zum Erwachen von nervösen Symptomen, wie: Schlaflosigkeit, Unruhe, Convulsionen, etc. gegeben. Wir rathen für gewöhnlich die folgende Behandlung gegen die infectiösen Diarrhoen und gegen den durch Distension der Darmwandungen bedingten Meteorismus: ein Esslöffel voll Hunyadi János, mit etwas Milch gemengt, drei Mal des Tages, für Kinder bis zu einem Jahre. Ich habe die Ueberzeugung, dass es mir durch diese einfache Behandlung zuweilen gelungen ist, den Verdauungsstörungen und der hartnäckigen Diarrhoe, die der Athrepsie vorausgehen und die infectiösen Hepatitiden des ersten Lebensalters vorbereiten, wirksam entgegenzutreten. Wenn man übrigens die durch das Mineralwasser hervorgerufenen Darmentleerungen untersucht, so wird man darin neben den gewöhnlichen Bacterien auch den specifischen Bacillus der grünen Diarrhoe vorfinden.

Die Darmkoliken und der Tympanismus verschwinden. Das Kind wird allmählig wieder ruhig und es erlangt sein normales Aussehen wieder. Auch die Stühle werden gleichmässiger und es fehlt in denselben jede abnorme Gährung.

Das Hunydi János beschränkt sich nicht darauf, wie dies bei jedem andern salinischen Abführmittel der Fall ist, die Diarrhoe zu unterdrücken, sondern es besitzt auch eine innige d e t e r s i v e und a n t i s e p t i s c h e Wirkung auf alle Digestions- und Assimilationsorgane. Es wirkt insbesondere auf die Leber ein, die der secretorischen Reinigung und gewissermassen der inneren Asepsie vorsteht, denn es stellt in Wirklichkeit die physiologische Thätigkeit des Gallenorgans und die celluläre Thätigkeit der Leber in ihren zartesten Elementen wieder her.

Deshalb verschwindet der pyretische Zustand sowie die nervösen Complicationen, die so häufig den Säugling heimsuchen, so dass man behaupten kann, dass die Wiege für eine grosse Zahl von Kindern nichts Anderes ist als ein Lichtmoment zwichen der Nacht und dem Tode. Vergessen wir nicht, dass nach dem Ausdrucke STAHL's, der Magen das Trojanische Ross darstellt, aus welchem der grösste Theil der infantilen Dyspepsien hervorgeht: die Chloroanämie, die Rhachitis, die Scrophulose entstehen zumeist in der Wiege, und schöpfen ihren Ursprung einzig und allein in den Verdauungsstörungen. Erinnern wir uns auch daran, dass wir im Hunyadi János ein Mineralwasser besitzen, welches, da es die reinste Verbindung von Sulfaten und Natrium-Magnesiumsalzen mit Chlornatrium darstellt, die vorzügliche Eigenschaft hat, die inneren Secretionen zu ordnen und die Verdauung im chemischen Sinne wieder herzustellen. Ueberdies kommt diesem Mineralwasser, selbst in abführender Dosis, die Rolle zu, als Temperans für die Blutbildung, als blutreinigendes Mittel, als Sedativum, Antipyreticum und Antiphlogisticum zu wirken.

Diese heilende Thätigkeit des ungarischen Wassers bekundet sich vor Allem bei den Kindern, und zwar wegen der leichten Reaction, die dieses zarte Alter charakterisirt und vielleicht auch in Folge der Vorherrschaft des ganglionären und lymphatischen Systems, die der interstitiellen Absorption so viele anatomische Garantien darbietet. Ohne die Empfindlichkeit der Epithelien, die im ersten Lebensalter so leicht verletzbar sind, zu überreizen, ohne jene Erschöpfung zu veranlassen, die andere Abführmittel so leicht verursachen, übt das Hunyadi János einen ableitenden und antiphlogistischen Einfluss allerersten Ranges aus.

Darum werden wir auch dessen Anwenduug nicht nur auf die Behandlung der Darmaffectionen beschränken, sondern wir werden zu demselben allemal greifen, wo die interne Revulsion indicirt erscheint: bei Entzündungen und hartnäckigen Dermatosen, bei schleppenden Convalescenzen, bei Neigungen zur Dyspepsie und Magenerweiterung, bei Ueberreizungen des Gehirns, etc. etc. Dr. GUICHARD betrachtet auch diese Behandlungsmethode als die beste gegen recidivirende Pharyngitiden bei Kindern; Dr. BERNARD

empfiehlt sie gegen schwere und hartnäckige Augen- und Ohrentzündungen. Andere Specialisten bedienen sich derselben zur Bekämpfung der Zufälle, die mit der Zahnung zusammenhängen. Bei allen diesen pathologischen Manifestationen wirkt Hunyadi János als sicherstes Depletivum, als bestes Eutrophicum und als verlässlichstes Hematopojeticum.

Prof. JULES SIMON empfiehlt in seinen berühmt gewordenen «Vorträge über Kinderkrankheiten» (Bd. II, S. 218) das Hunyadi János-Mineralwasser als Laxans in der Kinderpraxis, und er zieht dasselbe allen abführenden Getränken vor, deren Gase, wie er mit aller Bestimmtheit behauptet, den Magen und die Därme so stark ausdehnen, dass dadurch wahre Koliken veranlasst werden!

Mir schien es dringend geboten, den Praktiker auf alle diese Thatsachen aufmerksam zu machen. *A D.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Zwei Congresse der galizischen Bezirks-Aerzte

in Krakau (1891) und in Lemberg (1892).

Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Am letzten (VI.) Congresse polnischer Aerzte und Naturforscher in Krakau (1891) tauchte eine glückliche Idee auf, «es sollen auch Bezirksärzte Galiziens Jahr auf Jahr zusammenkommen, um nicht nur über sanitäre Verhältnisse ihres grossen Kronlandes, sondern auch über ihre Standesangelegenheiten zu discutiren.

Die erste Versammlung wurde alsogleich in Krakau (1891) abgehalten, und es wurden 3 Beschlüsse abgefasst und einstimmig angenommen:

1. dass Congresse der galizischen Bezirksärzte alljährlich stattfinden sollen;

2. dass behufs der Gewinnung einer verlässlichen Kuhpockenlymphe eine Staats- oder eine Landesanstalt creirt und unterdessen eine ämtliche Controlle sehr gewissenhaft ausgeübt werde;

3. dass für Bezirksärzte wissenschaftliche Curse errichtet werden sollen, welche dieselben mit den neuesten Fortschritten auf dem Gebiete der Bacteriologie, Hygiene und Sanitäts-Polizei betraut machen könnten.

Der zweite Congress hat am 30. April 1892 stattgefunden, und an demselben haben nicht nur Bezirksärzte Galiziens in voller Anzahl theilgenommen, sondern es versammelten sich auch die Mitglieder des Landes-Sanitätsrathes, viele Aerzte aus Lemberg und der Umgegend — und auch der Statthalter Galiziens Se. Excell. Graf BADENI beehrte diese Sitzung und nahm lebhaften Antheil an der regen Discussion über sanitäre Verhältnisse Galiziens.

Sanitätsrath Dr. CASSINA hielt einen ausführlichen Vortrag über die Kuhpockenlymphe, welche seitens der 4 Anstalten in Galizien producirt wird und endigte mit der Resolution, es solle ehestens der Impfzwang eingeführt werden, nebenbei soll eine Staatsanstalt behufs Erzeugung einer vortrefflichen und verlässlichen Kuhpockenlymphe errichtet werden, und was die Remuneration der Aerzte für die Nothimpfung anbelangt, so soll dieselbe entsprechend vergrössert werden, da eine gewissenhafte Durchführung der Nothimpfung besondern in der kalten Winterszeit mit grossen Schwierigkeiten und mit grossem Zeitverlust verbunden ist.

Statthaltereirath und Sanitätsreferent Galiziens, Dr. MERUNOWICZ, plaidirte für eine möglichst schnelle Organisation der Gemeindeärzte und der Gemeindehebammen, so wie auch für die Vermehrung der Spitäler und möglichst billiger Krankenasylen in Galizien und stellte zum Beispiel Königreich Bayern vor, welches wiewohl etwas kleiner als Galizien, dennoch 6 Mal so vie Spitäler besitzt als dieses Kronland in Oesterreich.

Dr. LACHOWICZ (Lemberg) referirte über die Trachomausweise. Dr. OBTULOWICZ (Lemberg) über den Standpunkt und die Vorrechte der Bezirksärzte bei Assentcommissionen, Dr. BARZYCKI (Rzeszów), über die Verwendung der Bezirksärzte als Sachverständige bei Gerichten, so wie auch über die Angelegenheit, dass Bezirksärzte berechtigt sein sollten auch bei kleinen Entfernungen (unter 3·8 *km*) Postrittgeld und Diäten zu verrechnen.

Dr. SOBOLEWSKI (Zaleszczyki) hat das Referat «über die gar nicht beneidenswerthe Lage der Bezirksärzte, über ihre dem Stande und der Ausbildung gar nicht entsprechenden Rangs- und Diätenclassen» übernommen und hat noch einmal den wahren Sachverhalt nachgewiesen, «dass Bezirksärzte, welche unter allen Beamten die kostspieligsten und am meisten lange dauernden Studien und Staatsprüfungen zu bestehen haben und desswegen auch für gewöhnlich erst im späteren Lebensalter (in den Dreissiger Jahren und noch später) ihren amtlichen Posten erlangen — dennoch bisnun sogar nicht in die VIII. Rangsclasse avanciren können, trotzdem andere, sogar Manipulations- oder Rechnungs-Beamte, von denen gar keine höheren Studien gefordert werden, in grosser Anzahl nicht nur die VIII., sondern auch die VII. und sogar die VI. Rangsclasse erreichen.

Dr. CASSINA fügte noch mit vollem Rechte die Bemerkung hinzu, dass nicht nur die Rangs- und Diätclassen der Bezirksärzte — entsprechend der Gerechtigkeit und der wichtigen verantwortungsvollen, wissenschaftlichen und mühevollen Stellung der Bezirksärzte — verbessert werden sollen, — sondern dass auch die Bezirksärzte nach vollendeten 30 Dienstjahren in den Genuss einer vollen Pension (Emeritur) treten sollen (ähnlich wie die Gymnasiallehrer), da dieselben erst in einem späteren Lebensalter, als alle andere Beamten, den Posten bekleiden können, und dass ihr Gesundheitszustand in Folge von Reisestrapazzen und für gewöhnlich in Folge ernster und ansteckender Erkrankungen bei Epidemien ungemein gefährdet wird.

Beide Resolutionen wurden einstimmig angenommen und es wurde eine Commission gewählt (Dr. BARZYCKI, Dr. CASSINA, Dr. OBTULOWICZ, Dr. SOBOLEWSKI), welche nicht nur die Aufgabe hat das Programm festzustellen, auf welche Weise den gerechten Forderungen der Bezirksärzte Genugthuung verschafft werden soll, — sondern auch in einen innigen Contact mit allen Bezirksärzten und deren Vereinen treten muss, um diese wichtige Frage doch einmal vorwärts zu schieben.

Trotzdem über 4 Stunden lebhaft discutirt wurde, konnte der Bezirksärzte-Congress auch nicht die Hälfte der angezeigten Referate erschöpfen, und es mussten alle anderen Fragen dem nächsten Congress übermittelt werden.

Wegen Cholergefahr konnte diese schon auf den 30. April l. J. festgesetzte Versammlung nicht zu Stande kommen, — wird jedoch wahrscheinlich im November 1893 abgehalten.

Es wäre demnach höchst wünschenswerth, damit Bezirksärzte auch aus anderen Kronländern Oesterreichs im Bereich ihrer Standesangelegenheiten in einen innigen Contact mit ihren galizischen Collegen treten könnten, — und besonders, was die Verbesserung der Lage der Bezirksärzte anbelangt — Hand in Hand arbeiten und ihren Einfluss auf die massgebenden Kreise ausüben möchten, um die berechtigten Forderungen doch einmal realisiren zu können. *Dr. Obtulowicz* (Lemberg).

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Der Professor der pathologischen Anatomie und Bacteriologie, Dr. Richard Paltauf, wurde mit der Leitung des Institutes für pathologische Histologie und Bacteriologie, sowie mit der Prosectur in der Krankenanstalt «Rudolfstiftung» auf der Landstrasse betraut. — Der Unterrichtsminister hat die Zulassung des Dr. Albert Hammerschlag als Privatdocenten für interne Medizin an der Wiener Universität bestätigt.

— Charkow. Staatsrath Dr. Bigomolow wurde zum ausserordentlichen Professor der medizinischen Chemie ernannt. — Die Lehrkanzel für Pharmakologie erhielt Dr. R. Rodsajewski. — Der ausserordentliche Professor der speciellen Pathologie, Dr. A. M. Schillow wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

— Neapel. Das 22jährige Fräulein Sophie Bakunin, die Tochter des bekannten russischen Revolutionärs, wurde zum Doctor der Medizin und Chirurgie promovirt.

* Hamburg. Am 15. September wurde das neue Krankenhaus und Schwesternheim «Bethanien» feierlichst eröffnet. Das

Spital steht unter der Leitung eines Hausarztes und wird von 30 Schwestern bedient.

* Baden-Baden. Hier findet am 7. und 8. October der dritte Schwarzwaldbädertag statt.

* Düsseldorf. Hier wird der Deutsche Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke am 12. und 13. October tagen. — Geschäftsführer des Vereines ist Dr. W. Bode in Hildesheim.

* Paris. Die anthropologische Gesellschaft erhielt ein Legat von Dr. Louis Jules Fauvelle, dessen dreijährige Zinsen von 2000 Francs als Preis für eine Monographie zuerkannt werden sollen, die sich mit der Structur des Nervensystems, respective mit dem Influx nerveux beschäftigt.

* Paris. Die Academie der Wissenschaften erhielt von Dr. Alberto Leir ein Legat von 50.000 Francs. Die Zinsen dieser Summe werden dem Pasteur'schen Institute zur Unterstützung der Arbeiten über den Diphtheriebacillus zugewiesen.

* Amerika. Der nächste (zweite) panamerikanische Congress wird entweder in 3 oder in 5 Jahren in Mexico stattfinden. Als Präsident wird der Professor an der Universität Mexico Rafael La Vista fungiren.

* Dr. Paul Börner's Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland für das Jahr 1894, herausgegeben vom geh. Sanitätsrath Dr. S. Guttmann, ist bei Thieme in Leipzig erschienen, und zeichnet sich wie immer durch seine Reichhaltigkeit und Verlässlichkeit aus.

* «Aerztlicher Verein des VIII. Bezirkes in Wien.» Bei der am 27. v. M. stattgehabten Generalversammlung wurden zu Vereinsfunctionären gewählt: Zum Obmann: Prof. Schauta, Obmann-Stellvertreter: Dr. Alois Gruber sen.; zu Schriftführern: Dr. Max Neumann und Dr. Adolf Wilh. Schmidt; zum Oekonomen: Dr. Schiffmann. Der bisherige Vorsitzende, Dr. Schrank, hat die auf ihn gefallene Wahl zum Obmann-Stellvertreter abgelehnt. Gleichzeitig wurden auch Candidaten für die Wahl in die Aerztekammer nominirt, und wird das Resultat, nachdem eine Einigung mit den übrigen Vereinen erzielt worden ist, rechtzeitig bekanntgegeben werden.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In der Woche vom 23. September bis inclusive 30. September 1893. In Galizien 141 Erkrankungen, 71 Todesfälle. In Ungarn 115 Erkrankungen, 88 Todesfälle. — Deutsches Reich. Aus Hamburg werden täglich neue Cholerafälle gemeldet, in den letzten Tagen ist aber die Zahl der täglich vorgekommenen Fälle, welche früher über 20 betragen hatte, erheblich zurückgegangen. — Niederlande. Aus dem Haag wurden zwischen dem 17. und 21. September weitere 6 Choleraerkrankungen und 1 Todesfall gemeldet. In Amsterdam erkrankte ein Matrose, in Rotterdam zählte man in der Woche vom 16. zum 23. September 23 Erkrankungen, 14 Todesfälle. In verhältnissmässig vielen Orten kamen einzelne Cholerafälle vor. Ein Choleraherd hat sich den amtlichen Mittheilungen zu Folge nirgends gebildet. — England. Die Cholerafälle sind seltener geworden. In London wurden ausser den 2 Choleratodesfällen mehrere Erkrankungen an choleraartiger Diarrhoe beobachtet. — Spanien. Die Zahl der in der Zeit vom 4.—18. September in der Provinz Vizcaja constatirten Choleraerkrankungs-(Todes-)fälle betrug nach amtlichen Mittheilungen 95 (34), nämlich in Bilbao 43 (13), Deusto 8 (4), Erandio 5 (1), Las Arenas 2 (1), Lejona 1 (1), Ortuella 2 (1), Portugalette 2 (2), San Salvador 1 (1), Santurce 4 (—), Sestao 8 (4). Weiterhin kamen Cholerafälle vor in Zumarrago (Provinz Guipuzcoa), Villarecal und Belchite. — Italien. In Rom sind vom 30. Juli bis 21. September 18 Choleraerkrankungen mit 11 Todesfällen, am 25. September 1, am 26. und 29. September je 2 Cholerafälle, in Palermo seit dem Ausbruche der Epidemie bis 28. September 363 Erkrankungen, 194 Todesfälle, am 29. September 32 (10) Fälle vorgekommen. In Livorno ist die Epidemie in Zunahme, die Zahl der täglich ausgewiesenen Erkrankungen schwankt zwischen 10 und 33, jene der Todesfälle zwischen 3 und 16. Am 27. September wurde der Ausbruch der Cholera in Patti marina (Provinz Messina) gemeldet. — Rumänien. Es wurden 32 Erkrankungs- und 27 Todesfälle nachgewiesen, von denen auf die Districte Braila 14 (11), Covurlui 2 (3), Jalomitza 3 (1), Neamtzu 1 (—), Tultscha 12 (11), Vlasca — (1) entfielen. — Bulgarien. 6 choleraverdächtige Erkrankungen in Turtukai. — Türkei. In Bagdad greift die Cholera bedeutend um sich und ist bereits in Samarà am Tigris und Hit am Euphrat aufgetreten. — Persien. Die Cholera ist im Districte Mashur und Beh-Beh-Han, nordwestlich von Bushin, aufgetreten und wurden in ersterem 200, in letzterem 300 Todesfälle verzeichnet. Weitere Nachrichten melden in Amal 50, Chuster 250, Mashur 120, Beh-Beh-Han 150 Todesfälle. Zahlreiche Opfer fordert die Krankheit am Gestade des Persischen Golfes. — Algier. Im Arrondissement von Constantine und insbesondere im Canton Kroub ist Cholera aufgetreten, muthmasslich von zurückkehrenden Mekkapilgern eingeschleppt. Die Zahl der Erkrankungen wird für Kroub mit 42, die der Todesfälle mit 24 angegeben. — Marokko. Unter den auf der Insel Magador in Quarantaine stehenden Pilgern sind seit 5. September keine weiteren Cholerafälle aufgetreten.

— Dr. Martin Szigeti, im Sommer Curarzt in Gleichenberg, hat seine Paxis in Abbazia wieder aufgenommen.

— Auszeichnung: Der bestbekannten Mikroskop-Firma Ludwig Merker, Wien, VIII.—I., wurde von der Jury der Gewerbe-, Industrie- und landwirthschaftlichen Ausstellung zu Aussig die hohe Auszeichnung, das Ehren-Diplom, verliehen.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Litschau (polit. Bezirk Waidhofen a. d. Thaya, Niederösterreich) Eisenbahnstation Chlumetz, für die Sanitätsgemeindegruppe Litschau. Fixe Bezüge: 980 fl., und zwar aus dem n. ö. Landesfonde, 400 fl. und 20 Raummeter weiches Brennholz von der gräflich Seilern'schen Güterverwaltung, und 180 fl. von 2 Fabriken. Bezüglich der Erhöhung der Subvention aus dem n.-ö. Landesfonde sind Schritte eingeleitet worden. Für die Besorgung des Gemeinde-Sanitätsdienstes wird eine separate Entlohnung entrichtet. Weitere Bezüge aus der Besorgung der öffentlichen Impfung, der Behandlung der Findlinge, sowie der gerichtsärztlichen Agenden stehen in Aussicht. Schliesslich erscheint eine lohnende Praxis gesichert, da in weiterer Umgebung kein Arzt ansässig ist. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Gesuche um diese Stelle sind an den Gemeindevorsteher in Litschau zu richten.

Gemeindearztesstelle in der selbstständigen Sanitätsgemeinde Pirkenhammer bei Karlsbad (Böhmen). Jahresgehalt 400 fl. Gesuche an das Gemeindeamt in Pirkenhammer.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätsdistrict Pustoměř (polit. Bezirk Wischau, Mähren), bestehend aus 6 Gemeinden mit 3473 Einwohnern auf 38·85 Qu.-Kilom. Area. Mit dieser Stelle ist ein Gehalt von jährlichen 272 fl. (incl. Reisepauschale) verbunden. Ausserdem leistet die Gemeinde Pustoměř jährlich einen besonderen Beitrag von 168 fl. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Bewerber, welche die Qualification nach § 11 des Gesetzes vom 10. Februar 1884, L.-G.- und V.-Bl. Nr. 28, besitzen, wollen ihre Gesuche bis Ende October an Johann Zbořil, Delegirtenobmann in Pustoměř richten.

K. k. Sanitätsassistentenstelle bei der Landesregierung in Klagenfurt (Kärnten). Adjutum 500 fl. Vorschriftsmässig belegte Gesuche sind an das k. k. Landespräsidium zu richten.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätssprengel Lužan (Bukowina). Die mit diesem Posten verbundene Jahresdotation beträgt 400 fl. und gelangt bei dem betreffenden k. k. Steueramte in monatlichen Raten zur Auszahlung. Ausserdem erhält der Gemeindearzt für Dienstesreisen die mit der Kundmachung der Bukowinaer k. k. Landesregierung vom 18. December 1890, Z. 17190 (L.-G.- u. V. Bl Nr. 24) normirten Gebühren. Bewerber um diesen Posten haben nach § 5 des bezogenen Landesgesetzes nachzuweisen: 1. die Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern; 2. die österreichische Staatsbürgerschaft; 3. dass sie der Sprache, welche von der Mehrzahl der Bevölkerung dieses Sanitätssprengels gesprochen wird, im hinreichenden Grade mächtig sind. Die dementsprechend instruirten Gesuche sind im vorschriftsmässigen Wege bis 10. October l. J. an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Kotzman einzusenden.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler*

VII. Jahrgang. Wien, 15. October 1893. Nr. 42.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien, I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

Zum Zwecke der Discussion über diesen Gegenstand können wir die Paralysen in zwei Gruppen bringen; erstens, Paralysen ohne musculäre Degeneration; zweitens, Paralysen, die eine Degeneration der Muskelfasern im Gefolge haben, oder die von einer solchen Degeneration abhängig sind. Nur auf die Charactere und auf die Vertheilung der zweiten Kategorie dieser Fälle möchte ich heute Ihre Aufmerksamkeit lenken.

Da der zu behandelnde Gegenstand ein umfangreicher, und die Zeit, die mir jetzt zur Verfügung steht, eine beschränkte ist, so muss ich mich damit begnügen, diesen Gegenstand nur von einigen Gesichtspunkten aus zu behandeln, mit der speciellen Absicht, eine diesbezügliche Discussion anzuregen und ohne irgend welchen Anspruch auf eine vollkommene Behandlung des Gegenstandes.

Auf die Gefahr hin, elementar zu erscheinen, werde ich Sie zunächst an die Beziehungen der Muskeln zu den Nervencentren erinnern. Der Weg der Innervation von der Gehirnrinde zu den Muskeln besteht aus zwei wohl unterschiedenen Theilen, nämlich aus der Pyramidenzelle mit ihren dendritischen oder protoplasmatischen Ausläufern und ihrem centrifugalen oder Achsencylinderausläufer, der längs des Pyramidaltractus des Rückenmarks verläuft; und zweitens, aus der spinalen multipolaren Zelle mit ihren dendritischen oder protoplasmatischen Ausläufern und ihrem Achsencylinder oder centrifugalen Ausläufer, der in der Muskelfaser endet. Diese zwei Segmente der motorischen Bahn sind ganz unterschieden und haben keine directe Verbindung mit einander.

Es ist in der letzten Zeit durch histologische Untersuchungen nach Golgi's Methode gezeigt worden, dass der Pyramidenachsencylinderausläufer in einer baumartigen Verzweigung endigt, der blos mit der Rückenmarkszelle in Contact kommt oder sich mit ihren dendritischen oder protoplasmatischen Ausläufern verschlingt. Die gegenseitige Beziehung ist somit nur die der Contiguität und nicht die der Continuität. Der Achsencylinder der Rückenmarkszelle endigt auch in einer baumartigen Verzweigung, die eine Contactbeziehung mit dem eigentlichen musculären Gewebe herstellt.

Zerstörung der Pyramidenzelle oder Durchschneidung ihres centrifugalen Ausläufers wird eine Paralyse der Muskelfaser bedingen, weil dadurch die Uebertragung der Impulse auf die Rückenmarkszelle aufgehoben wird, und überdies stirbt der Pyramidenausläufer in seiner ganzen Länge ab, da das Gedeihen desselben von den Zellen abhängt, von denen er nur eine Verlängerung darstellt. Die Degeneration jedoch hält in der Regel bei der terminalen baumartigen Verzweigung inne, während zu gleicher Zeit die Rückenmarkszelle mit ihren dendritischen Ausläufern ihre Integrität behält.

In solchen Fällen handelt es sich um Paralyse der willkürlichen Bewegung, aber um keine Degeneration des Muskels. Die Sache steht jedoch anders, wenn das spinale Segment der motorischen Bahn der Sitz der Läsion ist. Zerstörung der spinalen Zelle bewirkt unbedingt ein Absterben des Achsencylinderausläufers und somit auch ein Absterben der Muskelfaser, der er zugetheilt ist. Das Leben der Muskelfaser erscheint somit abhängig von dem des spinalen Segments. Die Muskelfaser stellt jedoch eine Structur dar, die phylogenetisch von der der Nervenzelle und ihrem Achsencylinderausläufer verschieden ist. Der Muskel leitet sich vom Mesoderm ab, während die Nervenzelle mit ihrem Ausläufer eine Evolution des Ectoderms darstellt, und es ist in der letzten Zeit durch die

*) Vortrag, gehalten in der Section für Medicin auf der 61. Jahresversammlung der «British Medical Association» in Newcastle-on-Tyne, 1. bis 4. August 1893. — Mitgetheilt von Léon Lebowitz.

Beobachtungen von LEONOWA [1]) nachgewiesen worden, dass die normale Ernährung und die Entwicklung der quergestreiften Muskeln im Embryo von den Vorderhörnern und den motorischen Nerven ganz unabhängig sei, denn in dem Falle von Amyelie, den er mittheilt, und in dem die Vorderhörner und die vorderen Nervenwurzeln gänzlich fehlten, waren die quergestreiften Muskeln ganz intact.

Es ist somit, vom Standpunkte der Evolution betrachtet, wahrscheinlich, dass die Muskelfasern Anomalien der Entwicklung und der Ernährung unterworfen sein können, die vom Centralnervensystem ganz und gar unabhängig sind. Theoretisch können wir somit eine Muskeldegeneration oder eine Muskelatrophie haben, sei es in Folge einer Läsion der multipolaren Zellen der Vorderhörner, sei es — was im Wesentlichen dasselbe bedeutet — in Folge einer Läsion der motorischen Nerven, oder in Folge von Zuständen, die primär die Muskelfasern selbst afficiren. Wir können somit diejenigen Zustände bekommen, die man als myopathische, neuropahtische und myelopathische Amyotrophie bezeichnet hat, je nachdem, ob die primäre Läsion in den Muskeln, in den Nerven oder in den Vorderhörnern sitzt, oder ob diese verschiedenen Formen mehr oder weniger miteinander combinirt sind.

Es gibt jedoch einen gewissen Theil des spinalen Segments, dem man nicht immer die Aufmerksamkeit geschenkt hat, die ihm seiner Bedeutung nach zukommt; ich meine die dendritischen Ausläufer und ihre Beziehungen zu der terminalen baumartigen Verzweigung der Pyramidenfasern und der anderen Fasern. Es ist wahrscheinlich, wie SCHÄFER [2]) annimmt, dass der Zellkörper mit seinem Kern primär an der Ernährung des motorischen Nerven und seiner ihm nahestehenden Muskelfaser betheiligt ist, während die dendritischen Ausläufer dazu dienen, Impulse zur functionellen Action zu übertragen. Läsionen dieser Ausläufer können somit eine Lähmung bedingen, die alle Zeichen einer spinalen Lähmung darbietet, aber ohne das Vorhandensein von Muskeldegeneration, die nur dann erfolgt, wenn die Zellen selbst zerstört werden.

Als Folge der Affectionen der dendritischen Ausläufer allein oder der terminalen baumartigen Verzweigung der Pyramidenfasern können wir eine Paralyse bekommen, die mehr oder weniger auf bestimmte Muskelgruppen beschränkt ist, aber ohne atrophische Degeneration oder Veränderung in der elektrischen Erregbarkeit Dies tritt zweifellos im Verlaufe von Syringomyelie ein, abhängig von einer gliomatösen Infiltration der Wurzelzonen und des Centralgraus. Es ist auch nicht unwahrscheinlich, wie auch von GOWERS angenommen wurde, dass eine Läsion dieser Art, wenn sie auch nicht post mortem demonstrirbar ist, die Grundlage für die LANDRY'sche oder die «acute aufsteigende Paralyse» abgebe, bei der, obgleich eine vollständige Paralyse des centralen Typus vorhanden sein kann, die Muskeln weder schwinden, noch irgend welche Entartungsreactionen zeigen. Diese Ansicht über die Pathologie der LANDRY'schen Paralyse scheint mir besser mit den klinischen Thatsachen zu harmoniren, als der polyneuritische Ursprung, der durch den verstorbenen Dr. James Ross mit so viel Eifer vertreten wurde.

(Fortsetzung folgt.)

Die Verhütung und Heilung der asiatischen Cholera.

Von **Dr. Aug. Dyes**
Oberstabsarzt I. Cl. a. D. in Hannover.

Auch in diesem Jahre forderte die Cholera im südlichen Frankreich und insonderheit auch in Mekka zahlreiche Opfer, so dass es Zeit sein dürfte, auch in Deutschland sich auf diesen unliebsamen Besuch vorzubereiten, und sich nach Mitteln zur Abwehr und Bekämpfung dieses Würgengels umzusehen; um so mehr, als die bisher angewandten Mittel günstige Erfolge in der That nicht erzielten, wie die Epidemie bewies, welche im vorigen Jahre die Stadt Hamburg decimirte.

Da nun Probiren über Studiren geht, so möchte ich meine Herren Berufsgenossen auffordern, zur Abwehr und Bekämpfung der Cholera das Chlorwasser, zur Hälfte mit Wasser gemischt, zur inneren Desinfection der Choleraverdächtigen und der an Cholera Leidenden versuchsweise anzuwenden, so würden sie dieses gegen alle miasmatischen Krankheiten, wie auch gegen die Trichinosis sich heilsam erweisende Mittel bald lieb gewinnen und mir helfen, dasselbe zu empfehlen und in Aufnahme zu bringen, zum Segen der leidenden Menschheit, welche durch die miasmatischen Krankheiten (Scharlach, Diphtherie, Blattern, Typhus, Ruhr, Brechdurchfall, gelbes Fieber und asiatische Cholera) jahraus jahrein decimirt wird.

Die Ursache, wesshalb das von mir seit 25 Jahren mehrfach gegen alle miasmatischen Krankheiten und vom Herrn Geheimen Sanitätsrath BRAND in Stettin seit 1883 wiederholt gegen die Cholera empfohlene Chlorwasser bei den Berufsgenossen keine Aufnahme fand, ist der Thatsache zuzuschreiben, dass unsere Empfehlung bei den Lehrern der Therapie und Pharmakologie keine Beachtung fand, sondern todtgeschwiegen wurde, und dass die alte, irrige Lehre fort und fort verbreitet wird, das Chlorwasser eigne sich nicht zum inneren Gebrauch; obwohl dasselbe schon von dem berühmten Therapeuten SCHOENLEIN in Würzburg gegen den Typhus angewandt und gerühmt wurde. Auch Herr Dr. SALA in Freienwalde erzielte 1883 bei Bekämpfung der Cholera die besten Heilerfolge mit dem Chlorwasser.

Gerade in diesem Falle würde das alte Sprichwort sich bewähren: «Probiren geht über Studiren». Da man irrigerweise glaubt, das Chlorwasser sei zu scharf für den Magen, so möchte ich die Herren Collegen bitten, im Interesse der leidenden Menschheit einmal einen Theelöffel oder halben Esslöffel voll des zur Hälfte mit Wasser verdünnten Chlorwassers einzunehmen, so würden sie erkennen, dass es nicht schärfer als Rum und Arrak ist.

Nahm doch v. PETTENKOFER im Interesse der Wissenschaft versuchsweise eine Reincultur von Cholera-Bacillen zu sich. Wenn er darnach nur Durchfall bekam, so muss man folgern, dass diese Reinculturen weniger giftig sind, als die Unreinculturen, welche in Senkgruben, im Magen und Darmkanal der Cholerakranken wuchern, in Dunstgestalt in die Zimmerluft gelangen, und durch Einathmung in den Organismus der Zimmergenossen eindringen. Sollten aber diese Reinculturen der Cholera-Erzeuger ebenso giftig sein wie die Unreinculturen, so möchte ich glauben, dass v. PETTENKOFER und sein Genosse nach jenem ungewöhnlichen, rein wissenschaftlichen Frühstück zur Beseitigung des Ekels ein Glässchen Rum oder Cognac nachnahmen und dadurch die eben genossenen Choleramikroben vernichteten, denn die Spirituosen sind nächst dem Chlorwasser das wirksamste desinficirende Mittel.

Bei der 1867 in Hildesheim herrschenden Epidemie machte ich häufig die Beobachtung, dass die Cholera in ihren beiden ersten Stadien durch einige Gaben Chlorwasser im Keime erstickt oder coupirt wurde; kam dieses mächtige Mittel erst im dritten oder vierten Stadium zur Anwendung, so wurde die Cholera dadurch derart modificirt, dass 80% der Kranken gerettet wurden, während bei Anwendung der bisher üblichen und probirten Mittel 80% zu sterben pflegten.

BRAND und SALA erfreuten sich desselben günstigen Erfolges; BRAND hatte als Dirigent des Cholera Krankenhauses in Stettin freilich nur solche Kranke in Behandlung, welche sich in den beiden letzten Stadien der Cholera befanden und hatte somit keine Gelegenheit die coupirende Wirkung des Chlorwassers kennen zu lernen.

Sobald die Cholerakranken das Chlorwasser eingenommen haben, stellt sich schon bei leichter Bedeckung im Bett innerhalb einer halben Stunde allgemeiner wohlthuender Schweiss ein und die Uebelkeit, Ekel, Erbrechen und die heftigen Magenschmerzen hören auf.

[1]) Fall von Anencephalie combinirt mit totaler Amyelie. Neurolog. Centralbl. 1893. Nr. 7 und 8.

[2]) The Nerve bell considered as the Basis of Neurology; Brain. Spring and Summer, 1893.

So erwünscht es im Interesse der Wissenschaft wäre, die Cholera erzeugenden giftigen, kleinen Lebewesen und ihre Naturgeschichte mikroskopisch zu erforschen, so haben doch die bisherigen Enthüllungen einen praktischen Nutzen noch nicht gebracht, wie die Epidemie in Hamburg zeigte.

Hallier in Jena nannte die Cholera-Erzeuger Sporen, Koch in Berlin dagegen Kommabacillen; beide Arten sind Pilzkeime, also vegetabilischer Natur. Nach meinen Beobachtungen müssten sie animalischer Natur sein, also Infusionsthierchen und zwar aus folgenden Gründen: Als ich bei der Epidemie in Hildesheim dem Munde eines Schwerkranken nahe kam, und die heissen schnellen Ausathmungen desselben meine Gesichtshaut trafen, empfand ich dasselbe prickelnde Gefühl, welches man wahrnimmt, wenn man an milden Sommerabenden in einen Schwarm «Quitten» geräth. Mit dem Rücken der entgegen gestreckten Hand fühlte ich dasselbe Prickeln, während die Ausathmungen der Typhuskranken dasselbe nicht hervorrufen; und ich muss daraus folgern, dass die Typhus-Erzeuger vegetabilischer Natur (Pilzkeime), die Cholera-Erzeuger aber animalischer Natur (Infusionsthierchen) sind, weil sie in der Luft schwebend selbstständige Bewegung äussern.

Diese Hypothese wird unterstützt durch die Thatsache, dass die der asiatischen Cholera ähnlichen Krankheiten (Ruhr und Brechdurchfall, Cholera nostras) durch kleine Thierchen erzeugt werden, denn schon durch die Lupe erkennt man, dass der sogenannte Mehlthau der Gartenfrüchte, wodurch die Ruhr und der Brechdurchfall erzeugt werden, aus Thierchen besteht.

Auch einige Mikroskopiker beobachteten, dass die mikroskopisch untersuchten Cholera-Bacillen sich bewegten und diese Bewegung dürfte vielleicht noch grösser sein, wenn die zu untersuchenden Mikroben sich nicht in einer giftigen Anilin-Lösung befänden, worin sie muthmasslich krank werden und absterben.

Für die Behandlung (Therapie) ist es zum Glück ganz einerlei, ob die Cholera-Erzeuger Sporen oder Bacillen, ob vegetabilischer oder animalischer Natur sind, weil beide Gattungen durch das Chlorwasser in einer Minute vernichtet werden, so dass sie sich nicht mehr vermehren, und ihre schädliche Wirkung fortsetzen können.

Erstes Stadium.
Infection und Vorboten der Cholera.

Wenn die in der Zimmerluft eines Cholerakranken schwebenden Cholera-Erzeuger bei ungenügender Lüftung von den Zimmergenossen eingeathmet werden, so verursachen sie eine geringe Reizung der Schleimhaut der Lungen und rufen mehr oder weniger Schwindel und Beklemmung hervor, muthmasslich die Folge von Aufsaugung des Giftes durch die Schleimhaut, also Blutvergiftung. Beim Athmen lagert sich ein Theil des in der Luft schwebenden Giftes an die Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle ab, und erzeugt Ekel, Neigung zum Ausspeien, Uebelkeit, bald Trockenheit der Zunge und des Gaumens und Durst, bisweilen Rauhigkeit der Stimme und Schlingbeschwerden, auch häufiges Schaudern. Der Schwindel war bei hochgradiger Ansteckung so stark, dass die Kranken mehrfach niederfielen. Werden im Stadium der Vorboten die an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle klebenden Krankheitserzeuger nicht bald durch Spirituosa oder Chlorwasser vernichtet, so gelangen sie mit dem verschluckten Speichel, Getränken und Speisen in den Magen, und sofort beginnt das

Zweite Stadium.

Sofort nach dem Eintritt des Choleragiftes in den Magen werden die bisherigen Krankheitserscheinungen erheblich gesteigert und es stellt sich Erbrechen und Kälte der äusseren Haut ein; der gesteigerte Durst ist durch Getränke nicht zu stillen, sondern nur durch Spirituosa und noch besser durch einen halben Esslöffel voll Chlorwasser. Die trockene Zunge zeigt nun einen weissen Belag.

Nach den Mittheilungen einiger Cholera-Schriftsteller sind schon in diesem Stadium einzelne Todesfälle vorgekommen, und man hat die Krankheit Cholera sicca genannt; die Ursache eines so frühen tödtlichen Ausganges dürfte Blutvergiftung sein.

Drittes Stadium.

Kommt auch im zweiten Stadium der Cholera das desinficirende Chlorwasser nicht zur Anwendung, so vermehren sich an der Schleimhaut des Magens die Mikroben in rapider Weise und gelangen mit dem Magen-Inhalt in den Dünndarm, erkennbar an dem baldigen Eintritt der heftigsten Darm- oder Kolik-Schmerzen und des schmerzhaften Durchfalls (Darmcatarrh); die Stühle sind in diesem Stadium gallig gefärbt und verbreiten einen eigenthümlich widerlichen Geruch. Der trockene Belag der Zunge bekommt nun gelbliche Färbung. Bei innerlich empfundenem Brennen wird die äussere immer kälter, und es stellen sich die empfindlichsten krampfhaften Muskelschmerzen (crampi) ein. Die Schwäche der Kranken wird dann so gesteigert, dass sie nicht mehr imstande sind, das Bett zu verlassen, und dass sie niederfallen, wenn sie es versuchen. Jammernd und stöhnend liegen sie da — das Bild der furchtbarsten Qualen.

Die Lehre der Wissenschaft, die Kälte und Erstarrung der Cholerakranken sei die Folge der durch die Entleerungen derselben bewirkten Verminderung der Blutlymphe, so dass das zu dickflüssig gewordene Blut im feinen Haargefässnetze unter der Haut nicht circuliren könne, diese Hypothese ist entschieden irrig, weil ein bis zwei halbe Esslöffel voll Chlorwasser genügen, Wärme und Schweiss hervorzurufen, welcher 24 bis 48 Stunden anzudauern pflegt.

Der Frost der Cholerakranken entsteht, wie bei Malaria, Lungenentzündung etc. durch die Blutvergiftung und das dadurch veranlasste Absterben zahlreicher Blutkügelchen, wie jeder bei diesen Krankheiten ausgeführte Aderlass lehrt; denn das diesen Kranken entzogene Blut enthält 70—80% farbloser d. h. abgestorbener Blutkügelchen, welche nach erfolgter Erkältung eine zähe weissliche Kruste bilden, welche aus Fibrin besteht. Ohne Zweifel enthält das Blut der Cholerakranken im Stadium algidum noch mehr abgestorbene Blutkügelchen. Da man während der Cholera-Kälte den heilsamen Aderlass nicht ausführen kann, so sollte man dieses Blutreinigungsmittel zur Anwendung bringen, sobald der durch das Chlorwasser bewirkte Schweiss beendet ist, weil sonst nach Ueberstehung der Cholera diejenige Unreinheit des Blutes zurückbleibt, welche man mit dem irreleitenden Namen Blutarmuth belegt hat.

Als 1867 die Cholera in Hildesheim herrschte, wusste ich noch nicht, dass die sogenannte Blutarmuth durch kleine Aderlässe geheilt wird, und unterliess die prophylaktische Blutentziehung; diese Unterlassung dürfte die Ursache gewesen sein, dass viele genesene Cholerakranke von der sogenannten Blutarmuth nachher zu leiden hatten.

Auch bei den von Typhus, Blattern und Lungenentzündung Genesenen pflegt die sogenannte Blutarmuth zurückzubleiben, wenn kein Aderlass gemacht wurde.

Möchten doch die Aerzte, welche wissen, dass die üblichen Heilmittel (Morphium, Strychnin, Höllenstein, Calomel) und die in Hamburg probirte Reihe aller modernen giftigen Arzneimittel nutzlos, zum Theil schädlich sich erwiesen, gegen die miasmatischen Krankheiten, und insonderheit gegen die Cholera das Chlorwasser probiren, so würden sie staunen und sich freuen über den schnellen günstigen Erfolg.

Es ist rathsam, anfangs halbstündlich einen halben Esslöffel voll reichen, und nach dem Aufhören des Erbrechens, der Muskel- und Kolikschmerzen und der Hautkälte nach Umständen seltener und kleinere Gaben. Alternirend mit dem Chlorwasser reiche man dann Mandelmilch mit Opium zur Linderung des Darmkatarrhs. Sollten die Leibschmerzen sich noch zuweilen bemerklich machen, so erweisen sich Chinin-

Pillen dienlich, weil sie sich im Darmcanal allmählig auflösen und desinficirend wirken.

Fünf Minuten nach dem Einnehmen des Chlorwassers lasse man schwarzen Kaffee nachtrinken als bekömmlichstes Getränk.

(Schluss folgt.)

Ueber Beckenperitonitis beim Weibe und die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae in Beziehung zu dieser Krankheit.*)

Von

Prof. Dr. C. J. Cullingworth in London.

(Fortsetzung und Schluss.

Die operative und nicht operative Behandlung im Vergleiche zu einander.

Im August vorigen Jahres wurde in das South Western Fever Hospital in London eine magere Frau mit verfallenen Kräften, 27 Jahre alt, aber von viel älterem Aussehen, unter dem Verdachte, sie leide an enterischem Fieber, aufgenommen. Sie hatte einen ausgelassenen Lebenswandel geführt, lebte getrennt von ihrem Manne und bot am Gaumen ausgesprochene Zeichen dar, welche dafür sprachen, dass sie an schwerer constitutioneller Syphilis gelitten hatte. Auch konnte man aus ihrer Krankengeschichte mit aller Sicherheit entnehmen, dass sie an Gonorrhoe gelitten hatte. In der letzten Zeit hatte sie 3 Wochen lang an Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit gelitten. und 4 Tage vor ihrer Aufnahme in's Spital hatte sie Schmerzen im Abdomen und Diarrhoe. Bei der Untersuchung zeigte sich das Abdomen aufgetrieben und tympanitisch. die Zunge war trocken, der Puls frequent und schwach, und die Temperatur betrug 103° F. Es war kein Exanthem vorhanden, und die Auscultationsphänomene waren ganz normal. Bei der Vaginaluntersuchung fand man den ganzen hinteren Raum des Beckens von einer festen und harten Masse ausgefüllt. Früh am Morgen des zweiten Tages hatte sie einen reichlichen Ausfluss einer äusserst übelriechenden purulenten Flüssigkeit aus der Vagina und vier Stunden später starb sie. Bei der Nekropsie fand sich eine beträchtliche Menge einer halb-purulenten Flüssigkeit in der Bauchhöhle, und die Eingeweide waren namentlich gegen das Becken durch Adhäsionen stark miteinander verwachsen. Der Uterus war ziemlich vergrössert und seine Schleimhaut hyperämisch. Beide Tubae Fallopiae waren verdickt, erweitert und voll mit Eiter. Sie waren in sich selbst gefaltet, und ihre Fimbrienenden. die durch entzündliche Adhäsionen geschlossen waren, adhärirten aneinander im Cavum Douglasii. Der Rest des hinteren Raumes des Beckens bestand aus einer grossen Abscesshöhle, die viel übelriechenden Eiter enthielt. Man fand überdies, dass die Abscesshöhle mit dem Innern der rechten Tuba durch eine Ulcerationsöffnung in der Wand der Tuba communicirte; sie communicirte auch mit der Peritonealhöhle im Allgemeinen und durch eine kleine runde Oeffnung in dem hinteren Fornix mit der Vagina. Die Ovarien waren von normalem Volumen und in die Wände der Abscesshöhle eingebettet. Es waren keine Zeichen von Darmgeschwüren oder von Erkrankungen des Coecum und seiner Appendix vorhanden, und die anderen Organe des Körpers waren ebenfalls gesund.

Hier noch ein zweites und recenteres Beispiel von Tod in Folge von Ruptur eines Pyosalpinx Am 8. April des laufenden Jahres wurde auf die medizinische Klinik des St. Thomas Hospital eine kräftige, verheiratete Frau, 41 Jahre alt, aufgenommen. und zwar mit Symptomen allgemeiner Peritonitis und in einem Zustande von Collaps, und die Sache hatte den Anschein, als ob es sich um Darmperforation handeln würde. Während einiger Monate hatte sie einen übelriechenden Ausfluss aus der Scheide gehabt.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 39, 40, 41, 1893.

Ihre gegenwärtige Krankheit hatte einen Tag oder zwei Tage vor ihrer Aufnahme ins Spital begonnen.

Sie befand sich thatsächlich in einem moribunden Zustande, als sie im Spital ankam und starb in einigen Stunden. Bei der Nekropsie fanden sich Zeichen allgemeiner Peritonitis, die im Becken am intensivsten war. Dies Abdomen enthielt ungefähr einen halben Liter höchst übelriechenden Eiters. Beide Tuben waren stark und ungefähr in gleichem Maasse aufgetrieben und glichen in ihrem Volumen einem Darmstücke. Sie waren stark torquirt und zeigten nach rückwärts Duplicaturen. Jede derselben war an beiden Enden geschlossen und enthielt ungefähr eine Unze eines ungemein fötiden Eiters. An der vordern Wand der linken Tuba, ungefähr in ihrer Mitte befand sich ein perforirendes Geschwür aus dem man Eiter herausdrücken konnte. Es fand sich sonst keine ernste Erkrankung im Organismus vor, ausser, dass die Uterusschleimhaut intensiv entzündet war, und dass ein kleiner, weicher, ulcerirter und gangränöser Polyp aus der linken Seite des Fundus uteri in die Uterusöhle hineinragte.

Beide diese Fälle sind Beispiele chronischer Erkrankung mit letalem Ausgange. Bisweilen jedoch endet eine Tubarerkrankung in einem viel früheren Stadium letal, wie in dem folgenden erschreckend traurigen Falle, dessen Einzelheiten mir zur Verfügung gestellt wurden.

Eine gesunde und gut gebaute junge Frau von 27 Jahren wurde vor einigen Jahren auf eine der Kliniken für Infectionskrankheiten des St. Thomas Hospital aufgenommen, und zwar mit akuten aber unbestimmten Fiebersymptomen, die vier Tage vorher begonnen hatten. Sie hatte sich mit der Pflege einiger mit Diphtherie behafteter Kinder befasst, und da sie leichte Halsschmerzen mit Schüttelfrost, heftigem Kopfschmerz und Schmerzen in den Gliedern hatte, so nahm man an, dass sie sich bei den Kindern inficirt hatte. Ihre Temperatur am Tage der Aufnahme betrug 102° F. und am folgenden Tage 104° F. Am dritten Tage klagte sie über Schmerzen im Abdomen, und die Abendtemperatur stieg auf 104·6° F. Nach Ablauf einer Woche wurde das Abdomen bis zu einem gewissen Grade aufgetrieben. Von dieser Zeit an waren die Symptome die der allgemeinen Peritonitis. Sie starb am 13. Tage nach ihrer Aufnahme ins Spital und die Temperatur war eine Stunde vor dem Tode auf 105·6° F. gestiegen. Bei der Nekropsie fanden sich die Zeichen der akuten allgemeinen Peritonitis, am meisten im Becken ausgesprochen. Es fand sich wenig oder gar keine Flüssigkeit in der Bauchhöhle, aber eine reichliche Menge von Lymphe und ausgedehnte Verwachsungen der Gedärme und der anderen Baucheingeweide. In der Beckenhöhle fand sich eine Unze oder mehr dicken Eiters. Der Uterus war stark in Adhäsionen eingebettet, aber sonst gesund.. Beide Tubae Fallopiae waren akut entzündet. und wenn man einen Druck auf dieselben ausübte, so quoll aus dem äusseren Ende einer jeden derselben eine beträchtliche Menge dicken und gelben Eiters hervor. Die Entzündung war am meisten auf der rechten Seite ausgesprochen. Das rechte Ovarium war grösser als das linke und erschien geröthet. Das linke war ganz gesund. Alle anderen Organe des Körpers waren gesund, ausser dass die Lungen einigermassen geröthet und ödematös waren

Dies ist der kurze Bericht über drei Fälle von purulenter Salpingitis, die letal endeten, in Folge des Umstandes, dass der Inhalt der Tuben sich in die Peritonealhöhle entleerte, in zwei Fällen bedingt durch Ruptur der Tubenwand, und in dem dritten Falle durch das noch immer ungeschlossene Fimbrienende der Tuba.

Ich wünsche, nur zum Zwecke eines Vergleiches, über drei Fälle von so ziemlich demselben Charakter wie die vorhergehenden zu berichten, in welchen die erkrankten Tuben durch Operation entfernt wurden.

Ich hatte die Krankengeschichte des ersten Falles früher mitgetheilt, aber es ist der Mühe werth, dieselbe jetzt wieder anzuführen.

Eine junge Frau von 28 Jahren. mit fahlem, blassem Gesicht und von einer elenden Magerkeit, wurde in das Hospital wegen heftiger Schmerzen in dem untern Theile des Abdomen, verbunden mit Pyrexie, aufgenommen. Sie war während fünf Jahren verheirathet, aber von ihrem Manne seit drei Jahren wegen seiner Unmässigkeit und Grausamkeit getrennt, und hatte sich und ihre zwei Kinder durch Kleidermachen zu erhalten.

Nur ein Mal während der drei Jahre ihrer Trennung hatten der Mann und sie den Coitus ausgeführt, und bei dieser Gelegenheit — ein Jahr vor ihrer Aufnahme in's Spital — inficirte er sie mit Gonorrhoe.

Nach einigen Wochen wurde sie zu schwach, um ihre Arbeit fortsetzen zu können und war gezwungen ihr Haus aufzugeben und mit ihren Kindern in's Invaliden-Spital zu gehen. Sie verliess dasselbe nach drei oder vier Monaten, musste aber bald in dasselbe wieder zurückkehren. Sie verliess es dann wieder und nahm ihre Beschäftigung wieder auf. Ihre Gesundheit liess jedoch bald nach

Sie litt an heftigen Schmerzen im untern Theile des Abdomen, in den Lenden und im Rücken, und das Sitzen wurde ihr so schwer und schmerzhaft, dass sie ihren Beruf aufgeben und während einiger Wochen vor ihrer Aufnahme in's Spital von der Grossmuth ihrer Gönner leben musste.

Das Becken war von einer harten und unregelmässigen Masse, namentlich zur rechten Seite des Uterus und hinter demselben ausgefüllt. Der Uterus war von normalem Volumen, nach links über die Mittellinie hinübergeschoben und fixirt. Es wurde der Bauchschnitt ausgeführt. Der hintere Theil des Beckens war von einer Masse adhärenter Eingeweide ausgefüllt, die schwer zu erkennen und zu trennen waren. Beide Tuben waren verdickt und stark aufgetrieben, und eine jede von ihnen communicirte durch ihr offenes Fimbrienende mit einem intraperitonealen Abscess, der seinen Inhalt offenbar von den eiternden Tuben her bezogen hatte. Die Patientin, obgleich sie nach der Operation noch einen schweren Anfall von Pneumonie durchzumachen hatte, genas vollkommen, verlor ihren Schmerz und ihr schlechtes Aussehen und wurde ein Bild strotzender Gesundheit.

Der nächste Fall. den ich als Beispiel gewählt habe, betrifft eine junge verheirathete Frau, 24 Jahre alt, Mutter dreier Kinder, die in's Spital wegen heftiger Schmerzen im Rücken und in der linken Regio iliaca aufgenommen wurde; die Symptome waren vier Tage vor ihrer Aufnahme plötzlich aufgetreten. Ihre Temperatur schwankte zwischen dem Normalen und einer Temperatur von 102·2° F. Sie hatte einen ähnlichen Anfall drei Monate vorher gehabt, fühlte sich aber in der Zwischenzeit ziemlich wohl

Der Schmerz schwand. nachdem sich die Patientin 24 Stunden lang im Spitale aufgehalten hatte, aber da sich in jedem hintern Quadranten des Beckens eine dichte irreguläre Masse vorfand, ein Theil deren als eine gewundene und verdickte Tube gefühlt werden konnte, und da es sicher schien, dass man es mit einem Falle von chronischer eitriger Salpingitis zu thun hatte, so hielten wir es für das Beste, die Operation auszuführen.

Dieser Entschluss war für die Patientin glückverheissend. Die Operation wurde ausgeführt. Beide Tuben fand man unregelmässig erweitert, verschlossen und voll mit Eiter. Ihre Wände hatten eine Dicke von einem viertel Zoll und waren so tief ulcerirt, dass an manchen Stellen nur die peritoneale Lage übrig blieb. An der vordern Fläche der rechten Tuba, an einer Stelle, die besonders dünn war, fanden sich zwei kleine Perforationsöffnungen, durch welche Eiter ausfloss. Wahrscheinlich waren diese Oeffnungen während der Trennung der Adhäsionen entstanden, aber es war klar, dass, wenn auch noch keine Perforation stattgefunden hatte, dieselbe im Begriffe war zu entstehen. Ein Aufschub der Operation von sogar einigen Tagen würde die Kranke einer ernsten Gefahr ausgesetzt haben. Das Resultat des Eingriffes war, dass die Patientin genas, dass ihre Genesung eine ununterbrochene war, und dass, als man sie sechzehn Monate später sah, dieselbe so kräftig und gut aussah, dass man sie kaum wiedererkennen konnte. Sie hatte seit der Operation keine Schmerzen gehabt und ihr Gesundheitszustand war ein besserer als mehrere Jahre vorher.

Der dritte und letzte Fall, über den ich berichten will, ähnelt in manchen Zügen dem Falle betreffend die Kinderpflegerin, den ich in der ersten Reihe dieser Fälle mitgetheilt hatte. Ein Dienstbote in einem City-Hotel in London, 24 Jahre alt, theilte eines Abends dem Leiter des Hôtels mit, dass sie von einem Fremden, der im Hôtel logirt, genothzüchtigt worden sei. Der Attentäter wurde aus dem Hôtel weggejagt, aber das Mädchen kündigte ihrem Herrn; Während der fünf Wochen, während welcher sie noch in ihrer Stelle blieb, hatte sie einige Schmerzen beim Uriniren und einen Ausfluss aus der Scheide.

Am Morgen, nachdem sie das Hôtel verlassen hatte, fühlte sie einen Schmerz im rechten Handgelenk. Drei Tage später wurde sie in das St. Thomas Hospital, auf die Abtheilung eines Freundes von mir, aufgenommen, unter dem Verdachte, dass sie an acutem Rheumatismus leide. Sie hatte spontane Schmerzen und Schmerzen auf Berührung in mehreren Gelenken, ohne ausgesprochenen Erguss und ohne Röthung der Haut.

Ihre Temperatur betrug häufig 102° F. und bisweilen erreichte sie 104° F. — Fünf Wochen nach der Aufnahme in's Spital bemerkte man bei der Patientn einen Ausfluss aus der Scheide, und einige Tage später wurde der Verdacht meines Collegen, dass der Fall kein gewöhnlicher Fall von acutem Rheumatismus sei, dadurch bestätigt, dass die Kranke über Schmerzen im untern Theile des Abdomen klagte.

Ich wurde hierauf eingeladen, die Patientin zu sehen und zu untersuchen. Ich sprach mich dahin aus, dass die Kranke an Gonorrhoe mit Pyosalpinx, Beckenperitonitis und Pyämie leide.

Sie wurde auf meine Klinik transferirt, und eine Woche später operirte ich. Die Beckeneingeweide waren mit einander durch peritoneale Adhäsionen verwachsen. Die Tubae Fallopiae waren verdickt und voll mit Eiter. Hinter dem Uterus und von Adhäsionen eingeschlossen, fand sich ein Abscess von dem Umfange einer Orange, der seinen Inhalt aus den zwei Tuben, durch deren offenes Fimbrienende, bezogen hatte. Die Folgen der Entleerung des Abscesses und der Entfernung der Tuben waren augenblickliche und überraschende. Die pyämischen Symptome schwanden schnell. die Theile, welche durch die Operation betroffen waren, heilten, ohne eine Spur von Eiterung, und die Patientin genas vollkommen und ganz ausgezeichnet.

Kann es irgend einem Zweifel unterliegen, dass das Leben der drei ersten dieser sechs Patientinnen durch eine rechtzeitige Operation erhalten werden konnte, oder dass das Leben der drei letztgenannten Frauen so gerettet wurde?

Ich möchte nicht missverstanden werden. Ich glaube auch nicht einen Augenblick lang, dass jeder Fall von Ent-Entzündung der Tubae Fallopiae operirt werden soll. Im Gegentheil, ich bin der Ansicht, dass die meisten von ihnen ohne Operation genesen. Aber es gibt auch einen grossen Rest von Fällen, die meisten von ihnen chronische, einige wenige acute Fälle, in denen nur eine Operation das Leben retten kann, und es gibt noch eine grössere Reihe von Fällen, in welchen eine rechtzeitige Operation die Kranke von einem Jahre lang anhaltendem Elend, Arbeitsunfähigkeit nnd Siechthum befreit. Eine Frau, die sich ihr Brot verdienen muss, oder ihren Mann in seiner Arbeit zu unterstützen hat, kann sich nicht den Luxus einer Krankheit gönnen, die sich über mehrere Jahre hinausdehnt, und eine Operation würde in ihrem Falle gerechtfertigt sein, dort, wo sie in dem Falle ihrer wohlhabenden Collegin nicht gerechtfertigt sein würde. Die Operation ist, in Kürze, nicht das einzige vom Himmel gesandte Mittel, das alle anderen verdrängen könnte, sondern eine un-

schätzbare Bereicherung unserer Hilfsquellen, ein Verfahren, das, wenn es in passenden Fällen angewandt wird, wenn man sich der Verantwortlichkeit seines Vorgehens bewusst ist, und wenn man sowohl der Patientin wie ihrer Umgebung die drohende Gefahr und das endgiltige physiologische Resultat der Operation klar gemacht hat, dazu angethan ist, ebenso grosse Triumphe wie irgend eine Operation in der Chirurgie zu feiern.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik*

(Fortsetzung.)

Man kann auch im Sprachgebrauche jeder Verwirrung begegnen, wenn man sich daran gewöhnt, die auslösenden Kräfte stets als Gährungs- und Infections-«Erreger» und im physiologischen Geschehen nach altem Gebrauche als «Reize» zu bezeichnen. Das Wort «Ursache» bleibt dann im begriffskritischen Sinne für jenen Theil des Vorganges reservirt, für den es auch die exacten Wissenschaften im Sinne der Energetik allein anwenden.

In diesem Sinne ist es eine untergeordnete und rein practisch in Betracht kommende Sache, ob beispielsweise die potentielle Energie des Pulvers als Ursache der Explosion direct durch eine Lunte oder durch den dem Feuersteine entlockten Funken oder durch die Entzündung einer besonderen Zündmasse ausgelöst wird, ob der Mechanismus des Gewehres, der dies ermöglicht, einfach oder complicirt ist, ob die Auslösung leicht oder schwer ist. Alle diese Dinge sind ihrem Sinne nach Auslösungsmittel der gegebenen Grösse, welche das Pulver nach Art und Menge darstellt. In diesem Sinne ist es eine nebensächliche Frage, ob die Bacterien mechanisch durch ihren Wachsthumsreiz oder durch Protoplasmaschwingungen oder durch Bildung trennbarer Enzyme oder Gifte die Krankheitsanlage des Wirthes auslösen; ob Hefezellen durch ihre Protoplasmaschwingungen oder durch trennbare Enzyme die Energie des Zuckers zur Auslösung bringen. Die infections- und gährungserregenden Zellen stehen mit der Summe ihrer Wirkungen als auslösende Factoren der auslösbaren Energie des lebenden Protoplasma eines Wirthes oder einer gährfähigen Substanz gegenüber. Statt der Bacterien- oder, allgemein, statt der Parasitenwirkung kann für andere Fälle ein ganz anderes Gift die Auslösung übernehmen und die Sonnenstrahlen können beispielsweise die Energie gährfähiger Substanzen erregen.

Sondert man einen Vorgang in Gedanken, so genügen auslösbare Energie und Auslösung, um eine bestimmte Wirkung hervorzurufen. Im Experimente ist bereits eine Einschränkung nöthig, indem wir ganz bestimmte, an sich mit dem ersteren Vorgange nicht nothwendig verbundene Bedingungen herstellen. Die Gleichartigkeit dieser von uns vorher bestimmten oder von uns gewollten Bedingungen lässt uns in der Regel die Bedeutung dieser Schranke vergessen oder übersehen und veranlasst uns oft zu ganz falschen Anwendungen der Versuchsergebnisse auf die Gesammtheit der Naturerscheinungen und auf die Praxis. In der Natur selbst treten aber noch ganz andere Einschränkungen durch das Ineinandergreifen der verschiedenen Naturprocesse auf, die fortwährend wechselnde Bedingungen schaffen. Dadurch gewinnen practisch diese Bedingungen eine mehr oder weniger entscheidende Bedeutung für die Möglichkeit der Auslösung potentieller Energie, der wahren Ursachen. Sind solche Bedingungen nicht gegeben, so wird trotz der Möglichkeit der Auslösung die auslösbare, latente, potentielle Energie als innere Ursache nicht ausgelöst.

Der frohe Ausruf des entzückten Wanderers im Hochgebirge, der heisere Schrei des Adlers, der Flügelschlag einer Alpenkrähe lösen nur dann die Lawine aus, wenn die Schneemasse genügend schräg gelagert ist. Ist die gleiche Schneemasse mit der gleichen latenten Energie, die sich aus gleicher Höhe ergibt, horizontal oder wenig schräg gelagert, so hat man nicht nöthig, «stille die Strasse der Schrecken zu wandeln»; die «schlafende Löwin» wird nicht geweckt. Der Reiz, der nur auslösende Anstoss hat sich als eine echte Entität bewiesen, er hat seine Rolle rein weg vergessen! So beziehen sich auch alle die Angaben, die wir PETTENKOFER und seiner Schule über «örtliche» und «zeitliche» Disposition für Infectionskrankheiten verdanken, nur auf solche rein äussere und zunächst zufällige und wechselnde Bedingungen. Mit dem eigentlichen Causalproblem der Infection haben diese Dinge zunächst nichts Nothwendiges zu schaffen. Ob sie irgend etwas causal damit zu thun haben, kann mit den von PETTENKOFER angewendeten Methoden überhaupt nicht ermittelt werden, gleichgiltig, ob man die Wahrscheinlichkeitsrechnung anwendet oder mit EMMERICH die Logik von Jon Stuart MILL anruft. Zunächst ist nur sicher, dass es sich um wichtige oder nothwendige Bedingungen für den Eintritt der möglichen Infection handelt. Dadurch werden diese Bedingungen allerdings ohne Weiteres von praktisch grösster Bedeutung. Für das Leben und die Vermehrung und Virulenzerhaltung pathogener Mokrobien müssen gewisse, annähernd gleichartige Bedingungen gegeben sein, wie sie beispielsweise der Wirthsorganismus eines empfänglichen, gleichwarmen (disponirten, homoiothermen) Thieres, eines sogenannten Warmblüters, bietet, oder wie sie der Gährungstechniker in seinen Gährräumen zu schaffen sucht.

Nur unter diesen annähernd gleichbleibenden Bedingungen lösen specifische Gährungs- und Infectionserreger als Species von Thieren, Pflanzen oder Protisten wirklich specifische, d. h. typische Gährungen und Krankheiten aus. Wechseln diese Bedingungen[1]), so hört die specifische Infections- oder Gährungszelle auf specifisch zu wirken, sie hört auf überhaupt zu wirken, oder sie wirkt anders!

Damit allein wird die naturwissenschaftliche Haltlosigkeit jener Auffassung illustrirt, welche in «specifischen» Infectionserregern die «Ursache» und die «Entität» oder das «Wesen» der «specifischen» Infectionskrankheiten sehen will. Diese ontologische Auffassung ist naturwissenschaftlich von dem allein in Betracht kommenden Standpunkte der Energetik aus ebenso unhaltbar wie überflüssig. Die «Entität», das «Wesen» liegt in der Gleichartigkeit der Bedingungen, d. h. in Vorgängen, und diese hat die moderne Wissenschaft ihres ontologischen Characters entkleidet: alle Kräfte sind nach R. MAYER wandelbare Objecte. Das gilt von den organischen Kräften so gut wie von den anorganischen.

Vielleicht war es nur ein Zufall, dass PETTENKOFER den Fehler seiner Vorgänger vermied und die von ihm in den Vordergrund gestellte örtliche und zeitliche Disposition nicht als ens morbi bezeichnete oder auffasste, was er mit demselben Rechte hätte thun können, wie SYDENHAM oder VIRCHOW oder KOCH für die von diesen als das wichtigste betrachtete Moment. Thatsächlich hat PETTENKOFER diesen Fehler vermieden.

Der subjective Character unserer Erkenntniss nöthigt uns jedoch, gewisse Tendenzen und Qualitäten als Hilfsvorstellungen einzuführen und damit Striche in die Natur zu zeichnen. Dürfte ich es etwas grob ausdrücken, so würde ich sagen, die Striche sind (wegen des oben dargelegten subjectiven Characters unserer Erkenntniss) Projectionen der Bretter, die alle Menschen, nur in verschiedener Dicke und Breite, vor ihrer Stirn tragen. Der Fehler beginnt erst, wenn man diese Hilfsstriche für etwas objectiv gegebenes, für wirkliche Schranken hält, für Bretter, welche die wissenschaftliche Welt verschliessen. Diesen Fehler haben die Specifiker niemals ganz vermieden. Aber ganz abgesehen von HERAKLIT haben uns Robert MAYER und Karl DARWIN die Bedeutung dieses Fehlers ernstlich vor Augen geführt.

[1]) Auch in der Physik beginnt man diese Dinge jetzt zu beachten, wie ich einer neueren Arbeit von MACH entnehme, der die physikalische Beständigkeit nur in der Beständigkeit der Bedingungen findet.

Um die erkenntnisstheoretische Bedeutung dieser Seite für unsere Fälle klar zu erkennen, muss ich vorausschicken, dass es in der Wissenschaft bei ehrlichem Suchen nach Wahrheit keinen hohen oder niedrigen Standpunkt, sondern nur verschiedene Betrachtungsweisen derselben Sache gibt. Je mehr, um so besser für das volle Begreifen. Ob das Hauptarbeitsinstrument der analytischen Behandlung, die Infinitesimalgrösse, dynamisch auf dem Wege der Fluxionen oder mechanisch als Differential entwickelt wird, ist im Grunde gleichgiltig. Ob in Physik und Chemie die derzeit so bewährte Grundlage der Atomistik auf die Dauer mehr bietet als die dynamische, kann Niemand vorher sagen. Dass die Werthigkeit des Kohlenstoffes z. B. durch die Ecken eines Tetraeders genauer ausgedrückt wird als durch die Thatsache, dass die Energie des Kohlendampfes vier Mal die Energie des Wasserdampfes übertrifft, kann doch auch Niemand ernstlich behaupten. Das Gegentheil ist thatsächlich sogar genauer, aber die Constitutionsauffassung der Atomistik lässt sich mit allen ihren Vortheilen auch dem unfähigsten Studenten klar machen, während die andere gründliche Kenntniss der mathematischen Physik verlangt. Aehnlich steht es auch, wenn man auf dem Gebiete des Lebenden das Gewordene als solches, z. B. die Art, zu begreifen sucht, oder wenn man das Gewordene aus dem Werden zu verstehen sich bemüht. Beide Standpunkte ergänzen sich, aber sie schliessen sich nicht aus, wie es die Specifiker in ihrer krankhaften Abneigung gegen den Werdeprocess darstellen, die ihnen als Aerzten nur erlaubt, typische, sogenannte Schulfälle als Gegenstand ihres Studiums zu beachten.

Ich erwähnte bereits, dass das Wesen der Specifität im Sinne der specifischen Entität der Gährungs- und Infectionserreger nicht sowohl in deren Species-Natur oder Species-Constanz, als vielmehr in der Gleichartigkeit der äusseren Bedingungen liegt, d. h. dass zur Annahme einer ontologischen Auffassung kein Grund gegeben ist.

Wohl wissen wir jetzt, dass unter den kleinsten Lebewesen, den Protisten, den Zoophyten, den Amoeben, Pilzen, Bacterien etc. sich Gattungen und Arten unterscheiden lassen. In diesem Sinne der Möglichkeit der Trennung specifischer Merkmale hatte man besonders krankheitserregende, farbstoffbildende und gährungserregende (pathogene, chromogene und zymogene) Bacterien als Arten getrennt. Nur in diesem Sinne der Constanz der pathogenen Eigenschaften hätten die Infectionserreger als «Entitäten» in Betracht kommen können. Pathogene Bacterien, die ihre pathogenen Wirkungen freiwillig, d. h. durch zufällige äussere und wechselnde Bedingungen oder im Versuche durch künstliche Schaffung solcher Bedingungen verlieren und damit aufhören, pathogen und infectiös zu sein, sind keine «Wesen» oder «Entitäten» mehr.

Nun haben wir sicher kennen gelernt, dass sogenannte pathogene Bacterien unter anderen Bedingungen Farben bilden oder Gährungen erregen und umgekehrt, und zwar auch dies genau so «specifisch», wie die Infection. Diese Thatsache der «Wirkungscyklen», wie ich es genannt habe, ist jedoch nicht die einzige, welche uns die Bedeutung der Bedingungen klar macht und damit die gesuchte «Entität» aufhebt. H. BUCHNER war es auf Grund systematischer Versuche zuerst gelungen, den Milzbrandbacillen ihre pathogenen Eigenschaften zu nehmen und sie auf den Stand einfacher Saprophyten zurückzuführen. Dieselbe Beobachtung machte etwas später zufällig PASTEUR, nur dass er dieselbe als Ausgang für die mehr Aufsehen erregenden Schutzimpfungen benutzte und damit ein neues Gebiet erschloss. Dieselbe Beobachtung wurde dann später für fast alle pathogenen Bacterien gemacht, so dass man geradezu sagen kann, dass keine Eigenschaft der Bacterien leichter zu beeinflussen ist, als gerade die «specifische». Dies gilt genau ebenso für die Gährungserreger, wie FITZ und ich, später meine Schüler GROTENFELT und SCHOLL, zuletzt NENCKI, feststellten. Für die Pigmentbacterien wurde dieser Nachweis zuerst von SCHOTTELLIUS und meinen Schülern WOOD, GROTENFELT und SCHOLL geführt. Die Wirkungscyklen und die Beeinflussung gerade der «specifischen» Wirkungen heben die «Entität» dieser Vorgänge für das naturwissenschaftliche Denken auf und nur die naive Betrachtungsweise, die sich aus practischen Gründen über die bessere wissenschaftliche Einsicht unter dem Vorgeben hinwegsetzt, auf diese Weise Thatsachen ohne den Ballast der Theorie sammeln zu können, hält an dieser Vorstellung fest, durch welche die Lehre der Gährungen und Infectionskrankheiten ausserhalb der Fortschritte der Naturwissenschaften gehalten wird, welche bereits seit LIONARDO DA VINCI unter Thatsachen denn doch etwas Anderes begreifen lehren, als etwa einen neuen specifischen Bacillus.

Die Species-Constanz hat mit der Constanz der «specifischen» Gährungs- und Infectionswirkung nichts zu thun, während der Biologe und Pathologe, der nach Entitäten sucht, nur Arten gebrauchen kann, deren «specifische» Gährungs- und Infections-Wirkungen constant bleiben. C. FRÄNKEL, der sich unter KOCH's jüngeren Schülern von den Starrheiten der KOCH'schen Ontologie am meisten frei ghalten hat, erkennt dies auch an, wenn er «die pathogene Wirksamkeit das wandelbarste Stück im Character vieler Bacterienarten» nennt.

Sind aber die Arten der Mikrobien constant, wie lässt sich dann dieser Wechsel der specifischen Wirkungen verstehen? Die Individuen jeder Art, auch von Mikrobien, sind in ihrem vererbbaren Protoplasma mit einer Reihe möglicher Wirkungen ausgestattet, die ihnen die Anpassung an die Aussenbedingungen ermöglichen. So lange diese Bedingungen gleich bleiben, werden scheinbar nur ganz bestimmte Eigenschaften vererbt, in Wirklichkeit werden die anderen Wirkungsmöglichkeiten zunächst nur unterdrückt und bleiben latent.

Je länger die Bedingungen für die eine Eigenschaft günstig bleiben, um so sicherer wird diese vererbt, so dass sie schliesslich allein übrig bleiben kann, aber nicht muss. Dieser Umstand ist nun gerade bei den pathogenen Eigenschaften in dem Masse sicherer gegeben, als der Parasitismus derselben mehr und mehr obligat wird, weil in empfänglichen Wirthen, deren Constanz sich in ähnlicher Weise erhält und vererbt, die Bedingungen am wenigsten wechseln. Die sogenannten Tuberkelbacillen sind viel schwerer zu beeinflussen als Milzbrand- oder Cholerabacterien, Culturhefen schwerer als die weniger an gleichartige Bedingungen angepassten Gährungserreger.

Aber im Versuche kann man auch diese Schwierigkeiten beseitigen und ich halte es unbedingt für KOCH's grösste Leistung, dass er uns die Tuberkelbacillen cultiviren lehrte und damit die Möglichkeit eröffnete, auch die schwierigsten dieser Fragen im Versuche zu fassen. Dass dabei KOCH's Methodik allmälig ganz in den Dienst der Ideen anderer Forscher getreten ist, die KOCH auf's bekämpfte, ist ein merwürdiges Zusammentreffen.

Nicht die vererbbare Entität mit ihrer Vererbung der specifischen Constanz der Species ist also das allein Entscheidende, sondern der Umstand, dass nur unter geeigneten und gleichmässigen und gleichbleibenden Bedingungen gerade diese und keine anderen der gegebenen vererbbaren Eigenschaften für die Arterhaltung geeignet sind. Der Zimmtbaum vererbt seine aromatische Rinde nur in Ceylon, aber nicht mehr, wenn er nach den Continent verpflanzt wird. Das in der Industrie gewünschte Verhältniss von Alkohol und Glycerin wird durch die Culturhefen nur bei bestimmten Temperaturen der Gährräume gebildet; bei höheren Temperaturen ändert sich das Verhältniss zu Gunsten des Glycerins. Der Mikrococcus prodigiosus verliert über 40° die Fähigkeit, seinen herrlichen, fuchsinähnlichen Farbstoff zu bilden, und seine Fähigkeit, Milchsäure aus Zucker abzuspalten, tritt immer reiner hervor, so dass man nach WOOD's Ermittelungen glauben könnte, einen ganz besonders typischen Milchsäureerreger vor sich zu haben. Bei den pathogenen Bacterien hängt in ähnlicher Weise die Fähigkeit, Gift zu bilden, von der Temperatur ab unter entsprechendem Vor- oder Zurücktreten anderer Wirkungen.

So sehr es anzuerkennen ist, dass NAEGELI und WEISSMANN die Bedeutung der Vererbbarkeit gegebener, aber einmal doch erworbener Eigenschaften hervorgehoben haben, so haben doch beide darin gefehlt, dass sie die Bedeutung der äusseren Bedingungen für die Constanz der Vererbung unterschätzen. Darin hat Moritz WAGNER von allen bisherigen Naturforschern wohl am klarsten beobachtet und gedacht, wenn er die Bedeutung der Isolirung, d. h. die Schaffung gleichartiger und eventuell neuer Bedingungen für die

Erhaltung ursprünglicher Artmerkmale und für die Aenderung der Arten und damit für die Entstehung neuer Arten scharf erfasste. Es kann nichts vererben, was nicht irgendwie vorgebildet ist. Aber was sich vererbt von den gegebenen Möglichkeiten, das hängt auch und entscheidend ab von gegebenen Aussenbedingungen, welche als Reize auf auslösbare Energie des Protoplasma einwirken, d. h. aber schliesslich nichts weiter, als dass sich eine Art äusseren Bedingungen anpassen und in diesem Sinne neue Eigenschaften erwerben kann, die ihrerseits so lange vererbt werden, wie die neuen Bedingungen anhalten. Ist dieses lange genug der Fall, so können die alten, ursprünglich scheinbar allein vorhanden gewesenen Eigenschaften ganz verloren gehen und eine neue Art mit neuen Eigenschaften und sogar mit neuen Anpassungsmöglichkeiten bildet sich, weil durch das Hervortreten bestimmter Eigenschaften, die an die morphologische Structur gebunden sind, der ganze Bau beeinflusst werden muss.

In dieser nicht ontologischen Auffassung des derzeitigen Angepasstseins an zur Zeit vorhandene relativ gleichbleibende Bedingungen vermögen Gährungs- und Infectionserreger durch Uebertragung von bestimmten Protoplasmabewegungen, die eventuell auch an isolirbare active Eiweisskörper, wie Enzyme, Toxalbumine, als Reize oder Anstösse gebunden sein können, bestimmte Bewegungsmöglichkeiten auszulösen.

Dass die activen Eiweisskörper, gleichgiltig ob sie von der Zelle trennbar sind oder nicht, aber ganz ausserordentliche Bewegungen ausführen und dadurch auch auslösen können, ist gerade durch die bacteriologischen Untersuchungen der letzten Jahre sichergestellt. Welche geringen Mengen Enzyme vermögen als Fermente hydrolytische Spaltungen oder Gerinnungen herbeizuführen! Wie geringe Giftmengen eiweissartiger Natur, Toxalbumine, genügen, um die Vergiftungen von Cholera, Tetanus, Diphtherie herbeizuführen! Und wie energisch schützen die activen Eiweisskörper des Blutserums, Alexine, natürlich immuner oder immunisirter Thiere das Thier gegen die eindringenden Parasiten und deren Gifte!

Welche gewaltige Energie dem Protoplasma und jedem activen lebenden Eiweiss im Gegensatze zu dem todten Eiweiss mit dem die Chemie bis jetzt arbeitet, zu Gebote steht, lehren nicht nur diese drei Arten von Wirkungen, die die Vorstellungen über den Chemismus des Blutes vollständig umgestalten, sondern kann auch vielleicht die Thatsache veranschaulichen, dass sich diese gewaltigen Wirkungen innerhalb enger Temperaturgrenzen abspielen, während der Chemiker, wenn er mit rein organischen Kräften nur Theile dieser Vorgänge nachahmen will, zu ganz ausserordentlichen Eingriffen seine Zuflucht nehmen muss und Temperaturen nicht unter 100° anwenden kann.

Die zuerst von PFLÜGER und O. LOEW in ihrer Bedeutung gewürdigten Bewegungen des Protoplasma und daran anschliessend die in den letzten Jahren ermittelte Activität des lebenden Eiweiss werden natürlich nicht ausgeübt, um einem Forscher Gelegenheit zu einer geistreichen Theorie zu geben. Und doch möchte man das manchmal glauben, wenn man sieht, wie manche Forscher versuchen, ganz apparte Theorien für die Gährungen und Krankheiten aufzustellen, durch welche diese Vorgänge ganz aus dem Zusammenhange der Naturerscheinungen herausgerissen werden. Diese Erscheinungen werden uns aber ohne solche Gewalt verständlicher, wenn wir zu ermitteln suchen, was denn diese Wirkungen für die bewirkende Zelle selbst für eine Bedeutung haben, und da sehen wir sofort, dass es sich um eine Art Magenfrage handelt. Die Gährungs- und Infectionserreger müssen sich ernähren und sie führen ihre Protoplasmabewegungen in erster Linie aus, um durch Bewegungserregung in anderen Molekeln, d. h. durch Zerlegung und Spaltung derselben solche Atomgruppen frei zu machen, die sie für ihren eigenen Aufbau nöthig haben. In dieser Beziehung hat z. B. nach PFLÜGER das Cyan mit seiner Polymerisationsfähigkeit, nach LOEW das Formaldehyd oder die mit demselben isomere Gruppe CHOH eine ganz besondere Bedeutung. Wir erkennen auf diese Weise in immer genauerer Weise, dass die Ernährungsfähigkeit einer Substanz von ihrer chemischen Constitution abhängt. Um aber diese freigemachten Atomgruppen der eigenen Substanz statt der verbrauchten Stoffe oder für die Vermehrung der Individuen zu assimiliren, dazu bedarf es einer gewaltigen Energiemenge. Diese kann nun in sehr verschiedener Weise bei diesem Vorgange der Ernährung und Assimilation, welche ein synthetischer, also Wärme, d. h. Energie consumirender Vorgang ist, gewonnen werden. Die Extreme sind gegeben, wenn Luft oder Sauerstoff in freiem Zustande ausgeschlossen sind, resp. wenn sie frei zur Verfügung stehen.

Hiernach hatte PASTEUR die echten Gährungen, die nur bei Luftabschluss vor sich gehen sollen, grundsätzlich von den unechten oder Oxydationsgährungen getrennt und in der Abwesenheit der Luft, resp. des freien Sauerstoffes das Entscheidende gesucht. Zum Athmen auf Sauerstoff angewiesen, sollten die deshalb sauerstoffgierigen Mikrobien bei Luftabschluss diesen Sauerstoff aus chemischen Körpern, z. B. aus Zucker frei machen und diese Körper dadurch zerlegen, d. h. eben vergähren. Diesen Theil des Vorganges fassen wir jetzt chemisch allerdings anders auf, insofern wir erkennen, dass sauerstoffreichere Körper einen Theil ihres Sauerstoffes nicht direct und frei, sondern in bestimmten Atomgruppen, z. B. in Form von Hydroxylgruppen an leicht oxydable Körper mit labilen Wasserstoffatomen abgeben.

In etwas anderer Form nähern wir uns hiermit den Vorstellungen von M. TRAUBE, der zuerst erkannte, dass bei den Gährungen Oxydationen und Reductionen neben einander verlaufen müssen. Damit ist eigentlich die Auffassung von PASTEUR chemisch nicht mehr haltbar. Aber auch biologisch ist sie nicht richtig, seitdem ich zuerst, später auch DUCLAUX und mein Schüler HOLCHEWNIKOFF und in Bestätigung von dessen Versuchen neuerdings auch RUBNER ermittelten, dass es ganz reine Spaltungen und Reductionen gibt, die bei einem für Aërobiose und Anaërobiose chemisch geeigneten Nährmaterial sogar ausschliesslich bei Luftzutritt und Durchlüften, oder doch mindestens besser verlaufen, als bei Luftabschluss, die also chemisch als reine Umlagerungen von Atomgruppen reine Gährungen im Sinne PASTEUR's sind, biologisch aber gerade umgekehrt verlaufen. Ich habe deshalb schon vor mehreren Jahren, indem ich die Bildung bestimmter Gährungsproducte mit der Nährfähigkeit der Substanz in Verbindung betrachtete, erklärt, dass die «Ursache» nicht in der Anaërobiose, sondern in der Gährfähigkeit, d. h. der Nährfähigkeit und der potentiellen Energie der Substanzen beruht; dass die Gährfähigkeit an sich unabhängig von An- und Abwesenheit von Luft resp. freiem Sauerstoff ist, und dass die Anaërobiose lediglich die Bedeutung hat, dass bei Luftabschluss chemisch die reinste Form der Spaltungsmöglichkeit vorliegt. Tritt Luft oder freier Sauerstoff hinzu, so kann die Spaltung rein bleiben, wie eine Anzahl Fälle bewiesen, trotzdem dies nach PASTEUR's Theorie unmöglich sein müsste, aber sie muss es nicht mehr, und in der Regel tritt sogar die Oxydation d. h. die weitere Zerlegung durch Vermittlung von freiem Sauerstoffe hinzu. In letzterer Weise verlieren, wie ich schon vor Jahren nachgewiesen habe, die Cholerabacterien ihre Fähigkeit der Giftbildung, Milchsäurebacterien ihre Fähigkeit der Vergährung des Zuckers.

Gerade umgekehrt, wie es PASTEUR annahm, wird also die Frage der Anaërobiose zu einer Frage der Constitution der gährungsfähigen Substanzen. Jede Substanz ist gährfähig und bei Luftabschluss für Mikrobien zerlegbar, welche die Atomgruppen zur Synthese des activen Eiweiss der Gährungserreger enthält und bei deren Zerlegung gleichzeitig die nöthige Energie gewonnen werden kann, mit deren Hilfe diese Synthese ausgeführt wird.

(Fortsetzung folgt.)

Sitzung der Section für Hygiene und Medicinalpolizei vom 12. Sept. 1893.

Dr. P. Degener, *Privatdocent, Braunschweig: Ueber den jetzigen Standpunkt der Abwässerfrage bezüglich der Städte und Industrie.* (Autorreferat.)

Leider gestatt die kurz bemessene Frist nur einen Theil dessen vorzubringen, was Redner sonst für diesen Vortrag bestimmt hatte. Er weist darauf hin, dass an Stelle der alten Gossenwässer, welche sämmtliche flüssigen Abgänge der Stadt, auch einen Theil des Harns, enthielten, drei neue Kategorien entstanden seien, die eine,

welche, wie in Berlin, alle Abwässer inclusive der Meteorwässer enthielten, die andere, welche wie in Leipzig, die Fäkalwässer besonders beseitige, die dritte, welche sämmtliche Abwässer ausser den besonders abgeführten Regenwässern, gemeinsam abführe und in einigen Berliner Vororten ausgeführt sei. Alle drei Systeme stehen unter dem Einflusse der häuslichen Wasserleitung, welche letztere Hauptursache der immer allgemeiner werdenden Schwemmcanalisation ist.

Redner bespricht dann kritisch die bisher üblichen Methoden der Abwasserbeseitigung, bezw. Reinigung. Das einfache Entlassen in Flussläufe, wie in München und Hamburg, hält er vom chemischen Standpunkt bei genügender selbstreinigender Kraft der Flüsse für zulässig, nicht aber vom hygienischen, wenn pathogene Organismen zugegen sind. Diese letztern werden durch die Selbstreinigung nicht genügend rasch beseitigt, wie die Beobachtung deutscher Ströme, z. B. der Spree, gerade in diesem Jahre lehrt. Wenn die Dejectionen weniger Schiffer im Stande sind, wasserreiche Ströme zu verseuchen, so erwächst der Hygiene die Pflicht, alle Wege, welche zu solchen Verseuchungen führen können, thunlichst zu verstopfen. Deshalb sind Städte, ganz besonders zur Zeit von Epidemieen, nicht berechtigt, ihre Effluvien undesinficirt in die Flussläufe zu entlassen.

Die chemischen Klärverfahren sind nicht ganz mit Recht zur Zeit in einen unverdient üblen Ruf gekommen. Redner weist auf Grund seiner Untersuchungen nach, wie die abfälligen und widersprechenden Urtheile über die Reinigungswirkung überhaupt auf ungleichen Grundlagen aufgebaut sind. Man hat theils geklärte mit ungeklärten Wässern von verschiedenem Chlorgehalt verglichen, theils den Zustand der Wässer bei der Klärung nicht berücksichtigt. Die chemischen Klärverfahren wirken, wenn auch in bescheidenen Grenzen, reinigend nur dann, wenn die Abwässer noch nicht in fauligem Zustande sich befinden; andernfalls kann sogar eine Vermehrung der gelösten organischen Substanz eintreten. Es kommt also viel auf den Weg an, welchen die Abwässer bis zur Reinigungsstation zurücklegen.

Dagegen ist die chemische Klärung im Nachtheil gegenüber der Bodenfiltration bezüglich der Höhe der entfernbaren fäulnissfähigen Substanz, bezüglich also des Charakters der Fäulnissfähigkeit.

Ein chemisch geklärtes Wasser ist nur begrenzt haltbar, aber selbst dies ist unter Umständen, bei möglichst bald eintretender genügender Verdünnung, von Vortheil. — In Bezug auf die Mikroorganismen, besonders die pathogenen, sind die chemischen Verfahren, überhaupt die apparativen, den Rieselverfahren entschieden überlegen. Denn sie liefern nach den Untersuchungen GROSKAUER's, bei guter Beaufsichtigung, gegenüber den Drainwässern der Berliner Rieselfelder z. B. ein unvergleichlich keimärmeres Wasser und vermögen die abfiltrirten Mikroorganismen sicher zu tödten, wozu das Bodenfilter nicht in der Lage ist. Dieses bietet, da die saprophyten Organismen durchaus nicht immer der pathogenen Herr werden, vielmehr ein Conservirungsmittel für letztere dar, und es kann theils durch Bodenspalten, theils durch abgeerntete Früchte, theils durch die ominösen Nothauslässe und die Drainwässer eine stete Infectionsgefahr bilden.

Eine unangenehme Seite der chemischen Verfahren, ist die Schlammfrage, die fast überall ein onus der betreffenden Anlagen ist.

Das elektrische Verfahren erscheint dem Redner als zu theuer und nicht genügend wirksam, aussichtslos. Desgleichen das sogenannte Lüftungsverfahren, da der nicht verdichtete Luftsauerstoff viel zu wenig wirksam ist. — Dagegen lag in den Vorschlägen des Prof. A. MÜLLER, welche in einer Vorgährung der Effluvien gipfelten, der Keim eines brauchbaren Verfahrens. MÜLLER wies zuerst auf die Wichtigkeit der sogenannten Fäulniss für die Reinigung der Gewässer hin und versuchte sie künstlich nachzubilden, um die Rieselung umgehen zu können. Nach seinem Verfahren konnte dies nicht geschehen, da er nicht dafür sorgte, die Ausscheidungsproducte der Mikroorganismen continuirlich zu entfernen. So war die Gährung nie zu Ende zu bringen. Bei der Buttersäure-, Milchsäuregährung ist dies längst in der Praxis berücksichtigt worden und wir wissen, dass z. B. auch der Cholerabacillus der Alkalien bedarf, um seine Ausscheidungen zu neutralisiren. Vielleicht ist die von AUFRECHT nachgewiesene, der Ernährung der Cholerabacillen so günstige Beschaffenheit des Elbewassers bei Hamburg im vorigen Jahr weniger den Chloriden darin an sich, als dem bedeutenden Lösungsvermögen derselben gegen kohlensauren Kalk zuzuschreiben.

Redner bespricht nun die bei der Bodenfiltration wirksamen Ursachen, und findet als solche: 1. die rein mechanische Filtration; 2. chemische Umsetzungen mit gelösten Bodensalzen; 3. chemische und physikalische Absorptionswirkungen; 4. Oxydationen an der Oberfläche durch verdichteten Luftsauerstoff; 5. Mikroorganismenwirkung. Alle diese Faktoren, welche sich sämmtlich künstlich nachahmen lassen, wirken zusammen, so dass der Zersetzungsprocess in einem quasi durch Oberflächenattraction und Ausfällung concentrirtem Nährsubstrat und fortwährender Entfernung der Ausscheidungsproducte sich sehr rasch vollzieht. Ausser diesem, auf der Ackerkrume selbst verlaufenden Process vollzieht sich ein weiterer Vegetationsprocess innerhalb der die Poren erfüllenden Flüssigkeit. Durch diesen werden die Stoffe, welche vorher nicht absorptionsfähig waren, in den absorptionsfähigen Zustand gebracht. Die Flüssigkeit sinkt immer tiefer, kommt in immer neue Bodenschichten, und ist schliesslich fast vollkommen chemisch gereinigt. Die natürliche und die nachgebildete Bodenfiltration wirken also im Gegensatz zu den chemischen Verfahren um so besser, je intensiver die Fäulniss stattgefunden oder stattfindet.

Es handelt sich somit um eine fraktionirte Absorption, die sich in dem Rieselboden in der Richtung von oben nach unten vollzieht. Redner zieht die Parallele mit der Selbstreinigung der Flüsse, welche er ebenfalls als auf der fraktionirten Absorption durch die Sohle und die Seiten des Flussbettes und in geringerm Masse die suspendirten mineralischen Bestandtheile des Flusswassers (Detritus der Gebirge) erklärt. Was bei der Bodenrieselung ein Untereinander von Absorptionsschichten sei, stelle sich bei der Flussreinigung als ein Hintereinander dar. Die allseitige Berührung des Flusswassers mit der Flusssohle werde bewirkt durch Diffusionsströmungen, Gefäll, Fischleben, Schifffahrt, Anstoss an Steine und Ecken u. A. m. Gleichzeitig mit den organischen Substanzen werden natürlich die Mikroorganismen absorbirt.

Was die Gährungserscheinungen in den sogenannten Rieselböden anlangt, unterscheidet Redner zwei Kategorien: die Reductions- und die Oxydationsgährungen.

Unter erstere versteht er solche, welche sich derart vollziehen, dass bei der Zersetzung der stickstoffhaltigen organischen Substanz nur Ammoniak entsteht.

Diese Art Gährungen vollziehen sich:

1. bei ganz oder nahezu vollkommenen Luftabschluss; also z. B. unter Wasser, und gehören hieher die Selbstreinigung der Flüsse, wie die Gebrauchswasser-Sandfiltration, bei denen nie eine Bildung von Salpetersäure beobachtet wird;

2. zwar bei, wenn auch beschränktem, Luftzutritt, aber bei Gegenwart von Stoffen, welche leichter oxydirbar sind, als das gebildete Ammoniak.

Hieher gehören z. B. die Danziger Rieselanlagen bis zum Jahre 1880. Bis dahin zeigen die Wässer der dortigen Abflussgräben keine Spur eines Stickstoffoxydes, nur Ammoniak. Der Grund liegt darin, dass der dortige Dünensand überall durchsetzt ist mit dem sogenannten Fuchssand, einer braunkohlenartigen Substanz, welche leicht oxydirbar ist, und die Entstehung von Salpetersäure deshalb schon im statu nascendi hindert. Jetzt, nachdem der Fuchssand fast überall ausgespült ist, beginnt auch auf den Danziger Anlagen die Nitrification. Denn der inzwischen gebildete, schwarze, in verdünntem Ammoniak unlösliche Humus hindert sie nicht, wie die braune, in genanntem Alkali leicht lösliche Braunkohlensubstanz.

Ganz anders verhalten sich die Berliner Rieselfelder. Hier finden wir — neben einer Anfangs verlaufenden Reductionsgährung — offenbar am Ende der Rieselwirkung die zweite erwähnte Kategorie der Fäulnisserscheinungen: die Oxydationsgährung. Diese vollzieht sich natürlich räumlich und zeitlich getrennt von der Reductionsgährung und hat zwei Voraussetzungen: Abwesen-

heit von **leichter** oxydirbarer Substanz als Ammoniak und Anwesenheit von Sauerstoff. Sie tritt besonders charakteristisch und im Gegensatz zur Gebrauchswasser-Sandfiltration, welche continuirlich d. h. ohne Luftzufuhr, arbeitet, in der intermittirenden Sandfiltration, welche 6 Stunden mit vollem, 18 mit leerem Filter arbeitet, auf. Bei jener entstehen keine Oxyde des Stickstoffs, bei dieser massenhaft. Wie diese beiden Filtrationsarten, so verhalten sich die Berliner und die Danziger (bis 1880) Rieselanlagen gegen einander. Tritt bei jenen keine Spur Salpeter- und salpetriger Säure auf, so bei diesen in grösster Menge. Die Breslauer Anlagen stehen etwa in der Mitte, mehr nach den Danziger zu.

Redner gibt den Danziger Anlagen den Vorzug; aus finanziellen Gründen, weil in Berlin im Drainwasser etwa die Hälfte des Stickstoffs in Form unabsorbirbarer Nitrate verloren geht, in Danzig nur etwa ein siebentel, in Breslau noch nicht ein Zehntel (bei der für diese Berechnung angenommenen Gleichheit der auf- und abfliessenden Wassermengen). Ferner hat Redner Bedenken über die grosse Menge **Nitrite** in den Berliner Abzugswässern. Nicht allein der lokal oder zu Zeiten directen hygienischen Bedenklichkeit dieser giftigen Verbindungen wegen, sondern weil er der Ansicht zuneigt, dass der Entstehung von Nitriten günstige Verhältnisse von Einfluss auf die **Virulenz pathogener Organismen** sein können. Er weist darauf hin, dass die beiden Endglieder der in Betracht kommenden Stickstoffverbindungen, Ammoniak und Salpetersäure, neutralisirt, hygienisch unbedenklich sind, dass aber alle **intermediären Oxydationsproducte des Stickstoffs**, Hydroxylamin, salpetrige Säure etc., und höchstwahrscheinlich auch viele oder alle hieher gehörigen kohlenstoffhaltigen Derivate des **unvollkommen oxydirten Stickstoffs giftig** sind. Er glaubt, dass Mikroorganismen solche Gifte besonders dann produciren, wenn sie bei **ungenügendem** Sauerstoffzutritt sich entwickeln; vielleicht entdecke man bei weiterem Studium dieser Erscheinung den Grund, weshalb vielfach das **Sinken des Grundwasserstandes** mit dem Auftreten von Epidemien zusammenfällt.

Die Thätigkeit der Pflanzenwurzel bei den Rieselprocessen, beschränkt sich nach dem Redner nur auf die Wiederherstellung der Absorptionsfähigkeit der Ackerkrume. Er erwähnt dann von ihm vorgenommene Versuche, die Rieselfactoren in verbesserter Weise künstlich nachzuahmen; er hält dies Ziel für erreichbar, da dieselben sämmtlich in concentrirterer Form angewendet werden können und da man einen Hauptfehler der Berieselung, den auch die PETRI'sche Torffiltration beging, vermeiden kann, und der darin lag, dass man überall mit den **erschöpftesten** Bodenpartien, den obersten, immer die **schmutzigsten** Jauchen zusammenbringt. Die hiedurch bedingten Unzuträglichkeiten kann man nur durch grosse Areale ausgleichen. Ein Abwasser aber, dessen complexe Verbindungen alle zersetzt sind, dessen Verunreinigung eigentlich nur noch im Ammoniakgehalt besteht, kann durch ein ganz geringes Bodenquantum endgiltig gereinigt und ausgenutzt werden. Redner verlangt daher aus ökonomischen wie aus hygienischen Gründen eine Vorklärung des zur Rieselung bestimmten Wassers. Schliesslich fasst er seine Ausführungen in Schlusssätzen zusammen, bezüglich deren wir auf das Original (Deutsche medicinische Wochenschrift, sowie das Tagblatt der Versammlung) verweisen, und spricht den Stadtverwaltungen von Berlin, Danzig, Breslau, Potsdam, Braunschweig, einigen Fabriken und dem Ingenieur W. ROTHE, welche alle ihn bei seinen Arbeiten lebhaft unterstützt haben, seinen Dank aus.

In der anschliessenden Debatte verwahrt PRAUSNITZ-München sich gegen des Redners Schlüsse, soweit sie München und die Isar beträfen; hier wären die Verhältnisse vollkommen klar; SPINOLA-Berlin hält das combinirte Klär-Rieselsystem für Berlin für zu kostspielig; HUEPPE-Prag will die jedesmal zu stellenden Forderungen von Fall zu Fall entscheiden und glaubt nicht, dass die durch DEGENER hervorgehobene Infectionsgefahr ganzer Ströme durch die Dejectionen einzelner Schiffer von der Gefährlichkeit sind, wie man an manchen Stellen jetzt annimmt. DEGENER stellte seine Forderungen nochmals als Maximal- und Ideal-Grenzwerthe dar. Mit solchen müsse die reine Wissenschaft operiren, die Praxis breche ohnehin genug davon ab.

---

2. Sitzung der Abtheilung für innere Medicin am 14. September 1893.*)

Prof. Rosin (Berlin): *Ueber Epilepsie im Gefolge von Herzkrankheiten.*

Der Vortragende beobachtete einen Fall von Herzerkrankung bei einer vorher gesunden Frau, bei welcher im 3. Jahre nach Beginn des Herzleidens ein epileptischer Anfall auftrat, welchem in weiteren 10 Jahren noch 7 Anfälle folgten; ausserdem kamen 5—6 mal im Jahre larvirte Formen vor.

Aus der Literatur erkennt der Vortragende 12 Fälle als einwandsfrei an; er kommt zu folgenden Thesen:

1. Eine Ursache für die Entstehung epileptischer Anfälle können Erkrankungen des Herzens und der Gefässe sein.

2. Man muss die Epilepsie auf das Herzleiden zurückführen, wenn alle übrigen Ursachen auszuschliessen sind.

3. Diese Epilepsie kann zu allen Formen der Herzerkrankung hinzutreten, am häufigsten findet sie sich bei Myodegeneratio und Atheromatose.

4. Sie beruht auf einer Ernährungsstörung im Gehirn und gehört in die Gruppe der Epilepsie in Folge von Gefässerkrankungen.

5. Eine unaufgeklärte individuelle Disposition scheint eine Rolle zu spielen.

6. Der Schlaf wirkt auf die Entstehung der epileptischen Anfälle in eigenartiger Weise ein.

* * *

Prof. Stepp (Nürnberg): *Zur Behandlung des Magengeschwüres.*

Die Durchführung der allgemein üblichen Behandlung des Ulcus mit Diät bei absoluter länger dauernder Ruhe stösst in der Privatpraxis auf häufig nicht überwindbare Hindernisse. Auch die FLEINER'sche Behandlung mit grossen Bismuthdosen ist gut nur im Krankenhause durchführbar. Vortragender übt seit einer Reihe von Jahren eine Behandlung, die sich ihm wohlbewährt hat, nämlich die Verabreichung von Chloroformwasser: Chloroform 1·0, Bismuth. 3·0, Aq. 150·0, ein bis mehrere Gläser täglich; daneben eine entsprechende Diät; Bettruhe ist nicht erforderlich. Das Chloroformwasser vermeidet eine schädliche Einwirkung auf die Geschwürsfläche und übt zugleich einen leichten Reiz aus. Vortragender gibt eine Reihe von Krankengeschichten von zum Theil sehr schweren Fällen, in welchen seine Methode vorzügliche Resultate ergab. Eine nachtheilige Wirkung wurde nie beobachtet; niemals trat narkotische Wirkung ein.

Discussion: BOAS-Berlin wendet sich strenge gegen die Sondeneinführung bei Ulcus, welche FLEINER übt. Auch er wendet eine Behandlungsmethode an, welche Bettruhe nicht erfordert, nämlich die Argentum nitricum-Behandlung (0·03/120·0; 3 mal täglich 1 Esslöffel).

In hartnäckigen Fällen leistet ihm die Abstinenzcur sehr gutes; bei 2—3 wöchentlicher reiner Rectalernährung bestehen die Patienten ganz gut.

Für die Diagnose des Ulcus legt er auf die Druckpunkte viel Gewicht; in ein Drittel der Fälle constant fand er einen Druckpunkt links von der Wirbelsäule in der Gegend des 10.—12. Brustwirbels.

Dr. SEILER-Dresden stellt die Diagnose Ulcus — welche viel zu häufig gestellt wird — nur, wenn ein Druckpunkt im linken Hypochondrium entsprechend der grossen Curvatur vorhanden ist und wenn er selbst eine Hämatemesis gesehen hat.

Prof. ROSENBACH-Breslau stimmt Dr. SEILER bei, dass man ein Ulcus nur da diagnosticire, wo ein Bluterguss mit Sicherheit auf den Magen bezogen werden kann. Auf die Druckpunkte ist wenig Gewicht zu legen; sie haben zu bestimmten anatomischen Läsionen keine Beziehung, sondern sind meist nervöse Symptome.

*) Nach den Berichten der Münchener med. Wochenschr.

Sitzung der Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie am 12. September 1893.

Prof. Bumm (Würzburg): *Zur Behandlung der Sterilität der Frau*

Für die Behandlung, die hiebei auf der Herstellung eines möglichst günstigen Verhältnisses für die Ueberleitung des Spermas in den Uterus beruht, empfiehlt Vortragender die Massage. Er unterscheidet hiebei folgende Arten der Anwendung derselben:

I. Palpationsmassage des Uterus und der Adnexe. Dieselbe wird ausgeführt wie die bimanuelle Untersuchung. Man sucht sich die einzelnen Abschnitte des Genitaltractus genau abzutasten; sie dient mehr zur Einübung der Patientin, auch werden dabei kleine Hindernisse, wie entzündliche Processe am Ovarium etc. beseitigt. Vortragender sah günstige Erfolge davon besonders bei der sogenannten Einkindsterilität.

II. Massage des Scheidengewölbes bei unwillkürlichem Abfluss des Spermas sofort nach dem Coitus (in manchen Gegenden werde zur Vermeidung einer Conception das Sperma willkürlich herausgepresst). Der Grund hiefür beruhe nicht in einer abnormen Schlaffheit des Beckenbodens, sondern in einer Kürze der vorderen Scheidenwand, Enge des Scheidengewölbes oder abnormen Thätigkeit der Bauchpresse. Bisher habe man dagegen angewandt die Tamponade der Scheide mit Gaze oder Watte, das Einlegen von BOZEMANN'schen Kugeln. Sicher sei dagegen mehr durch wochenlang fortgesetzte systematische Dehnung des Scheidengewölbes sowie durch Massage der Bauchdecken zu erreichen.

III. Massage der Cervixmucosa. Vielfach finden sich knorpelige Verdickungen der Cervixmucosa, harte Wülste ragen gleich Kämmen gegen das Lumen des Cervixcanales vor; mikroskopisch finden sich Retentionscysten und Bindegewebshyperplasien. Natürlich sind hiebei die Veränderungen der ganzen Cervicalportion wie Portiohypertrophie, Ektropium auszunehmen, die eine operative Beseitigung erheischen. Im anderen Falle dagegen leistet eine methodische Dilatation mit Laminariastiften oder instrumentellen Dilatatorien gute Dienste; nach 4—5 Wochen wird das Secret dünnflüssiger, die Härten schwinden.

Discussion: KALTENBACH weist auf die verschiedenen Gruppen der Indicationen und der Wirkungsweise der Massage bei Sterilität hin; so wird die Dehnung alter Adhäsionen besonders bei der sogenannten Einkindsterilität hauptsächlich dadurch wirken, dass die bei der ersten Geburt acquirirte Parametritis posterior beseitigt wird. Die Wirkungsweise der sogenannten Palpationsmassage beruhe wohl zumeist auf einer Beseitigung der sexuellen Anästhesie; doch müsse man gerade hiebei mit der grössten Vorsicht zu Werke gehen. Die Weite der Uterusöffnung allein sei für das Zustandekommen einer Conception nicht massgebend, sondern auch die Aspirationsfähigkeit des Uterus, die eventuell durch Kneten der Uteruswand gebessert werden kann. Die knorpeligen Veränderungen, welche den Mangel an Dehnbarkeit und Elasticität bedingen, finden sich nicht in der Cervixmucosa sondern in der Collumwand selbst.

61. Jahresversammlung der „British Medical Association".

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

Discussion über puerperale Septicämie.

Dr. Robert Barnes: Einführung in die Discussion: Wenn es sich um das Studium irgend welcher grossen Frage handelt, so ist man natürlich versucht, mit einer historischen Uebersicht des zu behandelnden Gegenstandes zu beginnen, aber die Zeit und das Bewusstsein, dass ich Ihnen in dieser Beziehung nicht mehr erzählen kann, als Sie selbst wissen, verbieten mir dies zu thun. Es genügt mir, in dieser Stadt, die wegen so mancher hervorragender Leistungen berühmt ist, eines ihrer berühmtesten Bürger zu gedenken, dessen Name gerade jetzt bei dieser Gelegenheit gefeiert wird. Ich brauche kaum zu sagen, dass es der Name JOHN ARMSTRONG's ist. Ich erinnere mich noch sehr wohl daran, dass sein Buch das erste medicinische Werk war, das ich las.

Lasset uns nun gleich zu unserem Gegenstande übergehen und uns die Frage vorlegen: «Was ist puerperale Septicämie?» Diese Frage wirft auch zu gleicher Zeit eine andere analoge Frage auf, nämlich die Frage: «Was ist puerperale Pyämie?» Diese Ausdrücke werden oft in einem willkürlichen und allgemeinen Sinne gebraucht.

Wenn wir die streng ethymologische Bedeutung dieser Bezeichnungen in Betracht ziehen, so verstehen wir natürlich unter Septicämie eine Vergiftung des Blutes durch putride oder sich zersetzende Massen, während wir unter Pyämie eine Vergiftung durch Eiter verstehen.

Wir begegnen hier einer Schwierigkeit, die sich häufig geltend macht, wenn es sich darum handelt, eine strenge Definition eines pathologischen Zustandes zu bilden. Können wir behaupten, dass sich putride Massen oder Eiter im Geburtscanale jemals ohne das Hinzutreten von Luft, oder wofern sie nicht durch eine andere Materie angeregt werden, bilden? Oder, um das Problem durch andere Worten auszudrücken — gibt es ein solches Ding wie eine wahre endogenetische puerperale Septicämie oder Pyämie? Ich bezweifle es.

Wenn wir nun fortfahren, diese Ausdrücke zu gebrauchen so müssen wir uns damit begnügen, sie in ihrer abstracten oder ethymologischen Bedeutung zu gebrauchen. Es ist bei weitem philosophischer und praktischer einen allgemeinen Terminus zu gebrauchen, wie z. B. puerperale Pyrexie oder Puerperalfieber, da diese Bezeichnung alle Formen der Blutstörungen in sich einschliesst, und die uns auch auf keine dogmatische oder absolute Theorie anweist, sondern die uns nur die Richtung unserer klinischen und pathologischen Analyse anzeigt.

Eine Definition oder eine unbewusste Sythese stellt zu oft ein blindes Durcheinanderwerfen unbekannter Factoren dar, während die Analyse eine rationelle Verfolgung der Wahrheit bedeutet, indem wir die zusammensetzenden Elemente derselben mit Sorgfalt zu erforschen uns bemühen.

Das Wochenbettfieber eine vermeidbare Krankheit.

Es ist nicht nöthig, die Nützlichkeit dieser Discussion zu begründen. Obgleich man diesem Gegenstande während der letzten fünfzig Jahre fortwährend die entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt hat, und obgleich unsere Kenntnisse betreffend die Septicämie in ihren verschiedenen Formen sehr zugenommen haben, so kann doch nicht behauptet werden, dass die Anwendung dieses Wissens eine durchaus zufriedenstellende war. Puerperale Septicämie oder puerperales Fieber besteht noch immer und verursacht eine beklagenswerthe Mortalität. Eine cardinale Thatsache jedoch steht fest, nämlich die, dass allüberall dort, wo die Autorität und die Geschicklichkeit der Aerzte frei zur Geltung gekommen ist, die Mortalität im Wochenbett fast auf ein Minimum reducirt worden ist, und dass dort, wo dies nicht der Fall war, eine überaus grosse Mortalität im Wochenbett noch immer besteht. Ich will keine ausführlichen statistischen Daten anführen, um diese Behauptung zu rechtfertigen, es genügt die diesbezüglichen allgemeinen Schlussfolgerungen zu erwähnen. Dr. BOXALL*), der die diesbezüglichen Ziffern aus dem Physikatsamte bis auf die allerletzte Zeit anführt, hat uns das bestätigt, was bereits bekannt war, nämlich, dass die Mortalität im Wochenbett in England und Wales nicht erheblich abgenommen hat, dass das Puerperalfieber in der Provinz sogar zugenommen hat, während in den Spitälern der Erfolg, dem Puerperalfieber vorzubeugen, ein so überraschender war, dass es gar keinem Zweifel unterliegt, dass das Kindbettfieber zu den am meisten vermeidbaren Krankheiten gehört. Dr. WILLIAMS, aus Cardiff, der unlängst im Unterhause dafür eingetreten war, dass nur die diplomirten Hebammen zur Ausübung ihres Berufes zugelassen werden sollen, führte als Beleg für seine Forderung die Thatsache an, dass unter einer Bevölkerung von 13.000 Menschen 32 Frauen dem Puerperalfieber innerhalb von fünf Jahren zum Opfer fielen, und dass diese Calamität auf Rechnung der Unwissenheit und der Fahrlässigkeit der Hebammen kam, die in vielen Fällen die Krankheit

*) Lancet. Juli 1893.

von einer Patientin auf die andere Patientin übertragen. Aehnlichen Erscheinungen begegnet man, wie wir wissen, nicht selten. Es folgt daraus mit aller Klarheit, dass man die geburtshilfliche Praxis derselben Controle unterwerfen müsse, wie es die ist, welche die Spitalpraxis so erfolgreich gestaltet hat.

So lange als Todesfälle in Folge von Puerperalfieber in den Mortalitätsstatistiken figurirt, so lange muss die Aufmerksamkeit der Aerzte und der Sanitätsbehörden auf diesen Gegenstand streng gerichtet sein. Ich glaube noch immer, dass die erste, rationellste und nützlichste Eintheilung der Ursachen des Puerperalfiebers die folgende ist:

1. Diejenigen Ursachen, welche in dem Individuum selbst entstehen, welche wesentlich das Product des puerperalen Processes sind.

2. Diejenigen Ursachen, welche ausserhalb der Kranken ihren Ursprung nehmen, und die ihr gewissermassen inoculirt werden.

Ich hatte ursprünglich die Ausdrücke «autogenetisch» und «heterogenetisch» gebraucht; die Ausdrücke «endogenetisch» und «exogenetisch» scheinen mir jedoch, streng genommen, correcter zu sein.

A. Endogenetische Septicämie

Die endogenetische Septicaemie lässt sich wie folgt beschreiben: Die Materie, die nach der Geburt vielleicht zuerst in das Circulationssystem übergeht, ist das flüssige Exsudat, zumeist ein seröses, in den uterinen und periuterinen Geweben. Die Quantität desselben ist oft eine beträchtliche, zumal wenn die Nieren nicht gehörig functioniren, wie z. B. in dem Falle von Albuminurie. Die zweite Materie, die absorbirt wird, ist VIRCHOW's «physiologisches Fett» das Entstehungsproduct der fettigen Verflüssigung der jetzt überflüssigen Gewebe. Ein drittes Moment bildet die Anhäufung der Milchsäure und anderer Producte der Muskelzersetzung, die sich als Folge der Arbeit während der Geburt geltend macht. Dieser Process ist ein streng physiologischer und dient dem Zwecke, das Vacum im Circulationssystem mit gesunder Materie auszufüllen und so die Milchsecretion zu befördern und das Einwandern ungesunder Stoffe abzuhalten. Dann kommt der Lochialausfluss in Betracht, der in der Uterushöhle und in der Vagina frei zu Tage liegt. Während ungefähr der ersten 24 Stunden besteht derselbe aus reinem Blut. Derselbe sollte seinen Weg nach Aussen nehmen, wenn er jedoch in dem Geburtskanal zurückgehalten wird, so kann er leicht absorbirt werden. Reines Blut ist sicherlich etwas ganz harmloses und kann sogar von wohlthuendem Einflusse sein.

Soweit kann weder von einem Gift noch von einer Sepsis die Rede sein; aber die absorbirte Materie muss auf eine der zwei folgenden Arten versorgt werden: 1. Sie muss den normalen metabolistischen Process durchmachen; sie wird so in der Bildung von neuem Gewebe und in der Secretion von Milch verbraucht; 2. der zurückbleibende Theil, der nicht so umgewandelt wird, muss durch die Excretionsorgane eliminirt werden. Nehmen wir nun an, dass dieser normale Vorgang hintangehalten wird. Die zurückgehaltenen Massen, da sie ihrer ihnen zukommenden metabolischen Veränderungen und Bestimmung entbehrt, gehen andere Veränderungen schädlicher Natur ein, die Fieber erzeugen. In diesem Falle haben wir somit den einfachsten Typus einer endogenetischen Septicämie.

Eine andere Form der endogenetischen Septicämie entsteht dann, wenn der Lochialausfluss, indem er in abnormer Art im Geburtskanal zurückgehalten wird, einer fauligen Zersetzung unterliegt und dann resorbirt wird. Diese Form ist mit der zweiten oder exogenetischen Form der Septicämie eng verwandt und geht leicht in dieselbe über. Es ist in der That in vielen Fällen schwer, einen wirklichen Unterschied zu treffen. Wenn Blut in dem Uterus bei Abschluss der Luft zurückgehalten wird, so wird kaum Fäulniss eintreten. Es unterliegt keinem Zweifel — und ich spreche aus genauer Erfahrung — dass Blut, welches lange in einem verschlossenen Uterus zurückgehalten wird, schädliche Veränderungen eingeht, und dass es, wenn dasselbe resorbirt wird, zur Enstehung einer Form von Toxämie Veranlassung gibt; aber es gibt einen wesentlichen Unterschied zwischen diesem streng endogenetischen Processe und demjenigen, in welchem die Luft freien Zutritt hat. In dem letztgenannten Falle kann die Luft Infectionskeime mit sich hineinbringen und auf einem günstigen Boden Fäulniss erzeugen. Hier haben wir es somit mit einer gemischten Form von endogenetischer und exogenetischer Septicämie zu thun.

B. Exogenetische Septicämie.

Dies führt uns zur zweiten Reihe der Fälle der exogenetischen Septicämie, in denen das Gift oder der Gift erzeugende Factor von aussen her in den Organismus hineingebracht wird, ein Gift, welches bei der puerperalen Constitution eine specielle Virulenz entwickelt.

Es ist in der That nicht immer leicht zwischen den verschiedenen Arten der endogenetischen und exogenetischen Formen am Krankenbette zu unterscheiden; aber diese Unterscheidung hat sowohl ihren praktischen, als wie auch ihren wissenschaftlichen Werth. Wenn wir die Wahrheit der Theorie anerkennen, dass es zwei grosse Quellen für das Puerperalfieber gibt, so sehen wir auch sofort ein, dass die Vorsichtsmassregeln sehr ausgedehnte sein müssen, um so jeder möglichen Quelle der Gefahr zu entgehen. Das einzig richtige Vorgehen besteht also darin, die Wöchnerin so weit vorzubereiten und zu kräftigen, dass alle endogenetischen Ursachen vermieden werden, und wenn dies erreicht ist, so werden wir auch dadurch sehr viel dazu beigetragen haben, dieselbe gegen die Invasion exogenetischer Ursachen zu schützen, und wenn es uns auch nicht gelingen kann, diese exogenetischen Factore abzuhalten, so werden wir auf jeden Fall ihre Virulenz dadurch reducirt haben, dass wir den Organismus möglichst in Stand setzen, diese schädlichen äusseren Ursachen zu bekämpfen.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Beiträge zur Kinderheilkunde.

Aus dem I. öffentlichen Kinderkrankeninstitute in Wien.
Herausgegeben von **Prof. Dr. M. Kassowitz**.
Neue Folge IV. — 111 Seiten.
Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Den Inhalt des vorliegenden Heftes bilden eine Arbeit von H. BORAL «Studien über Kindertetanie», ein Vortrag von KASSOWITZ «Ueber Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung», zwei kasuistische Mittheilungen Th. v. GENSER's «Traumatische Schädelfissur, Rachitis tarda» und «Ein Fall von schnellendem Finger», ferner ein bereits in der Wiener medicinischen Wochenschrift veröffentlichter Artikel von KASSOWITZ «Ueber Stimmritzenkrampf und Tetanie im Kindesalter» und schliesslich eine Studie von L. ROSENBERG «Casuistische Beiträge zur Kenntniss der cerebralen Kinderlähmungen und der Epilepsie.»

Die fast die Hälfte des Heftes einnehmende Arbeit von KASSOWITZ über Stimmritzenkrampf und Tetanie ist eine in überaus scharfem Tone gehaltene, doch völlig sachliche Polemik gegen einen im vorigen Jahre erschienenen, dasselbe Thema behandelnden Artikel von Johann LOOS, dem Assistenten der Grazer Kinderklinik. Dieser Autor hat den Nachweis zu bringen gesucht, dass einerseits Laryngospasmus nichts Anderes sei, als ein Symptom der Tetanie und dass andererseits diese mit Rachitis in keinem causalen Zusammenhang stehe. Demgemäss zerfällt KASSOWITZ's Erwiderung in zwei Theile, der eine beschäftigt sich mit den Beziehungen des Laryngospasmus zur Rachitis, der zweite sucht den Zusammenhang von Stimmritzenkrampf und Tetanie unter einander und mit der Rachitis zu beleuchten.

Den Causalnexus zwischen Rachitis und Laryngospasmus, der bereits Gemeingut der Wissenschaft geworden war, bringt KASSOWITZ neuerdings in überzeugender Weise zum Ausdruck. Auf Grund eigener Beobachtungen und solcher anderer Autoren gelingt es ihm, ein erdrückendes Material für die von ihm seinerzeit aufgedeckte Thatsache zu bringen, dass Laryngospasmus fast immer mit ausgeprägter Rachitis, sehr häufig mit florider Schädelrachitis einhergehe und demgemäss durch die antirachitische Phosphorbehandlung auch binnen kurzer Zeit günstig beeinflusst werde. Der Behauptung

von Loos, dass er bei seinen Fällen von Stimmritzenkrampf Zeichen von Rachitis vermisst habe, geht Kassowitz dadurch kritisch zu Leibe, dass er unter den von Loos zur Stütze seiner Ansicht angeführten Krankengeschichten theils Angaben findet, welche zweifellos auf thatsächlich bestehende Rachitis hinweisen, theils für die Diagnose dieser Krankheit bezeichnende Symptome, so das Verhalten der Zähne in den Loos'schen Fällen, als fehlend hervorhebt.

In dem zweiten kürzeren Theil seiner Arbeit, welche die Beziehungen von Laryngospasmus zur Tetanie und diese zur Rachitis behandelt, kommt Kassowitz auf Grund einer angeführten Beobachtungsreihe zu dem Resultat, dass Stimmritzenkrampf wohl manchmal, durchaus aber nicht immer mit Tetanie vergesellschaftet sei, dass hingegen infantile Tetanie, ebenso wie wir es von Laryngospasmus wissen, in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle mit floríder Rachitis zusammenhängt.

Eine Ergänzung dieser Untersuchungen Kassowitz's bietet die bereits im August des vorigen Jahres fertiggestellte Mittheilung Boral's «Ueber Kindertetanie.» Die Schlüsse dieser sorgfältigen das Ambulantenmaterial eines Jahres auf der Abtheilung Hochsinger bearbeitenden Publication decken sich vollständig mit den von Kassowitz selbst in obenerwähnter Arbeit ausgesprochenen Folgerungen. Von Interesse ist in Boral's Studie die Beschreibung einiger Fälle mit der von Kassowitz als «exspiratorische Apnoë» dem Laryngospasmus als Analogon zur Seite gestellten Krankheitserscheinung, für welche Boral einige recht instructive Beispiele angeführt bringt.

In dem für die vorjährige Naturforscher-Versammlung in Nürnberg bestimmt gewesenen Vortrag Kassowitz's «Ueber Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung» begegnen wir den bekannten Ansichten des Autors über das Fehlen eines jeden Zusammenhanges von örtlichen oder allgemeinen Störungen mit dem Dentitionsprocess. Dass durch Darlegung dieser Thatsachen nicht, wie ihm vorgeworfen wurde, nur Bekanntes wiederholt und thatsächlich «der Wahn der Zahndiarrhoe, der Zahnkrämpfe, des Zahnhustens etc.» von den moderen Aerzten bereits abgestreift sei, sucht Kassowiz durch den Hinweis auf die gangbaren Lehr- und Handbücher der Kinderheilkunde, namentlich aber auf die in Frankreich, England, Italien noch vielfach geübte Scarification des Zahnfleisches bei «erschwerter» Dentition zu entkräften. Der formvollendet geschriebene Vortrag schliesst mit einem warmen Appell an die Aerzte auf Grund eigener, thatsächlicher Beobachtungen sich selbst von der Richtigkeit des dargelegten Standpunktes zu überzeugen.

Von beiden Mittheilungen Th. v. Genser's bietet diejenige über «Traumatische Schädelfissur, Rachitis tarda» wegen der Seltenheit des Falles (12jähriger Knabe mit verringertem Wachsthum, Knochendeformitäten, k e i n e Zähne) und der sichtbaren Wirkung des Phosphor einen interessanten Beitrag zur Casuistik der Rachitis.

Die letzte Arbeit des Heftes, Rosenberg's «Casuistische Beiträge zur Kenntniss der cerebralen Kinderlähmungen und der Epilepsie» stammt aus dem von Freud geleiteten Nervenambulatorium des Instituts und reiht sich den massgebenden Publicationen, welche Freud allein und im Verein mit Rie über die cerebralen Kinderlähmungen veröffentlicht hat, als interessanter Beitrag an. Rosenberg zeigt an 4 Fällen, wie sich unter dem Bilde einer scheinbar genuinen Epilepsie Zustände verbergen können, welche bei genauerer Untersuchung deutliche Zeichen von cerebraler Kinderlähmung aufweisen, so dass den vorhandenen Krampfanfällen nur eine symptomatische Bedeutung zukommt. Die Epilepsie kann hiebei alle Formen, von schweren allgemeinen Krämpfen bis zum kaum erkennbaren «petit mal» annehmen, die motorischen Zeichen können sich von deutlicher halbseitiger Parese zu schwach angedeuteter Hypertonie der Beine abstufen.

Rosenberg spricht auf Grund seiner gründlichen Beobachtungen die anregende Vermuthung aus, dass möglicherweise eine jede «genuine» Epilepsie als Symptom einer Cerebrallähmung aufzufassen sei, bei der geringfügige motorische Erscheinungen keinen Ausdruck gefunden hätten.

Nicht direct in das behandelte Gebiet gehörig, aber nicht minder interessant ist ein sorgfältig beobachteter Fall in Rosenberg's Arbeit, bei welchem sich an einem 4jährigen Mädchen die Diagnose einer Hemiplegie in Folge von Embolie nach Endocarditis und Scharlach mit Sicherheit stellen liess.

Für die am Schlusse dieser Beobachtung ausgesprochene Ansicht des Autors, dass bei centralen Facialisparesen, eine mässige Betheiligung des oberen Astes eher die Regel als die Ausnahme ist, wäre freilich, nachdem dadurch eine allgemein giltige Regel umgestossen wird, eine auf mehr als den einen angeführten Fall sich beziehende Casuistik wünschenswerth gewesen. *J. Z.*

Mikroskopie und Chemie am Krankenbett.

Von **A. Lenhartz.**

Verlag von J u l i u s S p r i n g e r. Berlin 1892.

Ein Büchlein, das trotz des geringen Umfanges von nicht ganz 300 Seiten eine complete Darstellung sämmtlicher mikroskopischer und chemischer Methoden enthält. Auch die Ergebnisse der neuesten Forschungen finden ausgiebige Berücksichtigung, was besonders in den Capiteln über parasitäre Erkrankungen und Blutkrankheiten das Buch werthvoll macht. Dasselbe kann auch dem am Krankenbette wissenschaftlich forschenden Arzte als Leitfaden und Nachschlagebuch dienen. Für den Lernenden werden die präcise ausgearbeiteten diagnostischen Sätze eine angenehme Beigabe sein.

Die äussere Ausstattung ist das Beste, was bisher geleistet wurde. Insbesondere sind die colorirten Tafeln, die Bacterien und Blutbilder darstellen, an Naturwahrheit und Klarheit den Bildern, die man gewöhnlich in den Handbüchern zu sehen bekommt, weit überlegen. *F.*

Compendium der Augenheilkunde.

Für Studirende und Aerzte.

Von **Dr. Paul Silex.**

Mit 48 Abbildungen.

2. vermehrte und verbesserte Auflage.

Verlag von S. K a r g e r. Berlin 1893.

Die günstige Vorhersage, die wir dem Werkchen bei seinem ersten Erscheinen gestellt, ist eingetroffen, denn rasch ist eine neue Ausgabe nöthig geworden. Zahlreiche instructive Abbildungen, eine umfassende Darstellung der in letzter Zeit so zu Ansehen gekommenen Retinoskopie, sowie endlich eine detaillirte Receptur für die oculistische Praxis, erhöhen den Werth des Buches. *A. P.*

Zeitungsschau.

Aus dem Laboratorium der medicinischen Universitätsklinik zu Strassburg im E.

Thomas: Ueber die Erzeugung der Cholera von der Blutbahn aus und die prädisponirende Rolle des Alkohols. (Archiv für experimentelle Phathologie und Pharmakologie Bd. 32, 1. und 2. Heft 1893.)

Bekanntlich fallen die Versuche, die mit den Commabacillen an Thieren in der bis jetzt üblichen Weise angestellt werden, nicht ganz einwandsfrei aus. Es war daher erwünscht eine Methode auszubilden, die auch an Thieren richtige Choleraerscheinungen zu Stande bringen könnte. Als eine solche erwies sich dem Verfasser die intravenöse Injection von Commabacillen, die an Kaninchen am bequemsten, ohne Anwendung irgend welcher sonstiger Vorbereitungsmaassregeln, in die Ohrvene ausgeführt werden kann.

Die Versuche wurden an 30 Kaninchen ausgeführt, von denen die meisten nach 18—36 Stunden, 2 nach 3 Tagen, 2 andere nach 4 Tagen starben.

Es zeigten sich bei diesen Versuche folgende klinische Symptome: Durchfälle, Krämpfe, Algidität. Andererseits ergab die Section die characteristischen pathologisch-anatomischen Läsionen, die schwappenden Dünndärme mit Ekchymosirung der Schleimhaut und starker Injektion der Serosa und «Mehlsuppen-» oder Reiswasserinhalt. Endlich wurden in jedem Falle aus den Faeces die Commabacillen nahezu in Reincultur, in vereinzelten Fällen direct in Reincultur gewonnen.

Nach den Resultaten dieser Versuche zu urtheilen, scheint also ein Uebergang der Commabacillen von Blut in ein Secret oder vielmehr Excret, hier Darminhalt, stattgefunden zu haben. Diese Möglichkeit wurde und wird noch jetzt vielfach bestritten.

Während z. B. PERNICE und SCAGLIOSI dafür plaidiren, dass ein Uebergang der Bacillen von den Blut- oder Lymphbahnen in Galle und Harn stattfindet, behauptet WYSSOKOWITSCH, dass physiologischer Weise, bei normaler Leber, Niere und intactem Darm die Bacillen in die Galle, den Harn und Darminhalt nicht übertreten können. Verfasser versuchte nun diese Controverse einer Lösung zuzuführen.

In einer Versuchsreihe wurden nicht tödtliche Dosen von Commabacillen in die Ohrvene gesunder Kaninchen injicirt und die Thiere zu verschiedenen Zeiten nach den Injectionen getödtet.

Die Gallenblase und der Darm wurden unter allen Cautelen geöffnet und Proben auf Bacillen überimpft.

In einer zweiten Versuchsreihe wurde den Kaninchen eine Ductus choledochus-Fistel angelegt, eine Glascanüle mit Kautschukröhrchen in den doppelt unterbundenen und in der Mitte durchtrennten Ductus eingeführt und vor und nach der Injection der Commabacillen Gallenproben entnommen.

Es stellte sich daher heraus, dass bei Applikation von nicht tödtlichen Dosen die Thiere ohne Choledochusfistel keine, mit Fistel schon $^1/_2$ Stunde Commabacillen in die Galle übertreten liessen und dass die Anwendung von tödtlichen Dosen unter allen Umständen, mit oder ohne Fistel, einen Uebertritt der Bacillen in die Galle zur Folge hatte.

Bei der Section der Thiere mit Fistel wurden auch im Darminhalte, trotz des completen Verschlusses des Ductus Choledochus gegen das Duodenum Commabacillen durch Culturen nachgewiesen. Somit ist der Beweis erbracht, dass die Bacillen sowohl durch die Galle als auch direct durch die Darmwandung in den Darminhalt gelangen können.

Während der Choleraepidemien erkranken in der Regel leichter diejenigen Leute, die sich Excessen in geistigen Getränken hingeben. Daran anknüpfend versuchte Verfasser durch das Thierexperiment die prädisponirende Rolle des Alkohols nachzuweisen. Diese Versuche wurden an 11 Kaninchen angestellt.

Es wurde alkoholisirten und normalen Kaninchen eine und dieselbe nicht giftige Dosis von Commabacillen injicirt. Es zeigte sich, dass die alkoholisirten Kaninchen zu Grunde gingen und dass der Darminhalt und das Blut derselben Commabacillen enthielt, während das normale Kaninchen bei derselben und selbst bei höherer Dosis am Leben blieben.

Bei der Section der alkoholisirten Kaninchen waren die Dünndärme schwappend und mit characteristischem rahmartigen Inhalt gefüllt, die Serosa lebhaft injicirt. In den Faeces war der Commabacillus in nahezu Reincultur vorhanden.

Die vorstehenden Versuche ergaben folgende Resultate:

1. Der Commabacillus ist im Stande beim Kaninchen auch bei Injection in die Blutbahn typische Cholera zu erzeugen.

2. Der Commabacillus tritt vom Blut in die Galle und den Darminhalt über:

a) bei Anwendung von tödtlichen Dosen.

b) Bei operativem Eingriff in die Gallenwege.

3. Der Alkohol spielt die Rolle eines mächtigen Adjuvans, indem er die Prädisposition für die Cholerainfektion bis ungefähr auf das 6 fache steigert, nicht nur durch die Beeinträchtigung des Stoffwechsels und der cellularen Funktionen und durch die Erschlaffung der Gefässe, sondern auch besonders durch die Schwächung der bactericiden Fähigkeit des Blutserums. *Rdt.*

Prof. Max Schüller (Berlin): **Untersuchungen über die Aetiologie der sogen. chronisch-rheumatischen Gelenksentzündungen.** (Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 36, 1893.)

Verfasser hat schon in einer früher erschienenen Arbeit über die chronisch-rheumatischen Gelenkentzündungen mitgetheilt, dass er in der chronisch entzündeten Synovialis sowie in dem Gewebe der entzündlich hyperplastischen Gelenkzotten stäbchenartige Gebilde (Bacillen) mit zwei glänzenden Polkörnchen gefunden.

Er hat seitdem Stichimpfungen aus bis dahin noch nicht punktirten oder eröffneten Gelenken bei Affectionen geringeren und schwereren Grades vorgenommen und hiebei den Einstich nach aseptischer Säuberung des betreffenden Gelenkes mit einer von ihm konstruirten, (in einem von ihm angegebenen Sterilisationsapparat) sterilisirten, mit einem genau passenden Stachel versehenen Hohlnadel ausgeführt, woran sich sofort die Impfung in bereitgehaltene Nährgelatine anschloss. Die kleine Stichstelle heilte unter einem antiseptischen Verband stets anstandslos per primam.

Bei diesen Impfungen entwickelten sich immer dieselben kurzen Bacillen, welche Verfasser bei seinen histologischen Untersuchungen in Schnittpräparaten gefunden hatte.

Mit diesen Culturen stellte nun Verfasser verschiedene Thierversuche an und zwar erwiesen sich Kaninchen hiezu am besten geeignet.

Kleine Mengen (etwa 0·1) in das Kniegelenk unter aseptischen Massregeln injicirt, bewirkten nur eine geringe, nach einigen Wochen zurückgehende Anschwellung, grössere Mengen (0·5—1·0) verursachten eine dauernde Gelenkentzündung mit Auftreibung der Gelenkkapsel. Stichimpfungen aus diesen Gelenken ergaben wieder dieselben früher erwähnten kurzen Bacillen.

Nach der Tödtung der Thiere fand sich im Gelenk niemals Eiter, nur wenig leicht getrübte Synovia, dagegen an vielen Stellen der Synovialis theils blassrothe, theils bräunliche dendritisch verzweigte Gelenkzotten, an den Knorpelrändern auch derbe, mehr weisslich gefärbte blattförmig oder fingerförmig auseinanderstehende Zotten mit kolbigen Enden. Die Synova und auch die Zotten, welche den Charakter chronisch entzündlicher Hyperplasien der obersten Zelllagen der Synovialis hatten, enthielten Bacillen. In den anderen Gelenken war nichts Abnormes. Die inneren Organe zeigten keine Erkrankungserscheinungen.

Die Gelenkentzündung dieser Thiere zeigt im Kleinen ein ganz ähnliches Bild, wie es die chronisch-rheumatischen Gelenkentzündungen mit Zottenbildung beim Menschen gewähren. Es ist also wohl der Schluss gestattet, dass die erwähnten Bacillen zu diesen Gelenkentzündungen auch beim Menschen in ursächlicher Beziehung stehen.

Bezüglich der morphologischen Eigenschaften der Bacillen gibt Verfasser an, dass dieselben kurze, plumpe Stäbchen mit einer mittleren seichten Einschnürung und glänzenden Polkörnchen darstellen. Diese letzteren scheinen eigenthümlich beschaffene Protoplasmagebilde zu sein, in welchen sich die Sporen entwickeln. Die Bacillen haben eine Länge gewöhnlich von 2·62 μ und eine Breite von 0·75—0·99 μ und färben sich leicht, am besten mit Carbolfuchsin. Von den Tuberkelbacillen sind sie leicht durch Form, Farbenreaction, Wachsthumsverhältnisse zu unterscheiden.

Verfasser beschreibt hierauf das Wachsthum der Bacillenculturen auf den verschiedenen Nährböden und bemerkt zum Schluss, dass nach den obigen Untersuchungen, welche die Entstehung der chronischen Gelenkentzündungen mit Gelenkzotten-Hyperplasien durch die beschriebenen Bacillen wahrscheinlich machen, diese Entzündungen, die bisher als rheumatische mit dem acuten Gelenksrheumatismus in Beziehung gebracht wurden, nunmehr von demselben, bei dem man bacteriologisch gewöhnlich nur Eitercoccen gefunden, als besondere Gruppe zu trennen seien und dass also, wenn acuter Gelenksrheumatismus vorausgegangen, dieser gewissermassen nur den Boden für die chronische Gelenkentzündung vorbereitet, eine Disposition hiefür geschaffen habe. *B. S.*

Dr. H. Hildebrandt (Elberfeld): **Zur Frage nach dem Nährwerth der Albumosen.** (Zeitschrift für Physiologische Chemie Bd. XVIII, Heft 2, 1893.)

In einer früheren Arbeit[1]) hat Verfasser bereits über einige orientirende Thierversuche bezüglich des Nährwerthes eines Albumosen-Präparates[2]) Mittheilung gemacht.

[1]) Verhandlungen des XII. Congresses für Innere Medizin zu Wiesbaden (April 1893).

[2]) Zu den Versuchen benutzte Verf. ein in den Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer u. Co. hergestelltes Präparat, welches wesentlich aus Deutero- und Heteroalbumosen besteht; es gelangt als «Somatose» in den Handel.

Es erschien werthvoll, einen exacten Stoffwechselversuch am gesunden Menschen auszuführen, um gleichzeitig zu erfahren, wie bei Ersatz einer grösseren Menge Fleisch-N durch Albumosen-N das subjective Befinden der Versuchsperson beeinflusst würde.

Als Versuchsperson diente ein im 28. Lebensjahre stehender Mann, muskulös und ohne Fettpolster, dabei als zuverlässig bekannt.

Aus den Zahlen einer der beigegebenen Tabelle ist ersichtlich, dass die Quantität des täglich durchschnittlich ausgeschiedenen Harnes während der Albumosenperiode abgenommen hat; seine Concentration ist in derselben Periode höher als in den anderen.

Es hatte in den Albumosenperioden ein etwas geringerer N-Ansatz stattgefunden als in den Fleischperioden.

Mit den gefundenen Werthen der N-Bilanz geht das Körpergewicht der Versuchsperson nicht parallel; vielmehr bleibt während der ersten Fleischperiode ihr Gewicht das gleiche (67·250 *kg*), in den Albumosenperioden steigt es auf 67·800 bezw. 68·000 *kg*. um im Laufe der folgenden Fleischperiode wiederum auf 67·700 *kg* zu sinken. Wiewohl also der Organismus in den Albumosenperioden eine geringere Menge N-haltiges Material zurückbehält, erfährt er doch an Gewicht noch einen Zuwachs. Es wäre denkbar, dass hieran eine bessere Ausnutzung der Kohlehydrate einen Antheil habe; es konnte dieser Frage durch Bestimmung der Gesammtmenge der im Kothe ausgeschiedenen Kohlehydrate näher getreten werden; doch wurde dies unterlassen, da die Frage nur sekundäres Interesse bot. Am nächsten liegt die Annahme, dass die Albumosen einen höheren Werth repräsentiren als die N-haltigen Bestandtheile des Fleisches. Diese Deutung wird auch gestützt durch die Angabe der Versuchsperson, dass sie sich kräftiger und gesättigter fühle als in der vorangegangenen Periode; in der letzten Fleischperiode machte sich hingegen ein Gefühl der Mattigkeit geltend.

Es hat, wie andere Versuche des Verfassers erweisen, demnach während der subcutanen Darreichung der Albumosen ein Stillstand der Körpergewichtsabnahme stattgefunden, der, wie es scheint, auch noch in der nächstfolgenden Periode sich bemerkbar macht. Ein später an demselben Versuchsthier bei gleicher Ernährung — aber mit ausschliesslich innerlicher Darreichung der Albumosen — angestellter Versuch ergab, dass unter sonst gleichen Verhältnissen die Gewichtsabnahme eine wesentlich grössere ist.

Das Versuchsergebniss stimmt so auffallend mit den am Menschen gewonnenen hinsichtlich das Verhaltens des Körpergewichts überein, dass man in der That auch hier die höhere Werthigkeit des subcutan verabreichten Albumosen-N und Fleisch-N bezüglich des Nährwerthes zur Erklärung in Anspruch nehmen darf.

Dr. E. Monin. (Paris): **Die Hunyadi János Bitterquelle in der Frauenheilkunde.** (Publication der Société d'Editions scientifiques 1893).

Mit Vorliebe lässt man die Frauenpathologie durch die Affectionen des Uterus und seiner Adnexe beherrschen. In Wirklichkeit jedoch verhält es sich nicht so. Die weiblichen Geschlechtsorgane stehen oft (öfter als man dies gewöhnlich annimmt) unter der krankhaften Abhängigkeit der Chlorose, der Constipation und der Nervosität. Der Praktiker weiss es schon seit Langem, dass er in dem natürlichen ungarischen Bitterwasser ein sicheres Mittel besitzt, um die venöse Circulation des Abdomens im Allgemeinen und jene des kleinen Beckens und der Uterusligamenta im Besonderen zu entlasten. Auf diese Weise eben bekämpfen wir alle Tage die venöse Dyskrasie, die das kritische Alter, gleichwie der Schatten den Körper, begleitet.

Weniger bekannt ist die Thatsache, dass bei der Chlorose und den Metropathien die Thätigkeit des Splanchnicus derart modificirt erscheint, dass nicht allein die glatten Muskelfassern in einen Contractions- oder Lähmungszustand verfallen, sondern dass auch die Verdauungssäfte allmählig von der physiologischen Norm sich entfernen: die Appetitlosigkeit, die Gastralgie, die Koprostasis und der Tympanismus sind die Folgen davon. Indem der Magen nicht mehr gut functionirt, ist die Blutbildung eine schlechte und die Ernährung liegt darnieder. Die Epigastralgie und die Darmstörungen hängen mit diesem allgemeinen Kräfteverfall zusammen. Hervorragende Gynäkologen (insbesondere CORDES und SANDERET) stimmen darin überein, dass Hunyadi János vor Allem gegen diesen schädlichen Zustand der Völle der Gefässe nützt, der so häufig beim weiblichen Geschlechte anzutreffen ist, und dessen Symptome der Plethora gleichen würden, gäbe es nicht schlaffe, kraftlose Muskeln, blasse Schleimhäute, abnorme cardio-vasculäre Geräusche . . . .

Man verabreicht dieses natürliche Abführmittel so oft sich Unvollkommenheit der Verdauung, gastro-intestinale Störungen constatiren lassen; eine entzündliche Rückwirkung auf das kleine Becken ist nicht zu befürchten; auch wird daraus eine Abschwächung selbst bei jenen Patientinnen nicht resultiren, die dem physiologischen Zusammenbruche nahe sind oder sich in einem Zustande latenter Tuberkulose befinden.

Es ist also von grossem Werthe, wenn man bei Metritiden, Salpingo-Ovaritiden, etc. den hyperämischen Zustand abzuwenden, die katarrhalischen Erscheinungen zu unterdrücken, den parenchymatösen Schwellungen und den plastischen Exsudaten ein Hinderniss entgegenzustellen vermag. Wie unerlässlich wird aber diese Wirkung im Klimacterium, oder nach schweren Operationen, oder endlich post partum und post abortum! Einzig und allein auf diese Weise werden wir in den Stand gesetzt, gewissermassen die infectiösen Wurzeln der Metropathien abzureissen, und den späteren Beckeneiterungen zuvorzukommen: darin stimmen auch DEPAUL und COURTY überein.

Selbst angesichts der noch heute herrschenden wenig conservativen Richtung der praktischen Gynäkologie erweist demnach das Hunyadi János-Wasser täglich dem Kliniker ausgezeichnete Dienste.

Was den Chirurgen anlangt, so vermöchte auch er nicht dieses so bequeme Heilmittel zu entbehren, wenn er die Modification des postoperatorischen Terrains und die Prophylaxe einer visceralen Autointoxication sich gegenwärtig hält. Eine milde und regelmässige Purgirung wird die Gasentwicklung verringern, die zerfallenen Epithelien und die pathogenen Bacterien eliminiren und dem Entstehen der sogenannten uterinalen Dyspepsie einen Damm entgegensetzen, die einzig und allein aus congestiven Zuständen oder gastro-intestinalen Dilatationen hervorgeht, und die, wenn vernachlässigt, zu Entzündungen aller Art Anlass geben kann.

Diese Studie, oder besser diese allgemeinen Bemerkungen würden unvollständig sein, wenn ich nicht hier auf die gastrohepatische Congestion aufmerksam machte, die so häufig die Uteruskrankheiten begleitet, wie dies SCHRÖDER in Deutschland und JOUIN in Frankreich erkannt und erklärt haben.

Von der Leber und vom Plexus solaris gehen häufig die Hypochondrie, die nervöse Reizbarkeit, die reflectorischen hysteriformen Zufälle aus. In diesem Sinne konnte auch BICHAT schreiben: «Das Abdomen ist der Sitz von depressiven Affecten».

Indem die durch das Hunyadi János-Mineralwasser unterhaltenen Ableitungen auf den Darm die Entlastung des venösen Systems in der Leber (*vena portarum, porta malorum*) fördern, werden sie den grossen Nutzen haben, die von der weiblichen Nervosität abhängenden krankhaften Epiphänomene wett zu machen. Ist denn aber die Bekämpfung de rNervosität nicht gleichbedeutend mit der Heilung oder Linderung der Hälfte der Leiden, die das Leben der Frau vergällen?

Wir wollen uns jedoch auf die Genitalsphäre beschränken, und wir resumiren das oben Gesagte dahin, dass die Koprostase auf die weiblichen Genitalorgane die beklagenswerthe Folge hat, die passive und chronische Congestion aller im kleinen Becken eingeschlossenen Organe herbeizuführen. Vielen Dysmenorrhoën, vielen Uterusläsionen liegt ja nur diese Ursache zu Grunde! Eine grosse Anzahl Parametritiden, schmerzhafter Retrodeviationen sind einzig auf die Stuhlverstopfung zurückzuführen!

Die salinische Abführmethode bietet, wie schon REQUIN hervorhob, ihre mächtigen Behelfe bei der Behandlung verschiedener Leiden dar: Das Misstrauen und die Missachtung, die Einige dieser Behandlungsmethode entgegenbringen möchten, werden niemals, weder mit der Erfahrung noch auch mit der Theorie selbst, wie systematisch auch diese vorausgesetzt werden mag, in Einklang zu bringen sein.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Wien. Allgemeine Poliklinik. Vor einer stattlichen Anzahl von Zuhörern hielt Prof. Chiari am 9. d. M. seine Antrittsvorlesung an der allgemeinen Poliklinik, wo er an Stelle des weiland Regierungsrath Professor Schnitzler zum leitenden Vorstand der laryngologischen Abtheilung berufen wurde. Prof. Chiari gedachte zu Beginn der Vorlesung eingehend der wissenschaftlichen Stellung Schnitzler's, des mächtigen Einflusses, den derselbe als Forscher und Lehrer auf die Vervollkommnung der Laryngologie geübt hat. Als Lehrer war Schnitzler in der ganzen Welt gekannt; Beweis hiefür bildet die enorme Anzahl seiner Schüler, welche aus allen Ländern zu ihm strömten, und ihm sicher ein pietätvolles Andenken bewahren werden. Nachdem Chiari die wissenschaftlichen Arbeiten Schnitzler's und ihren Einfluss auf die Laryngologie eingehend besprochen hatte, hob er die ganz besonderen Verdienste Schnitzler's um die Schaffung der allgemeinen Poliklinik hervor, eines Lehrinstitutes, das seines Gleichen nicht in der ganzen Welt findet. «Ohne Schnitzler's Bemühungen und langdauernde Kämpfe gegen manche von Verwirrtheit ergriffene Elemente, sagte Chiari, wären wir gar nicht in der Lage, an dieser Stelle zu unterrichten, an einer Stätte, wo, wie sich Alle überzeugen können, für Alles gesorgt ist, was ein zum Gedeihen führender Unterricht nur erheischen kann.» Zum Schlusse der ergreifenden Worte Chiari's erhoben sich alle Anwesenden zum Zeichen der Pietät für den ausgezeichneten Mann, der auf der Höhe seines unvergesslichen menschenfreundlichen Wirkens hinscheiden musste.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Die in der letzten Woche (3.—10. October Früh) aus Galzien eingelangten Anzeigen über Choleraerkrankungen weisen einen sehr bedeutenden Rückgang der Seuche nach. In der vorausgegangenen Woche waren aus 29 Gemeinden 129 Neuerkrankungen und 74 Todesfälle angezeigt worden, in der Berichtswoche ist die Zahl der inficirten Gemeinden auf 23, jene der Neuerkrankungen auf 82, die der Todesfälle auf 41 zurückgegangen. Von letzteren entfielen 5 auf Kranke, die in früheren Wochen ausgewiesen waren. Es hat sich somit nicht blos die Zahl der Erkrankungen und die Zahl der verseuchten Gemeinden vermindert, sondern es ist auch der Charakter der Erkrankungen ein milderer geworden, und ist die Lethalitätsziffer gesunken, Momente, welche auf eine baldige Tilgung der Seuche hoffen lassen. — Deutsches Reich. In Hamburg nimmt sowohl die Zahl der beobachteten Cholerafälle, wie die Intensität derselben ab. Vom 23. September bis 3. October kamen 42 Neuerkrankungen und 27 Todesfälle zur Anzeige. Am 2. und 3. October ereignete sich kein neuer Erkrankungs-, am 3. October kein Todesfall. Die Krankheit trat in verschiedenen Stadttheilen auf, in keinem derselben bildete sich bisher ein Choleraherd. — Niederlande. In der letzten Septemberwoche wurden aus 30 Orten Cholerafälle angezeigt, darunter aus Rotterdam und Gorimchen je drei tödtliche Erkrankungen. — Frankreich. In Brest kamen am 5. October 6 Choleratodesfälle vor. Im Departement Finistère hat dieKrankheit eine ziemlich weite Verbreitung erlangt. Die Zahl der Todesfälle beträgt bisher mehrere Hundert. Weitere Seuchengebiete bestehen in der Vendée und in den Departements Pyrénées orientales und Alpes basses. — Spanien. In der Provinz Vizcaya sind amtlichen Berichten zu Folge zwischen 4. und 22. September in 19 Gemeinden 198 Personen an Cholera erkrankt und 77 gestorben. Madrid den 3. October 37 Erkrankungs- und 7 Todesfälle. — Italien. In Neapel ist die Choleraepidemie nahezu erloschen. Dagegen hat die Epidemie in Palermo und Livorno in letzter Zeit Fortschritte gemacht. — Russland. Die Choleraepidemie zeigt einen nicht zu verkennenden Rückgang namentlich in den im Innern des Landes gelegenen Gouvernements, in den westlichen aber war noch in der Zeit vom 8.—19. September eine erhebliche Steigerung der In- und Extensität bemerkbar. — Rumänien. Der Stand der Cholera hat in der Woche vom 25. September bis 1. October der Vorwoche gegenüber keine wesentliche Aenderung erfahren.

* Hamburg. Der soeben erschienene Bericht des Medicinalinspectorats über die medicinische Statistik des Hamburgischen Staates für das Jahr 1892 ist in Folge der Angaben über die vorjährige Cholera besonders interessant. Während die Bevölkerung Hamburgs sonst um 2·6% bis 4·6% zugenommen hatte, nahm dieselbe 1892 um 2808 Personen ab. Offenbar ist diese Erscheinung sowohl durch den wirthschaftlichen Rückgang wie durch die schwere Choleraepidemie zu erklären. Der Zuzug von aussen, welcher schon im Anfang des Jahres ein sehr geringer war, hörte nach dem Ausbruch der Cholera ganz auf, während der Abzug entsprechend zunahm. Dazu kommt die hohe Zahl der Gestorbenen; auch die Temperaturverhältnisse waren nicht normale. Die Choleraepidemie dauerte vom 16. August bis 12. November. Es erkrankten in dieser Zeit 16.965 und starben 8605 Personen. Dem Alter nach vertheilten sich diese Erkrankungen folgendermassen:

In den Jahren:	Erkrankungen:	Todesfälle:
0— 1	697	626
über 1— 2	624	490
» 2— 3	432	289
» 3— 4	348	219
» 4— 5	297	175
» 5—15	1731	776
» 15—25	1959	744
» 25—50	7127	3520
» 50—70	2002	1369
» 70	486	376
Unbekannt	1253	21

Die Tabelle zeigt eine bedeutende Widerstandsfähigkeit der Jahre 5—25, das Zunehmen der Erkrankungen bei steigenden Jahren und vor allem die grosse Empfänglichkeit der Kinder, zumal in den ersten beiden Lebensjahren. Ferner constatirt der Bericht an anderer Stelle, dass sehr viele Alkoholisten der Krankheit erlegen sind. Auf Schiffen erkrankten 387 Personen, von denen 171 starben. Nach dem Einkommen vertheilen sich die Cholerafälle folgendermassen:

Einkommen	erkrankt	gestorben
von 600— 800 Mk	1575	873
» 800— 1000 »	3264	1772
» 1000— 2000 »	4396	2425
» 2000— 3500 »	685	385
» 3500— 5000 »	243	135
» 5000—10000 »	175	88
» 10000—25000 »	60	32
» 25000—50000 »	20	13
über 50000 Mk.	5	4

Von den Erkrankten hatten ferner 3347, von den Gestorbenen 1648 ein Einkommen von unter 600 Mk., während für 3168 bezw. 1226 das Einkommen unbekannt war. Es folgen sodann Zusammenstellungen über die Nachepidemie vom December bis Februar 1893, bei der 64 Fälle constatirt wurden, von denen 17 tödtlich verliefen. Der Bericht schliesst mit folgenden Worten: Ohne Zweifel ist Hamburg durch die Cholera mehr gefährdet als viele andere Orte. Zu den ständigen Gefahren, die das Elbewasser der Stadt Hamburg bringt, sind im letzten Sommer noch besonders hinzugetreten: der aussergewöhnlich niedrige Elbewasserstand, der eine kräftige, das Wasser erneuernde Ebbe ausschloss und ein Hinaufströmen des Hafenwassers zu den Schöpfstellen der Stadtwasserkunst begünstigte, das Vorherrschen von Durchfällen und Brechdurchfällen zur Zeit der Einschleppung, durch welche die individuelle Disposition gesteigert wurde, die grosse Dürre und Hitze des Jahres und der aussergewöhnliche Salzgehalt des Wassers. Nie aber hätte die Cholera die Ausdehnung gewinnen können, die sie erreicht hat, wenn die Assanirung der Stadt in Bezug auf das Trinkwasser schon vollendet gewesen wäre. (Allg. med. Central-Zeitung Nr. 81, 1893.)

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 22. October 1893.** **Nr. 43.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Soll man bei tuberkulösen Frauen die Schwangerschaft künstlich unterbrechen?

Von

Prof. E. Maragliano, *)

Vorstand der Medicinischen Klinik an der Universität zu Genua.

Die neuen Kenntnisse über die Pathologie und Klinik der Lungentuberkulose, erfordern einen neuen Gesichtspunkt bei der Beurtheilung des ferneren Schicksals einer tuberkulösen Frau im Zustande der Schwangerschaft.

Als man der Ueberzeugung huldigte, dass ein an Tuberkulose erkrankter Mensch unrettbar verloren sei, wandte der Arzt seine Aufmerksamkeit, indem er sich zum Interpreten und Vertreter der grausamen socialen Forderungen aufwarf, mit Vorbedacht von der Mutter ab, um sich nur mit dem Foetus zu befassen. Er wusste, dass für gewöhnlich gleich nach erfolgter Geburt der Zustand der armen Wöchnerin sich rasch verschlimmern, und dass höchstwahrscheinlich der Tod noch während des Puerperium eintreten würde. Er wusste auch, dass wenn es auch nicht zu diesen äussersten Folgen käme, die Schwangerschaft doch den Gang und Verlauf der Krankheit ungünstig beeinflussen und dadurch das Leben gekürzt werden würde. In diesem Falle wäre ja ihr Schicksal gleichfalls besiegelt!

Wäre es denn heutzutage möglich in dieser Weise zu argumentiren? Fürwahr, nein!

In der Reihe der tuberkulösen Individuen gibt es eine gewisse Anzahl Kranker, deren Leben eine unbestimmte Dauer haben kann und bei welchen man Heilungen beobachtet, die, wenn man sie auch vorsichtshalber als provisorisch bezeichnen muss, dennoch nicht selten thatsächlich endgiltig sind.

Wenn es nun so ist — und Niemand könnte heute das Gegentheil behaupten — dann muss sich der Praktiker gegenüber jeder tuberkulösen Schwangeren die Frage stellen: Soll die Schwangerschaft dieser Frau respectirt werden? Und die Antwort darauf muss aus der genauen Prüfung sämmtlicher auf den Fall anwendbaren prognostischen Elemente hervorgehen.

Die Prognose ist um so günstiger, je mehr die Tuberkulose circumscript erscheint und je mehr sie als solche älteren Datums ist. Und gegenüber einem tuberkulösen Processe, der erst seit Kurzem sich manifestirt hat, ist der Kliniker berechtigt mehr im Zweifel zu bleiben als gegenüber jenem, der seit längerer Zeit dauert und dabei einen stationären Charakter aufweist. Ich bestehe entschieden auf eine solche Unterscheidung, denn in der Praxis hat sich der beklagenswerthe Usus breit gemacht, eine circumscripte Tuberkulose als incipiens zu bezeichnen, ohne sich dabei um den Zeitpunkt ihres ersten Auftretens zu bekümmern.

Das soeben angeführte Grundkriterium erhält dann eine Stütze durch einige andere Daten, wie: Die guten allgemeinen Bedingungen, die physiologische Functionirung der Digestionsorgane, der Mangel an Neigung zu örtlichen Reactionserscheinungen, fieberloser Zustand.

Je zahlreicher nun die Daten für eine günstige Prognose sind, desto mehr ist die chirurgische Intervention indicirt und demnach die gewaltsame Unterbrechung der Schwangerschaft. Und diese Intervention wird um so nützlicher sein, je versprechender das Aussehen der tuberkulösen Schwangeren ist. Aber hierin liegt das Uebel, ich möchte fast sagen das Verhängniss, das auf jenen Unglücklichen lastet, die an Tuberkulose leiden, denn gleichwie die Patienten durch den guten Allgemeinzustand leicht bestimmt werden, von Vorsichtsmassregeln und von jeder Behandlung abzusehen, und zwar, wenn es noch Zeit dazu ist, schaffen sie allerlei Hindernisse der Verwirklichung eines Abortus oder eines künstlich hervorgerufenen Partus.

Diese Hindernisse pflegen nicht allein von den Familien, sondern auch von den Aerzten und vor Allem von den Geburtshelfern auszugehen. Die Patientin lehnt einen Eingriff ab, da es ihr schwer fällt, sich die erhofften Mutterfreuden so jäh zerstören zu lassen, es widersetzt sich der Gatte, der froh ist, seine Nachkommenschaft gesichert zu sehen, es schwankt der Arzt in seinem Beschlusse, da er, gegenüber den beruhigenden

*) Nach der «Gazzetta degli Ospitali» (Nr. 103 vom 30. September 1893) mitgetheilt von A. DEL TORRE.

günstigen äusseren Zeichen, nicht daran denken will, dass es sich wirklich um eine Tuberkulose handelt, und da er, wenn er auch eine solche Krankheit als thatsächlich existirend annimmt, immerhin hoffen darf, dass in dem besonderen Falle die Schwangerschaft leicht überstanden werden wird; aber auch der Geburtshelfer gibt nicht seine Zustimmung, indem er sich für berufen hält, die neuen Existenzen, die sich im Mutterleibe entwickeln, um jeden Preis zu schützen.

Aber alle sind im Irrthum, trotz der Ehrlichkeit der Absichten, von welchen sie geleitet sind. Die hauptsächlichste Verantwortung lastet auf dem Hausarzte, und zwar sowohl wenn er rücksichtlich der Diagnose hin- und herschwankt, als auch wenn er die Hoffnung von der Unschädlichkeit der Schwangerschaft hegt.

Es ist möglich, dass eine Tuberkulose übersehen wird, da sie sich in einem completen latenten Zustande befindet. Gegenüber Zeichen jedoch, die auf eine umschriebene Tuberkulose hinweisen, darf der Arzt keine schwankende Haltung bewahren.

Man hat einen Kranken vor sich, der wohl, für gewöhnlich an einer Lungenspitze, selten an beiden Lungenspitzen, die Erscheinungen einer circumscripten Bronchiolitis darbietet. Man hört hie und da ein Pfeifen und die Exspiration ist ein wenig prolongirt. Ein anderes Mal ist das Athmungsgeräusch stark; feuchte Rasselgeräusche sind nicht vorhanden, oder wenn sie existiren, so sind sie nur spärlich und sehr variabel Der Kranke hat wohl ein wenig Husten: diese Erscheinung dauert schon zwei, drei und noch mehr Monate, aber schliesslich hat die Verabreichung irgend eines Balsamicum genügt, um zeitweise den Husten zu lindern. Der Appetit hat nicht nachgelassen, oder hat nur wenig abgenommen, der Ernährungszustand erhält sich gut, endlich hat man die Sputa untersucht, und es wurden darin keine Tuberkelbacillen gefunden. Warum sollte man gerade behaupten, dass es sich um Tuberkulose handelt? Und wenn das nicht der Fall wäre?

Dieses oder Aehnliches kann man täglich zu hören bekommen.

Nun wohl, hier beginnt die Schuld des Arztes, denn es gibt nur die Tuberkulose, die die Erscheinungen einer circumscripten Bronchiolitis an den Lungenspitzen hervorzurufen vermag. Alles Andere fällt gegenüber dieser klinischen Form von unbestrittener Wahrheit.

Das Nichtvorhandensein von Bacillen in diesen Fällen hat keinen negativen Werth, denn es muss endlich die Ueberzeugung allgemein platzgreifen, dass der KOCH'sche Bacillus, wenn dessen Gegenwart nachgewiesen erscheint, einen positiven Werth besitzt, dass aber umgekehrt sein Fehlen nicht negativen Werth hat. Und dann, wenn die Bacillen in geringer Zahl vorhanden sind, so können sie leicht unbemerkt bleiben, wofern nicht wiederholte und ganz exacte Untersuchungen vorgenommen werden. Und wenn auch die Kranken ihren guten Appetit weiter behalten, wenn auch ihr Allgemeinzustand befriedigend ist — dies Alles gilt nichts gegen die positive Thatsache der akustischen Phänomene (mögen diese noch so circumscript sein) über den Lungenspitzen. Ein doppelter Fehler ist es aber, wenn man behauptet: diese unbedeutenden Erscheinungen bestehen schon seit geraumer Zeit, und doch hat der Zustand des Kranken sich nicht verschlechtert — ein doppelter Fehler, denn die Persistenz ist zusammen mit dem Sitze der physikalischen Erscheinungen ein neuer Beweis für eine Lungentuberkulose.

Ein anderer Fehler ist der, zu hoffen, dass — eine circumscripte Tuberkulose vorausgesetzt — die gravide Frau dieselbe, in Folge ihrer guten Allgemeinbedingungen, leicht zu überwinden im Stande sein werde.

Seit Jahren habe ich mehrere auf die uns hier beschäftigende Frage bezügliche Thatsachen gesammelt. Es sind 42 Fälle von graviden Frauen mit circumscripter Tuberkulose der Lungenspitzen, die ich genau beobachtet und deren wichtigste Daten aufgezeichnet habe.

In 9 Fällen wurde der Allgemeinzustand gut, der sich während der ersten sechs Monate der Schwangerschaft gezeigt hatte, in den letzten drei Monaten allmälig schlechter; die örtlichen Reactionserscheinungen prägten sich mehr aus, und nach stattgehabter Geburt nahm die Krankheit einen sehr acuten Verlauf und die betreffenden Frauen starben noch während des Puerperiums an Tuberkulose. In 7 Fällen war die Verschlechterung nicht so auffallend und intensiv, die Patientinnen starben binnen drei Monaten nach der überstandenen Geburt. Bei 9 Fällen erfolgte der Tod zwischen dem dritten und sechsten Monate post partum, bei 10 Fällen zwischen dem sechsten und neunten Monate, und bei 4 Fällen nach Ablauf eines Jahres. Nur bei 3 Frauen blieben die localen Erscheinungen stationär.

Meine persönliche Statistik über analoge Fälle von umschriebener Tuberkulose umfasst 188 Fälle, wovon im Laufe einer gleichen Zeitperiode, das ist binnen 21 Monaten, 34 mit dem Tode endeten, nämlich 18 %, während der Percentsatz der in den Tod gerissenen tuberkulösen Schwangeren 94 beträgt!!

Bekanntlich bin ich sehr zurückhaltend in der Anwendung der statistischen Resultate auf die Klinik, jedoch man musste zugeben, dass hier die Differenz eine enorme war.

Und die Bedeutung der angegebenen Zahlen wächst noch bei Heranziehung einer anderen Ziffer: nämlich jene, die sich auf Frauen mit ausgesprochener Phthise, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, bezieht: unter 385 Frauen fand ich 226, bei denen der Anfang ihrer Lungenstörungen auf eine Schwangerschaft oder eine Geburt zurückgeführt werden konnte!!!

Nun möge der Hausarzt an alle diese Daten denken, er überzeuge sich, dass der Schaden einer Schwangerschaft ein ganz positiver, dass die Hoffnung ihrer Unschädlichkeit nur wenig begründet ist, und dann möge er die eigenen Ueberzeugungen auf die Kranke, auf deren Familien, auf den Geburtshelfer übertragen.

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

(Fortsetzung.)

Die myopathische Muskelatrophie.

Von den atrophischen Paralysen myopathischen Ursprungs gibt es mehrere genau von einander unterschiedene klinische Typen. Alle diese wurden von ERB unter dem Namen «progressive musculäre Dystrophie» zusammengefasst.

Der erste dieser Typen stellt die wohlbekannte pseudohypertrophische Paralyse, deren pathognomonische Haltung, Gang und Charakter Ihnen so sehr bekannt sind, dass sie keiner weiteren Beschreibung bedürfen. Ein anderer Typus stellt die hereditäre Muskelatrophie von LEYDEN und MÖBIUS dar, bei der sich eine progressive Atrophie und Schwäche vorfindet, die in den Unterschenkeln, speciell in den Waden beginnt und hierauf einen aufsteigenden Verlauf nach den Oberschenkeln und nach den Lumbarmuskeln nimmt, und erst nach vielen Jahren die Schultern und die oberen Extremitäten ergreift. Der dritte Typus betrifft den Zustand, den ERB als juvenile Muskelatrophie bezeichnet hat, die zuerst die Muskeln des Schultergürtels und des Oberarms ergreift, die sich jedoch auch auf die unteren Extremitäten erstrecken kann. Sie findet sich nicht selten mit wahrer Hypertrophie einiger Muskeln und mit Pseudohypertrophie der anderen combinirt vor. Endlich haben wir den Typus «Déjerine-Landouzy», bei der die Krankheit in den Gesichtsmuskeln beginnt und sich allmälig auf die des Schulter-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42, 1893.

gürtels und des Oberarms erstreckt und den Zustand darstellt, den man als den facio-scapulo-humeralen Typus bezeichnet hat. In dieselbe Kategorie haben einige Autoren den Typus «Charcot-Marie» oder den «Peroneal-Typus der Muskelatrophie» herübergenommen, aber die Stellung dieses Typus unter den Amyotrophien bildet noch immer eine strittige Angelegenheit und verdient besonders betrachtet zu werden. Unter den verschiedenen Typen, welche als zu den primären Myopathien gehörig beschrieben wurden, gibt es so viele verwandte Momente und so viele Uebergangsformen, dass es, wie Erb*) ausführt, mehr als wahrscheinlich sei, dass sie nur verschiedene Zustände eines und desselben Typus darstellen.

Alle stimmen darin überein, dass sie langsam fortschreiten, dass sie in der Kindheit oder in der frühen Jugend und nur selten in den späteren Jahren beginnen; alle sind hereditär oder kommen bei mehr als einem Mitgliede derselben Familie vor. Die Krankheit kann sich zuerst in den Gesichtsmuskeln zeigen oder in den Muskeln des Schultergürtels oder in denen des Beckens und der unteren Extremität und besitzt die Tendenz, in allen Fällen dieselbe Gruppe von Muskeln wesentlich zu afficiren.

Der faciale Typus ist häufig mit dem scapula-humeralen oder mit Erb's Typus combinirt und findet sich bisweilen in Gemeinschaft mit der pseudohypertrophischen Paralyse oder dem infantilen Typus von Leyden, und die pseudo-hypertrophische Paralyse der unteren Extremitäten kann mit der juvenilen Form in den oberen Extremitäten combinirt sein, oder eine Form, die mit den Zeichen der pseudo hypertrophischen Paralyse begonnen hat, kann zu einer späteren Zeit die Charaktere der juvenilen Form annehmen. Es kommen auch Fälle vor, in denen es unmöglich ist, zu sagen, zu welchem Typus sie gehören, da sie mehr oder weniger an den Charakteren, welche allen gemein sind, theilnehmen. Ferner können alle verschiedenen Typen bei Mitgliedern derselben Familie vorkommen. Die afficirten Muskeln ändern ihr Volumen; die einen zeigen eine Verminderung und die anderen eine Vermehrung ihres Volumens, die entweder auf Rechnung von wahrer Hypertrophie der Muskelfasern kommt oder auf Rechnung einer falschen Hypertrophie, abhängig von einer Zunahme des Bindegewebes und Ablagerung von Fett. Sie sind ferner charakterisirt durch die Verminderung der mechanischen und der elektrischen Erregbarkeit, durch das Fehlen der Entartungsreaktion und durch die Abwesenheit von fibrillären Zuckungen. Es findet sich auch in diesen Fällen ein allmäliges Erlöschen der Sehnenreflexe und die Tendenz zu Verkrümmungen der Glieder in Folge einer Verkürzung der afficirten Muskeln. Die Bulbärmuskeln zeigen nicht die Tendenz sich an dieser Affection zu betheiligen.

Man hatte allgemein angenommen, dass bei der myopathischen Atrophie die Primäraffection in dem interstitiellen Gewebe zu suchen sei, und dass die Atrophie der Muskelfasern nur eine secundäre Erscheinung sei, und zwar als Folge der starken Hypertrophie oder Hyperplasie des Bindegewebes, verbunden mit Lipomatosis. Die Untersuchungen von Erb, Roth und Anderen haben jedoch genau dargethan, dass die Krankheit eine Primäraffection der Muskelfasern darstelle.

Es wurde von Gowers die Frage aufgeworfen, ob eine Hypertrophie intra vitam durch die Zupfpräparat-Methode demonstrirt werden könne, insoweit, als der Reiz, der durch das Entfernen eines Muskelstückes unbedingt gesetzt wird, natürlich zu einer Contraction Veranlassung gibt, die den Anschein einer Hypertrophie hat. Aber insofern, als sich die Hypertrophie nicht blos durch das relative Volumen kund gibt, sondern auch durch die Proliferation des Kerns, durch Fissuren und Theilungen, wie man sie an Muskelstücken findet, die man post mortem herausgenommen hat, scheint kein Grund dafür vorzuliegen, an der Wirklichkeit der Existenz einer solchen Hypertrophie zu zweifeln. Im Anschlusse an die Hypertrophie der Muskelfasern findet sich eine geringe Zunahme und eine Kernproliferation im Bindegewebe. Früher oder später treten in demselben Fettzellen auf, so dass sie eine ausgesprochene Lipomatosis darstellen.

Die darauffolgenden Veränderungen stellen einen totalen Schwund des Muskelgewebes und Atrophie mit grosser Verminderung des ursprünglichen Volumens des Muskels dar; oder, andererseits eine üppige Lipomatosis, so dass der Muskel seine normale Masse behält, oder dieselbe beträchtlich überschreitet. Nach Roth*) beginnen die Veränderungen an den Enden der Muskeln, und die sehnige Structur schreitet in dem Masse vorwärts, als die eigentlichen Muskelfasern schwinden.

Im Allgemeinen haben die Untersuchungen in der letzten Zeit keine krankhaften Veränderungen in den Vorderhörnern oder in den motorischen Nerven entdecken können, sei es bei der pseudo-hypertrophischen Paralyse, bei der juvenilen Muskelatrophie oder bei einer der anderen Formen der Myopathie, und es ist wahrscheinlich, dass solche Veränderungen, wie sie von manchen Forschern beschrieben wurden, eher die Folge der Muskelatrophie als ihre Ursache waren. Dass solche Veränderungen in den Nervencentren nur als Folge der functionellen Inaktivität der Muskeln vorkommen können, ist sowohl experimentell als wie auch durch die klinischen Beobachtungen nachgewiesen worden.

Und dennoch wird das Fehlen der krankhaften Veränderungen in den Vorderhörnern von Erb nicht als Gegenbeweis gegen die Hypothese betrachtet, dass der primäre Ursprung der Krankheit thatsächlich ein myelopathischer sei — eine Tropho-Neurosis, deren Ausdruck nach aussen durch eine muskuläre Dystrophie dargestellt wird, während der Zustand selbst, von dem sie abhängt, sich nicht durch grobe anatomische Veränderungen kund gibt. Es scheint eine zu weit gehende Hypothese zu sein, dass eine blos dynamische Affection der Vorderhörner solche tiefgreifende anatomische Veränderungen in den Muskeln nach sich ziehen sollen, ohne irgend welche ausgesprochene Zeichen von Degeneration in den motorischen Nerven in irgend einem Abschnitte ihres Verlaufs. Und unter anderen Einwänden gegen die myelopathische Theorie, führt Roth an, dass die krankhaften Veränderungen im Muskel derart vertheilt sind, dass man sie nicht mit irgend welcher peripheren Vertheilung der Nerven in Einklang bringen kann; denn in denselben Bündeln kann man alle Varietäten von Fasern finden, atrophische, hypertrophische oder normale, welche den Grad des Widerstands der einzelnen Fibrillen darstellen, — ein Moment, das sich kaum mit der Beeinflussung von Seiten der Nerven in Zusammenhang bringen lässt; denn vermuthlich würden alle Fasern, welche von derselben Zelle oder Zellengruppe innervirt werden, dieselbe Veränderung eingehen. Ferner würden wir erwarten, dass dieselben Muskeln sowohl bei den funktionellen als wie auch bei den organischen Läsionen der betreffenden Segmente des Rückenmarks betheiligt seien. Es ist jedoch für die myelopathische Atrophie, die mit Veränderungen in dem oberen Theile der Halsanschwellung einsetzt, charakterisch, dass der Musculus deltoideus speciell afficirt wird und zwar in Combination mit den Flexoren des Vorderarms und dem Supinator longus. Dennoch ist bei der juvenilen myopathischen Form des Musculus deltoideus, meiner eigenen Beobachtung nach, entweder gar nicht afficirt, während die anderen Muskeln mit denen er associirt ist, schon weit in der Atrophie fortgeschritten sind, oder der Deltoideus ist in einem solchen Falle höchstens der Sitz einer vorübergehenden und häufig illusorischen Hypertrophie.

Dieser Mangel an einem entsprechenden Verhalten zwischen der Vertheilung der Atrophie bei der myopathischen Form und der, die wir als von einer Rückenmarksläsion abhängig kennen, stellt meiner Ansicht nach einen schwerwiegenden Einwand gegen die Annahme eines nervösen Ursprungs dieser Krankheit dar. Weder im organischen noch im dynamischen Sinne be-

*) Dystrophia Muscularis Progressiva. Volkmann's Sammlung, Nr. 2, 1890.

*) Beiträge zur path. Anatomie und allgem. Patologie, XIII Band, Heft 1, 1893.

sitzen wir einen triftigen Grund, diese Affection einem nervösen Einflusse zuzuschreiben. Aber wir sind noch nicht zu irgend welcher befriedigenden Erklärung der primären Affection der Muskeln gelangt, oder zur Erklärung der Thatsache, dass gewisse Muskeln im Gegensatze zu anderen Muskeln mit Vorliebe ergriffen werden. Der frühe Beginn und der hereditäre Charakter dieser verschiedenen Affectionen scheinen entweder auf eine primäre fehlerhafte Anlage im Ei (ROTH) oder in der Entwicklung der Muskelplatten (GRADENIGO, BABINSKI und ONANOFF) hinzudeuten. Aber dieser ganze Gegenstand bedarf noch sehr einer weiteren Aufklärung.

(Fortsetzung folgt.)

Die Verhütung und Heilung der asiatischen Cholera.

Von **Dr. Aug. Dyes**
Oberstabsarzt I. Cl. a. D. in Hannover.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Viertes Stadium.

Je weiter das Choleragift vordringt im Darmcanal, je mehr es sich vermehrt an der Schleimhaut, je grösser also die Resorptionsfläche zur Aufsaugung des Giftes wird, desto hochgradiger steigern sich alle angeführten Qualen. Mit dem Eintritt des Gifts in den Blinddarm beginnt das vierte Stadium der Cholera.

Man erkennt den Beginn dieses Stadiums daran, dass die gallige Färbung der Stühle aufhört, so dass sie ein dem Reiswasser ähnliches Aussehen zeigen. Kommt auch dann das Chlorwasser nicht zur Anwendung, so stellt sich bald Lähmung des Sphincter ani ein, und die Harnsecretion hört auf, die Kälte der Haut erreicht den höchsten Grad (stadium algidum), die Sprache ist rauh und ganz unverständlich (vox cholerica), der Gesichtsausdruck bekundet die höchsten Qualen, der verzerrte Mund ist weit geöffnet, das Stöhnen und Wimmern wird schwächer, weil das Bewusstsein sich verliert (stadium asphycticum), die Lippen sind trocken, blau und braun, die Augen liegen getrübt in den tiefen Höhlen. Es gibt keine qualvollere Todesart: Und dennoch wurde das von BRAND und mir als wirksam empfohlene Chlorwasser nicht probirt, weil wir nur einfache praktische Aerzte sind, und nicht Professoren, welchen man allein zutraut, die Heilwissenschaft fördern zu können.

Sind auch die im vierten Stadium der Cholera nicht alle durch Chlorwasser zu heilen, sondern nach BRAND's und meiner Erfahrung nur 80%, so hat doch das Chlorwasser auch bei den Nichtheilbaren noch den Nutzen, Wärme zu erzeugen, die Schmerzen zu lindern, und den qualvollen Choleratod in den sanften Typhustod zu verwandeln. — Für die Kranken und Wärter ein grosser Gewinn.

Während die Cholera im dritten Stadium durch das Chlorwasser meistens im Verlauf einiger Tage geheilt wird, so nimmt sie im vierten Stadium häufig den Ausgang in Typhus oder Typhoid, zu dessen Heilung durch kleinere Gaben der genannten Heilmittel einige Wochen erforderlich zu sein pflegen.

Da die mir bekannten Cholera-Schriften die Reiswasserstühle als Erkennungszeichen der Cholera (signum pathognomonicum) bezeichnen, so hebe ich nochmals hervor, dass die Reiswasserstühle mit dem Eintritt des vierten Stadiums beginnen.

Die Therapie der Cholera.

Möchten doch die Herren Fachgenossen das Chlorwasser (mit 1/3 Wasser verdünnt) einmal probieren und sich überzeugen, dass es keine schädliche Nebenwirkung hat, sondern den Appetit steigert, also gegen den Magenkatarrh sich heilsam erweist, so würden sie bei Anwendung dieses Mittels gegen die Cholera und alle andere miasmatischen Krankheiten sich bald überzeugen, dass BRAND und ich wohl Grund haben, wenn wir dieses geradezu wunderbar heilsame Mittel empfehlen.

Während einer Cholera-Epidemie sollte man eilen, schon gegen die beiden ersten Stadien der Krankheit dieses Mittel anzuwenden, weil es dann coupirend wirkt.

Wer bei dieser Krankheit mit dem Beginn der Therapie warten will, bis das Mikroskop das Vorhandensein von Komma-Bacillen bestätigt hat, der gleicht dem Hausbesitzer, welcher mit dem Löschen eines Feuers erst dann beginnt, wenn die Flammen zum Dach hinausschlagen. Das Mikroskop hat nur einen wissenschaftlichen aber keinen praktischen Nutzen, denn erst im dritten Stadium der Cholera stellt sich der Durchfall ein, welcher Gegenstand der Untersuchung sein soll, und ohne Anwendung des Chlorwassers könnte der Kranke schon todt sein, ehe das Vorhandensein der Kommabacillen bestätigt wird.

Da man während einer Cholera-Epidemie zur Desinficirung von Räumen und Sachen das Chlor als bestes antimiasmatisches Mittel anwendet, so ist es unerklärlich, dass man dieses Mittel nicht zur inneren Desinfection der Cholera-Verdächtigen und Kranken anwenden will, obwohl die Cholera-Erzeuger an der Schleimhaut des Magens und Darmcanals eine sehr geeignete Brutstätte finden, und von da durch Aufsaugung ins Blut übergehen, wodurch die hochgradige Qual und Kälte, sowie der baldige Eintritt des Todes bewirkt wird.

Wenn ein fremder Körper (Dorn, Splitter, Kugel) in den Organismus eingedrungen ist, so sind alle Aerzte darin einig, dass die schleunigste Entfernung desselben geboten ist; wie reimt sich damit die Thatsache, dass man die Krankheitserzeuger der Cholera und aller andern miasmatischen Krankheiten, welche in den Organismus eingedrungen sind, und ihre vergiftende Thätigkeit bereits begonnen haben, nicht vernichtet (desinficirt), sondern sich begnügt, symptomatische Mittel dagegen anzuwenden.

Da hier der Raum fehlt zu eingehender Erörterung, so verweise ich auf meine Schrift «Aerztliche Beobachtungen und Heilmethoden».

Es genügt aber nicht die Darreichung des Chlorwassers (anfangs halbstündlich 1/2 Esslöffel voll), sondern eine zweite Bedingung des günstigen Erfolges ist die beständige Austreibung der in der Luft schwebenden Krankheitserzeuger durch Zugluft, also das Offenstehen der Fenster und Thüren. Zur Beseitigung des Nachtheils der Zugluft dienen zwei mitten im Zimmer aufgehängte Laken, zwischen welchen das Krankenbett steht.

Die Ansammlung der Cholerakranken in Krankenhäusern ist sehr nachtheilig, weil dann die Luft übermässig mit Bacillen geschwängert wird.

Bei der Epidemie in Hildesheim liess ich die Kranken auf die luftigen Hausböden bringen, wo die Miasmen entweichen konnten, und ich erfreute mich der besten Erfolge, denn während von 11 Cholerakranken des Stadtarztes, neun binnen 24 Stunden im Cholerakrankenhause starben, während die beiden letzten zufällig in meine Behandlung übergingen und geheilt wurden, so wurden meine 18 Militärkranken auf den Böden ihrer Bürger-Quartiere alle geheilt.

Fehlt es in den Wohnhäusern an solchen Bodenräumen, so eignen sich zur Aufnahme dieser Kranken die kleinen Jahrmarktsbuden, welche man auf einem hochgelegenen Platze oder Felde im Freien aufstellt; ein Strohsack und einige wollene Decken genügen, und sind leicht herbeizuschaffen.

Verschleppung der Cholera.

Während der Cholera-Epidemie in Hamburg wurde die Seuche durch Reisende vielfach verschleppt, obwohl an den Stationen Aerzte thätig waren und Desinfection des Gepäcks vorgenommen wurde.

An dem trockenen Gepäck befinden sich aber die Cholera-erzeuger nicht, sondern an der Schleimhaut des Magens und Darmkanals der Flüchtlinge, wesshalb nur die innere Desinfection der Cholera-Verdächtigen die Gefahr der Verschleppung beseitigen, und den Reisenden vor dem Ausbruch

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42, 1893.

der Cholera schützen kann; und zu dieser Prophylaxis genügt das Einnehmen von zwei Gaben Chlorwasser.

Wenn die Infection eines von einem Choleraherde Zureisenden eine sehr geringe ist, so dass sie noch keine Reaction bewirken konnte, so wird er für gesund erklärt und findet Aufnahme in einem Gasthause oder bei einer Familie. Nachdem sich danach aber die an der Schleimhaut des Magens und Darmcanals eingeschleppten Cholera-Mikroben im Laufe einiger Tage in dem Grade vermehrt haben, dass sich Cholerine oder Cholera bemerklich macht, so kann dieser Reisende schon seine Zimmergenossen angesteckt haben. Solche Fälle kamen vielfach vor.

Somit ist die innere Desinfection der von einem Choleraort ankommenden Reisenden zur Verhütung der Verschleppung der Seuche geboten.

Vernünftiger freilich würde es sein, diese innere Desinfection schon vor der Abreise aus einem Choleraorte vorzunehmen, um die Mitreisenden vor Ansteckung zu bewahren; doch müsste dieselbe am Orte der Ankunft aus Vorsicht wiederholt werden.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 18. October 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. Weissmayer: *Ein Fall von Osteomalacie bei einem Manne* (Demonstration).

Ein 52jähriger Schuhmacher, der sonst stets gesund war, erkrankte vor 3 Jahren an reissenden Schmerzen in beiden Oberschenkeln, welche jeder Therapie trotzten. Die Schmerzen setzten sich im Laufe der Zeit gradatim von den unteren Partien bis zum Schlüsselbein fort, und nahmen derart zu, dass der Patient dauernd an's Bett gefesselt wurde. Patient wurde anfangs August auf die Klinik aufgenommen, wo er mit Ausnahme eines flachen Eindruckes an der 2., 3. und 4. Rippe der rechten Seite keine Abnormitäten zeigte. Colossale Druckschmerzhaftigkeit aller Knochen. Contractur der Adductoren. Die Darmbeinschaufeln federnd. Der Sitz der Schmerzen nur in den Knochen. Carcinomatose auszuschliessen, ebenso Lymphadenia osseum. Gegen das multiple Myelom spricht das Fehlen jedweder Knochenauftreibung. Die Diagnose Osteomalacie, welche allerdings bei Männern äusserst selten ist, wurde durch den Erfolg der eingeschlagenen Therapie glänzend gerechtfertigt, indem der Patient durch 2 Monate Phosphor — anfangs 1 *mgr*, später 2 und 3 *mgr* als Tagesdosis — nahm, und zwar in Pillenform, worauf die Schmerzen so rapid abnahmen, dass Patient jetzt schon im Stande ist, ohne Hilfe Anderer das Bett zu verlassen und im Zimmer herumzugehen.

Dr. Schlesinger berichtet über einige Fälle von Osteomalacie, bei denen er schon nach zweimonatlicher Darreichung von Posphor glänzende Erfolge aufweisen konnte, so bei einer Patientin, die durch 6 Jahre bettlägerig war! Schlesinger warnt davor, allzu grosse Dosen von Phosphor anzuwenden, um eine acute Phosphorvergiftung zu verhüten. Uebrigens komme man schon mit 1—2 *mgr* pro die sehr gut aus.

Dr. Sternberg empfiehlt folgendes Recept:

Phosphor 0·05
Ol. jecor. aselli 50·0
S. Täglich ein Kaffeelöffel.

Diese Dosis habe er in vielen Fällen selbst über ein Jahr verabreichen lassen, ohne dass jemals irgend eine unangenehme Erscheinung aufgetreten wäre. Die Gefahr einer chronischen Phosphorvergiftung sowie Nekrose der Knochen sei nicht so gross. Grösser sei die Gefahr, dass die obige auf eine Woche berechnete Dosis auf einmal genommen werden könnte. Jedenfalls ist es besser, geringere Dosen anzuwenden, wenn man mit denselben sein Auskommen finde. Bisher habe Vortragender keinen Anlass gehabt, geringere Dosen zu verabreichen. *Dr. Em. Mandl.*

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

(Fortsetzung.)

Bei Luftabschluss kann chemisch die Zerlegung der Substanz, wenn auch verschiedenartig nach der Verschiedenheit der Sauerstoffgruppen, die als Oxydationsmittel dienen, stets nur eine oberflächliche sein. Um die Energie zur Synthese zu gewinnen, also im mechanischen Sinne, muss viel mehr Material zerlegt werden, als dem blossen chemischen Bedürfnisse der Ernährung zur Gewinnung der Atomgruppen für den Aufbau entspricht. Je höher aufgebaut das Material bei qualitativ entsprechenden Atomgruppen schon ist — gleichgiltig, ob dies durch nur einen oder durch mehrere Körper erreicht wird — um so geringer ist die Energie, welche zur Synthese erforderlich ist. Pepton erfordert weniger Arbeit als Asparagin, dieses weniger als Milchsäure oder Formaldehyd oder endlich als Kohlensäure. In diesem Energiebedürfnisse liegt es begründet, dass einzelne Körper nicht mehr bei Luftabschluss zur Synthese verwendet werden können, trotzdem sie die zur Assimilation nöthigen Atomgruppen oder Isomere derselben enthalten, sondern dass nur noch durch wirkliche Oxydationen die nöthige Energie zum Aufbau beschafft werden kann.

So liefert z. B. die anaërobe Gährung, d. h. die chemisch reine Spaltung oder einfache Umlagerung von 1000 *g* Traubenzucker zu Alkohol und Kohlensäure nur 372 Calorien oder 158.100 Arbeitseinheiten, die Verbrennung oder Oxydation derselben Menge Zucker zu Kohlensäure und Wasser jedoch 3939 Calorien oder 1,674.000 Arbeitseinheiten. Um also denselben dynamischen Effect, wie durch Oxydation, durch Spaltung oder anaërobe Gährung zu erhalten, müssten statt 1000 *g* Zucker deren 10.595 oberflächlich zerlegt resp. einfach umgelagert werden.

Die Anaërobiose ist also eine besondere Anpassung an bestimmte Ernährungsbedingungen, die wir vielfach schon von vorneherein chemisch nach der Constitution der zur Ernährung dienenden Substanzen und dynamisch nach der Energiemenge beurtheilen. In letzterer Hinsich will ich nur erwähnen, dass nach Stohmann's Ermittelungen der leicht vergährbare Traubenzucker mehr Calorien enthält als bei gleicher empirischer Zusammensetzung der schwer vergährbare Traubenzucker. Indem wir so die Ernährung mit der Wärmebildung, d. h. mit der Energieseite der Frage in Verbindung behandeln, hört die anaërobe Gährung auf, etwas ganz Apartes zu sein und die anaëroben Spaltungen werden mit den Oxydationen durch vielerlei Uebergänge verbunden, wobei bald die chemische Seite, bald die mechanische, bald die biologische sich der Vorstellung von Pasteur nicht fügt, die nur den Extremen gerecht wird. Wir haben es nicht länger mehr nöthig, echte Gährungen von den unechten, eigentliche von den uneigentlichen gänzlich zu trennen, und wenn wir als echte Gährungen nur die bei Anaërobiose verlaufenden betrachten, so machen wir eine ganz willkürliche Grenze, bei der die Vielheit der Erscheinungen nicht beachtet wird, weil nur die eine biologische Seite zur Beobachtung kommt. Und zwar wird die Auslösung der potentiellen Energie gegenüber der letzteren ungebührlich bevorzugt und damit die wahre innere Ursache in ihrer entscheidenden Bedeutung unterschätzt und geradezu verschleiert.

Ueber die Art der Energiegewinnung zur Synthese des specifischen Protoplasma und damit weiter der specifischen Enzyme, Gift und Gährungsproducte haben wir auch einige Fortschritte zu verzeichnen. Schon 1887 habe ich auf der Naturforscherversammlung den einfachsten aber schwierigsten Fall mitgetheilt, als ich fand, dass die Oxydation von Ammoniak zu Salpetersäure auch im Dunkeln die Energie liefert, mit deren Hilfe gewisse Mikroben Kohlensäure assimiliren, was zwei Jahre später von Winogradsky bestätigt wurde. Dieser Forscher fand weiter, dass auch die Oxydation von Schwefelwasserstoff resp. von Ferrocarbonaten für andere Mikroben die Energie zum Aufbau liefern kann. In der Mehrzahl der

Fälle ist es, wie im thierischen Organismus, die Spaltung und Oxydation complexer Molekel, besonders von Eiweiss und Kohlehydraten, welche die Energie liefert, und im Pflanzenreiche sind es bekanntlich unter Vermittelung des Chlorophylls in der Regel die Sonnenstrahlen. Dass das höchste Glied, die gewaltige synthetische Arbeit der grünen Pflanze durch die Sonnenenergie, und das niedrigste Glied, die Nitrification, in der Fähigkeit der Synthese aus Kohlensäure übereinstimmen, verwischt die letzte Grenze, die man bis zu meiner Ermittelung zwischen Thier und Pflanze, zwischen Lebendem und Anorganischem als eine qualitative hatte aufstellen können [1]).

Wichtig ist es, dass nach allen diesen Ermittelungen die Bildung des specifischen Protoplasma, der specifischen Enzyme und Gifte mit der Ernährung im engsten Zusammenhange steht, gleichgiltig, ob die nöthigen Atomgruppen aus einfachen Körpern oder aus ganz complexen Substraten gewonnen werden, ob im ersteren Falle Energie von aussen zugeführt werden muss, ob im letzteren die Zerlegung der Substrate gleichzeitig allein die Energie liefern kann.

Das im erörterten Sinne, also nicht im ontologischen Sinne jener Wesen, die uns als Rest der alten Preistermedicin mit ihren Personificationen noch am Rocke hängen, specifische Protoplasma überträgt die mit seiner Ernährung und Energiegewinnung untrennbaren und im eingeschränkten Sinne specifischen Bewegungen auf bewegungsfähige Körper, d. h. es löst deren Energie aus. Die auslösende Bewegung wird damit zu einer Qualität, die oft scheinbar allein, in der That aber nur mit entscheidet, was erfolgt. Diese Bewegungen der specifischen Gährungs- und Infectionserreger bestimmen nämlich thatsächlich nur die bestimmte Richtung der Zersetzung in den Fällen, in denen sie überhaupt eine Bewegung auslösen können d. h. in denen ihre Bewegungsform adäquat ist einer der Bewegungsmöglichkeiten, welche sich aus der Atomgruppirung der Molekel gährfähiger Substanzen oder der Micellen und Micellarverbände des Protoplasma der befallenen Wirthe ergeben. Ohne die Bewegungsübertragung der Erreger bleibt die Energie der gährfähigen Substanzen und der infectionszugänglichen Organismen, Organe, Gewebe, Zellterritorien, der Säfte und Zellen unausgelöst, latent resp. erfolgt nur in normaler physiologischer Weise und nicht in jener quantitativ und qualitativ abweichenden Weise, die wir eben Krankheit nennen. Aber diese specifischen Erreger können nichts auslösen, was nicht im Bau der Zellen vorher vorhanden war. Sowohl die allgemeinen Immunisirungen durch Activirung der normalen activen Eiweisskörper des Blutserums (Alexine), als die specifischen Immunisirungen gegen bestimmte Microparasiten und die Giftfestigungen des Wirthsorganismus haben sich bei genaueren Untersuchungen als abhängig von den lebenden Zellen des Organismus erwiesen, wie METSCHNIKOFF, ich H. BUCHNER, KLEMPERER gegenüber den rein humoralpathologischen Auffassungen von BEHRING ermittelten. Auch hier sehen wir, dass es sich um eine Wesenheit handelt, bei der zwei Wesen, der Wirthsorganismus mit seinen inneren Ursachen und seiner potentiellen Energie und der Auslösungsorganismus des Mikroparasiten, nothwendig zusammen arbeiten. Beide Momente gehören untrennbar zusammen und deshalb ist weder die kranke Zelle noch der Parasit allein das angeblich gefundene ens morbi. Bei der ontologischen Betrachtung dieses Zusammenhanges kommt man zu der Vorstellung einer Entität, eines Wesens mit einem Willen, zu dem zwei gehören, oder eines Willens, der muss.

Auf diesem Standpunkte steht aber auch die landläufige Behandlung der nur auslösenden Anstösse in der Physik und der Reize in der Physiologie. Im Vertrauen auf das mechanische Wärmeäquivalent und das Gesetz von der Erhaltung der Energie und auf die Begriffskritik pflegen wir bei der Behandlung wissenschaftlicher Probleme den Stier bei den Hörnern zu packen. Fragen wir aber einen Forscher, was denn ein Reiz oder ein Anstoss sei, so pflegt ein heiteres Lächeln die bis dahin strengen Züge des Exacten zu erhellen und aus den tiefsten Tiefen seines Gemüthes holt er wie ein Dichter schöne Bilder und treffende Vergleiche, doch, was wir wissen möchten, erfahren wir nie. So werden Tag für Tag in den specifischen Reizen und nur auslösenden Anstössen auf den Altären der Göttin der reinen Qualität Opfer gebracht, und sie selbst, unser Stolz, die Exactheit schlummert darüber im Schatten dunkler Qualitäten. Bei diesem Zustande der Wissenschaft jetzt, gerade 50 Jahre nach Entdeckung des mechanischen Wärmeäquivalentes, war es deshalb wohl etwas voreilig, wenn schon vor etwa 100 Jahren unser allen Deutschen lieber College SCHILLER von einer «entgötterten» Natur gesprochen hat.

Die Qualität des Anstosses wird wohl Niemand in Abrede stellen können und auch der Physiker weiss ebenso, dass es für den Erfolg durchaus nicht gleichgiltig ist, ob man Dynamit durch einen electrischen Funken oder mechanisch durch Hämmern zur Explosion zu bringen sucht. Aber dies ist Auslösung und nicht Ursache im Sinne der Begriffskritik. Die Ursache liegt stets im Bau der von der Auslösungsbewegung getroffenen Gebilde. Je mehr Bewegungsmöglichkeiten dadurch geschaffen werden, um so leichter kann in der einen oder anderen Richtung Bewegung ausgelöst werden.

Die Weinsäure kann nach unseren heutigen Kenntnissen drei verschiedene Gährungen erleiden. Der Traubenzucker kann mehrere Buttersäuregährungen, eine ganze Anzahl verschiedener Alkoholgährungen und verschiedene Milchsäuregährungen eingehen, bei denen sogar die auf chemischem Wege nicht erhaltbar gewesene linksdrehende Milchsäure durch SCHARDINGER entdeckt wurde. Bei den complicirten Eiweisskörpern erhöht sich die Zahl dieser Möglichkeiten so, dass noch Niemand versucht hat, nur für todtes Eiweiss alle möglichen Gährungen zu sondern. Noch mehr aber steigert sich die Möglichkeit der Zahl bei dem lebenden activen Eiweiss und damit muss eine grosse Zahl von Infectionen möglich sein. Wir können uns so vom rein chemischen Standpunkte kaum wundern, dass die Mehrzahl aller Krankheiten parasitär ist.

Ja es ist bei diesen vielen Bewegungsmöglichkeiten, die gerade das Eiweiss bietet, fast unbegreiflich, dass sich trotzdem immer und immer wieder die besondere Structur noch so entscheidend bemerkbar macht. Bei Zucker derselben empirischen Zusammensetzung wie Rohrzucker, Maltose und Milchzucker kennen wir die Constitution genügend, um die sehr viel schwerere Vergährbarkeit des Milchzuckers gegenüber den beiden anderen Zuckerarten zu verstehen. Bei dem lebenden Eiweiss können wir nur aus den positiven oder negativen Erfolgen der versuchten Auslösungen dieselbe Thatsachen erschliessen, für die wir uns der Bezeichnung der Krankheitsanlage oder Disposition bedienen. Wir kennen verschiedene Dispositionen der Gattungen, Arten und Rassen; aber auch die Disposition des Individuums schwankt nach Alter, Geschlecht, Beschäftigung, Ernährung; das sociale Elend ist deshalb ein Factor, über den sich kein Hygieniker schlankweg hinwegsetzen kann. Gonorrhoe und Syphilis, Cholera und Abdominaltyphus befallen von selbst nur den Menschen, das Rückfallfieber ist auf Menschen und einige Affenarten übertragbar, die sogenannten Tuberkelbacillen, die nach den Ermittelungen von FISCHEL, KLEIN und mir nur die parasitische An-

[1]) Ich bediente mich damals der Bezeichnung «Chlorophyllwirkung ohne Chlorophyll» absichtlich. Bis zu dieser meiner Mittheilung gab es für alle Botaniker ohne jede Ausnahme keine Assimilation der Kohlensäure ohne die Thätigkeit von Chlorophyll, so dass man eigentlich das Chlorophyll als die erst erschaffene aller organischen Substanzen hätte annehmen müssen. Diese Ausnahmestellung passte aber gar nicht zu den übrigen entwicklungsgeschichtlichen Ermittelungen. Die von mir ermittelte Thatsache, die nur durch eine Beobachtung meines Schülers HERAEUS vorbereitet war, hob die Ausnahmestellung endlich auf und dieses letztere wollte ich durch meine Bezeichnung scharf andeuten. So wurde die Sache auch von den beiden Forschern verstanden, die allein unser Wissen über Chlorophyll grundsätzlich erweitert haben, von PRINGSHEIM, der die physikalischen Verhältnisse der Chlorophyllwirkung erkannte und die von mir inductiv begründete phylogenetische Auffassung der Chlorophyllwirkung sogar vor mir deductiv dargelegt hatte, und von ENGELMANN, dem wir die beste Untersuchung über Chromophylle verdanken, und auch von O. LOEW, dem wir so vorzügliche Untersuchungen über Pflanzenphysiologie schulden. Die Bemängelung meines Ausdruckes als Unsinn durch WINOGRADSKY 1889 und PFEFFER 1892 ist deshalb eine Wortklauberei und erinnert an das Verhalten der Stadträthe, wenn sie aus der Sitzung kommen: post festum!

passungsform eines pilzartigen pleomorphen Mikrobion sind, befallen nur bestimmte Gattungen und Arten der Hausthiere und werden durch dieselben so beeinflusst, dass **MAFUCCI** und **KOCH** sogar zwei Species, die der Säugethier- und Hühnertuberculose streng auseinander halten wollten, was allerdings unrichtig ist, da **FISCHEL** und ich diese zwei verschiedene «Species» wechselweise in einander überführen konnten. Der Nährboden der Gewebe und Zellterritorien macht sich mit seinen relativ gleichbleibenden Bedingungen so gewaltig bemerkbar dass man bei Uebertragung desselben Ausgangsmaterials, z. B. bei Tuberculose und Septicämia hämorrhagica, auf verschiedene Gattungen, Arten oder Rassen von Wirthen schliesslich oft sogar verschiedene Arten von Krankheitserregern vor sich zu haben glaubt. Die Specificität der Mikroparasiten als «Entität» oder «Wesen» wird durch solche Versuchsergebnisse wieder recht eigenartig beleuchtet.

Wie man angesichts solcher Thatsachen die entscheidende Bedeutung der Krankheitsanlage als «Ursache» und die Vererbbarkeit der Krankheitsanlage bestreiten kann, ist mir einfach unbegreiflich oder doch nur verständlich bei Jemandem, der sich eben das Problem noch nicht naturwissenschaftlich zurecht gelegt hat, weil er in ontologischen Fesseln fest gehalten ist, die es nicht erlauben, den Gegenstand von verschiedenen Seiten zu betrachten.

Ich habe schon früher gesagt, dass einerseits die einschneidende Bedeutung der Bedingungen, dann die Thatsachen der Wirkungscyklen und der Beeinflussung der Virulenz die Entität der pathogenen und gährungserregenden Mikrobien aufheben. Schon die «specifische» Zelle des einzelnen Organes ist eigentlich eine Wesenheit, die sich aus der Wechselwirkung mit den übrigen, sich gegenseitig regulirenden Zellen des Körpers ergibt, wie es für den Sonderfall der Geschwülste von **VIRCHOW** und **BOLL** längst klar gestellt ist. Man kann deshalb an diese Erscheinungen einerseits den Massstab von **PFLÜGER** anlegen, nach dem «die zahllosen Lebenserscheinungen — trotz allen Scheine der tiefsten Verschiedenheit — doch nur Variationen eines und desselben Grundphänomenes» sind, aber man kann auch andererseits ruhig die thatsächlichen Verschiedenheiten der einzelnen Zellkategorien als specifische auffassen. Für die Ontologie ist mit alledem garnichts gewonnen.

Denn schon bei der einfachsten Form des Parasitismus erweist sich dieser als ein Sonderfall der Symbiose, also als eine Entität aus zwei Wesen, der Infection- und Wirthszelle. Bei der zuerst rein theoretisch in seiner diblastischen Theorie von **NAEGELI** gewürdigten Mischinfection, die neuerdings von **NENCKI** stark überschätzt worden ist, haben wir sogar gegenüber den Wirthszellen mindestens zwei Infectionszellen und damit eine Entität von mindestens drei Wesen. Hierher gehören z. B. die meisten Lungenphthisen des Menschen; sowohl die Kommabacillen der Cholera, als das B. coli commune können Symptome der Cholera auslösen und bei der echten Cholera asiatica kommen Fälle vor, bei denen diese beiden Bacterien nebeneinander in einer Anordnung vorkommen, dass es unmöglich sein kann, zu entscheiden, ob in concret oder Kommabacillus oder die andere Bacterienart die wichtigere ist.

Dasselbe Organ oder Gewebe kann durch ganz verschiedenartige Krankheitserreger anatomisch ähnliche Veränderungen eingehen oder es können ganz ähnliche Symptome hervorgerufen werden.

Bei Syphilis, Lepra, Actinomicose, Tuberkulose und verschiedenen Pseudotuberculosen treffen wir Knötchenbildungen im Bindegewebe; nicht nur die Eiterbacterien im engeren Sinne, Streptococcen und Staphylococcen, sondern auch Tuberkelbacillen, Milzbrandbacillen, Pneumonie- und Typhusbacterien können Eiterungen veranlassen; Cholerabacterien und B. coli commune bewirken Reiswasserstühle. Die Symptome einer Septicämie können durch verschiedene Mikrobien veranlasst werden; Tuberkelbacillen, Typhus- und Pneumoniebacterien können Meningitis hervorrufen.

Auch durch solche Thatsachen wird die Entität der Infektionserreger aufgehoben.

Aber dieselben Krankheitserreger können auch ganz verschiedene Symptome und sogar ganz verschiedene Krankheiten veranlassen, welche die Zellularpathologie scharf auseinanderhalten muss. So können z. B. die Diphtheriebacterien typische localisirte Diphtherie der Gewebe, aber auch Lähmungen und acute Blutvergiftungen bewirken; die Erysipelcoccen rufen typisches Hauterysipel, Eiterungen, Lungenentzündungen, hervor; die Pneumoniebacterien bewirken typische fibrinöse Lungenentzündungen, Septikämie, Eiterungen, Otitis, Meningitis; die Tuberkelbacillen erregen Knötchenbildungen, Eiterungen, reine Phthise.

Durch solche Thatsachen wird die Bedeutung der kranken Zellen als ens morbi aufgehoben.

Wenn ich auch die Entitäten der Krankheitsspecies, der kranken Zellen, der Krankheitserreger nicht mehr als Gegenstand einer wissenschaftlichen Betrachtung anerkennen kann, so gebe ich gern zu, dass die ontologische Betrachtungsweise zur Einführung von Anfängern in das Gebiet einige Vortheile bietet. Wie die Personificationen der Priestermedicin, so bezeichnen auch diese Entitäten Entwickelungs- und Durchgangsstufen und die Kenntniss dieser überwundenen Stufen bereitet den Anfänger leichter auf die erreichten neuen Gesichtspunkte vor, die unvermittelt seinem noch ungeschulten Denken vielleicht zu schwierig sein können. Erleben wir doch solche Schwierigkeiten Tag für Tag mit bereits ausgebildeten Aerzten, die im Berufe keine Zeit zur Weiterbildung und Selbstschulung hatten und es bequemer finden, auf Autoritäten zu schwören, statt des Paracelsus, den Autoritätsdünkel vernichtenden, echt germanischen Spruch hochzuhalten: Non alterius sit, qui suus esse potest.

Wie wir bei verschieden functionirenden Zellen desselben Organismus, etwa bei Nerven-, Drüsen- oder Muskelzellen einen ganz verschiedenen molekularen Aufbau annehmen müssen und zum Theil nachweisen können, so müssen wir auch annehmen, dass sich die gleichen Zellkategorien nicht bei jedem Individuum derselben Art in genau gleicher, sondern in nur ähnlicher Weise mit einer gewissen Breite der Anpassungs- und Arbeitsmöglichkeit vorfinden, d. h. dass die Energie nicht in stets gleich leichter Weise auslösbar ist, dass sie aber, wenn sie von gleichen Reizen ausgelöst wird, in qualitativ gleicher Richtung ausgelöst wird. Der Disposition der Rasse gegenüber erscheint die Disposition des Individuums thatsächlich nur als stärkere oder geringere, aber nicht als eine qualitativ abweichende, etwa so wie der Techniker, der zwei Maschinen genau gleich baut, bei der Prüfung an seinen Indicatorcurven stets individuelle Schwankungen zu verzeichnen hat.

Wenn man neuerdings wieder öfters mit **HENLE**, z. B. von **FRIEDLÄNDER**, **HANAU**, **WEIGERT**, **KOCH**, die Ansicht hört, dass der Grund für den kritischen Verlauf mancher Krankheiten, wie Malaria, Recurrens, Pneumonie, in einer eigenartigen cyklischen Entwicklung des Parasiten liegen soll, so wird das einigermassen unwahrscheinlich, weil diese Parasiten ausserhalb niemals etwas derartiges zeigen, sobald man die Sache genauer verfolgt, weil der Cyclus erreicht wird, ehe von einer Erschöpfung des Nährmaterials die Rede sein kann, und weil sich dies eben nur im thierischen Organismus zeigt. Ich glaube deshalb, dass die besondere Form des Energieüberganges, d. h. das Gewebe des Wirthes den Hauptgrund für den Cyklus enthält, wenn eben gerade diese eine der gegebenen Bewegungsformen durch den einen oder den anderen Parasiten ausgelöst wird.

Ich habe vorher erwähnt, dass bei gleichartiger Energie dieselbe nicht in allen Fällen gleich leicht ausgelöst wird. Es gibt aber noch viel auffallendere Beispiele, welche neben dem qualitativen ein ausgesprocnen quantitatives Moment der Krankheitsreize erkennen lassen. Die algierischen Schafe scheinen im Gegensatze zu unseren einheimischen Rassen immun gegen Milzbrand zu sein und doch erliegen sie grösseren Mengen des Parasiten. Einige Exemplare der Bacterien der sogenannten Hühnercholera tödten ein Kaninchen sicher, während man einem Huhn viele Tausende zum selben Erfolge einspritzen muss. Wenige Tuberkelbacillen führen den Tod eines Meerschweinchens herbei, aber auch den gegen Tuberkulose immunen Hund kann man durch dieselben Mikrobien an typischer Miliartuberkulose eingehen lassen, wenn man ihm grosse Mengen dieser Bacterien zuführt.

Man lernt so den angeblich nur qualitativen und dadurch specifischen Krankheitsreiz als eine Quantität betrachten und doch führen alle physikalischen und physiologischen Werke und Abhandlungen die Auslösung nur als eine Qualität an, die mit der ausgelösten Energie in gar keinem quantitativen Verhältnisse stehen soll. So führte man früher stets als bestes Beispiel die Reizung der Eizelle durch die Samenzelle bei der Befruchtung an, während wir jetzt morphologisch wissen, dass die auslösende Samenzelle etwa die Hälfte der kinetischen Energie liefert. Solche Erfahrungen legten mir seit Jahren die Frage vor, ob denn diese Vorstellung, dass die Auslösung nur eine Qualität darstelle, überhaupt richtig ist, ob nicht vielleicht die Tendenzbetrachtung, die ich früher als eine subjective Schranke erörtert habe, uns verhindert, den quantitativen Zusammenhang zwischen der Menge der auslösenden und ausgelösten Energie zu erkennen. An einem Punkte ist dies sicher stets und überall geschehen, wenn man nämlich übersieht, dass im Energiezusammenhange die ausgelöste, also jetzt kinetische, lebendige Energie stets auch wieder auslösend wirkt, was doch nur durch Energieübergang, für das erste System also durch Energieverlust möglich ist und doch soll in diesem System die ausgelöste potentielle Energie der kinetischen gleich sein. Diesen Verlust kann der Techniker in der Praxis wohl ignoriren, nicht aber der Physiker, wenn er die Energieidee frei von Tendenzvorstellungen zu entwickeln sucht, deren subjectiver Character unverkennbar ist.

(Fortsetzung folgt.)

61. Jahresversammlung der „British Medical Association".

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

(Fortsetzung.)

Dr. Robert Barnes: *Das Hintanhalten der endogenetischen Septicämie.*

Wir wollen mit der Frage beginnen, wie wir den endogenetischen Formen des Puerperalfiebers vorbeugen können. Das erste und ausgiebigste Antisepticum unter allen ist ein rationelles Leiten der Geburt. Dies hängt von der richtigen Auffassung der Physiologie der Gravidität, der Geburt, des Puerperiums und der Lactation ab. Der ganze Verlauf soll ein vollkommen normaler sein; irgend welche Abnormität oder Störung in irgend einem Stadium zieht nach sich die Gefahr, dass die physiologische Reihenfolge im Geburtsacte eine verkehrte wird. Das Gefässsystem, einschliesslich der Structur des Herzens und der Gefässe und der Beschaffenheit des Blutes und der diversen Ausscheidungen wird gestört. Das Resultat hiervon ist eine acute Toxämie. Wenn das Individuum seine Geburt in gesundem Zustande begonnen hatte, so kann das Equilibrium wieder hergestellt werden und Alles kann gut ablaufen. Wenn aber die Organisation des Weibes eine mangelhafte ist, und wenn das Drüsensystem speciell mangelhaft entwickelt ist, so ist die functionelle Ausscheidung eine unvollkommene. Stoffe, die entweder umgewandelt oder ausgeschieden werden sollten, werden zurückgehalten, und indem sie einen für den Organismus schädlichen Metabolismus eingehen, erzeugen sie Fieber.

In dem richtigen Gleichgewichte der Functionen liegt die Garantie gegen die meisten Formen des endogenetischen Puerperalfiebers. Darin liegt die Erklärung, warum Frauen mit schwerem Geburtsverlaufe, Frauen, deren Gefässsystem hoch entwickelt ist, Stichproben ablegen müssen, welche den Organismus der zarten und verzärtelten Töchter Pluto's stark erschüttern.

Viele Frauen dieser Kategorie sind nicht im Stande, der ihnen zugefallenen Aufgabe nachzukommen. Sie können wohl das Stadium der Gestation überleben, aber sie brechen unter der Geburt zusammen; andere können sich noch während der Geburt und des Puerperium hindurcharbeiten, sind aber ihrer Aufgabe bei der Lactation nicht mehr gewachsen.

In dieser Kategorie von Fällen finden wir die meisten Opfer des endogenetischen Puerperalfiebers. Andererseits glaube ich, dass Frauen aus den arbeitenden Classen ganz besonders der Gefahr der Invasion exogenetischer schädlicher Ursachen ausgesetzt sind. Dieser Umstand mag bis zu einem gewissen Grade die persistente Mortalität im Wochenbett in den Provinzen erklären, und dies Moment steht auch im Einklange damit, dass die Mortalität in den Spitälern eine geringere ist. Die Mehrzahl dieser Kranken recrutirt sich aus den arbeitenden Classen. Wenn wir das diesbezügliche geringe Contingent der Primiparae ausser Acht lassen, so sind die Spitalskranken relativ gegen die endogenetische Krankheit gefeit. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Spitalsmortalität hauptsächlich auf Rechnung einer Infection von aussen kam. Wenn nun die Gebärkliniken auf diese Art ihre Existenzberechtigung dargethan haben, so können wir jedoch nicht dasselbe von den Gebärabtheilungen in den allgemeinen Spitälern aussagen. Diese sind erfahrungsgemäss absolut zu verwerfen.

Nun will ich mich bemühen, kurz die wesentlichsten Punkte aufzuzählen, die beobachtet werden müssen, wenn es sich darum handelt, die Puerpera vor endogenetischen Schädlichkeiten zu schützen. Alle diese Momente werden sich auch als nützlich erweisen, um die Gefahr einer exogenetischen Invasion zu vermindern.

1. Vermeide eine complicirte Geburtshilfe; vermeide die Tamponade.

2. Die Geburt involvirt einen Traumatismus. Die blossliegende Fläche, welche durch die Lösung der Placenta bedingt wird, die Lacerationen des Cervicalcanals und der Vagina und die Einrisse ins Perineum sind Wunden, offene Pforten, für das Eindringen fauliger Stoffe aus dem Geburtscanale, und da offene Wunden, welche den athmosphärischen Einflüssen ausgesetzt sind und für welche die Bedingungen zur Heilung nicht gegeben sind, der Eiterung anheimfallen, so ist die Folge davon «Pyämie». Wir können nicht die Uteruswunde ganz und gar schliessen, aber ich bestehe darauf, dass man das lacerirte Perineum sofort oder innerhalb von 24 Stunden vernähen soll. Sogar die Wundfläche des Uterus kann thatsächlich geschlossen werden, wenn man für Contractionen des Organs Sorge trägt. Während und nach der Austreibungsperiode soll der Uterus comprimirt werden, und der Druck *soll* durch sorgfältiges Bandagiren des Abdomens weiter aufrecht erhalten werden. Den meisten erfahrenen Aerzten mag es überflüssig erscheinen, wenn ich dies erwähne, aber ich habe Aerzte gekannt, welche dieses Verfahren nicht befolgen; man mag mir aus diesem Grunde verzeihen, wenn ich die Gefahr einer Vernachlässigung dieser Vorschrift des Nähern auseinandersetze. Der Gebrauch einer guten Binde verhütet die Gefahr einer Aspiration von aussen. Die Gefahr einer Hämorrhagie ist nicht die einzige Folge eines Mangels an Contractionen und wir dürfen niemals daran vergessen, dass die Hämorrhagie, indem sie ein Vacuum im Circulationssystem schafft oder dasselbe vergrössert, auch die centripetale Aspirationskraft erhöhet und auf diese Art in hohem Masse die Absorption und Retention der diversen giftigen Elemente fördert. Ueberdies, wenn der Uterus schlaff wird, so vergrössert sich sein Cavum, und indem er nach rückwärts und aufwärts in das Abdomen zurückfällt und sich vom Becken retrahirt, so wird dadurch ein Vacuum geschaffen, das eine Aspiration bedingt, und zwar nicht blos von Stoffen in der Vagina, sondern auch von putrider Luft und von andern Stoffen von aussen, und die Luft kann auch in einem solchen Falle in die freiliegenden Mündungen der Venen hineingelangen und so einen plötzlichen Tod bewirken.

3. Wenn man die offenen Pforten so viel wie möglich gegen das Eindringen von Giftstoffen abgeschlossen hat, so muss man dafür Sorge tragen, wirklich vorhandenes oder potentiales Gift zu entfernen. Durch Reinlichkeit wird man dies erreichen. Eine Regel geht dahin, dass man den Decubitus am Dorsum dadurch vermeiden soll, dass man die Frau mit Kopf und Schultern hoch lagert; dies ersetzt die Drainage; das Blut und die Ausscheidungen fliessen ab, und diese Lage verhindert auch die Aspiration. Dann kommt die Frage der Injectionen und Irrigationen. Damit berühren wir den gefährlichen Punkt der «complicirten Geburtshilfe». — Ich bin überzeugt, dass man im Allgemeinen die Irrigation lieber vermeidet. Gewiss gibt es auch diesbezügliche Ausnahmen, wie z. B. nach Hämorrhagien oder dort, wo sich Blutgerinnsel anhäufen. Ferner soll man die Placenta untersuchen, um zu sehen, ob sie

ganz ist. Wenn Stücke derselben an den Uteruswänden haften bleiben, so entsteht die Frage der Auskratzung mit dem scharfen Löffel. Diese Operation erheischt die grösste Zartheit und Sorgfalt im Umgehen. Die Wand des Uterus kann in einem solchen Falle leicht rupturirt werden. Ich glaube, dass die Entfernung der adhärente Stücke der Placenta am besten mit dem Finger geschieht, — ein empfindliches Instrument, dem man trauen kann, dass es weiss, was es thut.

4. Man soll sich der antiseptischen Leinwand bedienen, und die äusseren Theile sollen mit Carbolsäure gewaschen werden.

5. Eine andere Massregel, auf die ich schon lange bestehe, ist die Anwendung der Oxytoxica — wenn ich sie so nennen darf — nach der Geburt. Chinin, Ergotin, Hamamelis in mässigen Dosen, 3 oder 4 Mal nach der Geburt, haben eine ausgezeichnete Wirkung, nicht blos als allgemeine Tonica, sondern indem sie auch eine ständige Contraction des Uterus unterhalten.

6. Es gibt einen Zustand bei der Wöchnerin, der beim Hervorbringen der Toxämie eine Hauptrolle spielt. Dieses Moment liegt in dem plötzlichen Uebergange der Evolution in die Involution oder Regression. Eine plötzliche Zunahme der Resorptionskraft findet statt. Ein gewissermassen «durstiges» Circulationssystem hat die Neigung, alle überflüssigen Stoffe einzusaugen. Zunächst macht sich dieser Umstand bezüglich der ergossenen Flüssigkeiten um die Gewebe und in den Geweben des Uterus und der Beckenorgane geltend. Dies ist die erste Probe, auf welche die Circulations- und Excretionsorgane gestellt werden, aber wir dürfen nie daran vergessen, dass die jetzt entwickelte Resorptionsenergie nicht immer damit endigt, dass ausgenütztes Material aufgenommen wird, und dass der Metabolismus und die Ausscheidung mit der Resorption Schritt halten müssen. Wenn das nöthige Gleichgewicht nicht aufrecht erhalten wird, so wird das Blut mit ausgenütztem Material überladen, und durch Retention kommt es dann zu ungewissen Veränderungen. Hier handelt es sich um endogenetische Toxämie. Eine wichtige Massregel, um den Organismus gegen die Tendenz, das durch die Geburt bedingte Vacuum durch die Resorption schädlicher Stoffe auszufülllen, widerständsfähig zu machen, besteht darin, dass man ihm eine gesunde und leicht assimilirbare Nahrung zuführt.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Gynäkologische Tagesfragen.

Von Prof. Dr. **H. Löhlein** in Giessen.

Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

I. Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses.

Die moderne Therapie des Carcinoma uteri mittelst Radicaloperation ist auf FREUND zurückzuführen, der im Jahre 1878 zum ersten Male den carcinomatösen Uterus durch Totalexstirpation und zwar von der Bauchhöhle aus entfernt hat, eine Methode, die seither durch die einfacheren von CZERNY, K. SCHRÖDER, A. MARTIN verdrängt worden. Allerdings ist der Nutzen bisher ein recht bescheidener, da die Häufigkeit der Recidiven schon nach zwei Jahren mindestens 50% beträgt und nach 5 Jahren kaum noch 25% der Operirten recidivfrei sind; doch ist zu erwarten, dass die Erfolge besser werden, wenn erst einmal die Erkenntniss von der Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose in die weitesten ärztlichen Kreise gedrungen ist.

Der allgemein üblichen Eintheilung folgend unterscheidet LÖHLEIN das Carcinoma corporis uteri von dem Carcinom des unteren Gebärmutterabschnittes.

Das erstere ist ungleich seltener, LÖHLEIN hat es in 87 Fällen nur 6 Mal, d. i. in 8% der Fälle constatirt. Die Symptome desselben sind hauptsächlich Schmerzanfälle, die in bestimmten Intervallen, ja zu bestimmten Tageszeiten wiederkehren und atypische Blutungen zu einer Zeit, wo die combinirte Untersuchung ausser einer mässigen Dickenzunahme der Wandung und teigig-nachgiebiger Consistenz derselben nichts Positiv-Diagnostisches constatiren lässt. Hier kann einzig und allein die mikroskopische Untersuchung von mittelst der Curette entnommenen Schleimhautpartien entscheiden. (Im Allgemeinen ist es nicht schwer das Carcinom von der chronischen Endometritis und dem Adenom zu trennen). Ist die Diagnose gestellt, so muss so bald als möglich die Totalexstirpation des Uterus von der Scheide aus vorgenommen werden. — Kann aus irgend welchem Grunde die radicale Heilung nicht mehr angestrebt werden, so tritt die Excochleatio uteri als ein wichtiges, oft auf beträchtliche Zeit hin Abhilfe gegen die Krankheitserscheinungen gewährendes Palliativmittel in ihre Rechte.

2. Das Carcinom des unteren Gebärmutterabschnittes theilt LÖHLEIN mit RUGE in Carcinoma portionis und cervicis ein. Durch die diagnostische Excochleation oder Excision wird es hier leicht möglich sein, schon in frühzeitigen Stadien zur Diagnose zu kommen; sehr früh gibt aber auch die Exploration per vaginam oder per rectum Aufschluss, und es wird daher Sache der praktischen Aerzte sein und, wie LÖHLEIN betont — der Hebammen, denen die Frauen der unteren Klassen zuerst ihr Leid klagen, die Patientinnen rechtzeitig der Operation zuzuführen. Diese kann im Initialstadium in einer Partialexstirpation bestehen, LÖHLEIN bekennt aber, dass er seit fünf Jahren nur mehr die Totalexstirpation geübt hat. — Palliative Mittel sind Aetzungen mit 50% Chlorzinklösung. Zur Desodorisirung Ausspülungen mit verdünnten Lösungen von Acetum pyrolignosum, Kalium hypermanganicum, Tinctura jodi, Creolin. Sodann Application eines Säckchens aus Jodoformgaze, welches zu gleichen Theilen Holzwolle, Kohle, Jodoform und bei Blutungen Taninn enthält.

II. Zur Ventrofixation der Gebärmutter.

Die Erkenntniss, dass bei Retrodeviationen der Gebärmutter eine Dauerheilung im anatomischen Sinn auch durch lange fortgesetzte Pessarbehandlung — LÖHLEIN hat trotz mindestens ein Jahr hindurch geübter mechanischer Behandlung nur bei 18% der an chronischer Retroversio-flexio Leidenden die bleibende Verbesserung der Lage erreicht — sowie die Thatsache, dass manche mit ganz besonders lästigen Symptomen verbundene Retrodeviation nicht einmal eine Aufrichtung in die normale Lage, geschweige denn eine Retention in diesr gestatten, haben vielfach dazu angeregt das ersehnte Ziel auf operativem Wege zu erreichen.

Der Methode CZERNY's folgend, welche darin besteht, dass der Uterus durch jederseits zwei die vordere Wand desselben in halber Dicke der Muscularis durchsetzende Catgut- und Seidenfäden (jederseits 1 Catgut- und 1 Seidenfaden) an die vordere Bauchwand fixirt wird, hat LÖHLEIN in 23 Fällen, bei denen die Ventrofixation oft allerdings nicht in erster Linie wegen der bestehenden Lageveränderung gemacht wurde, dauernde Anteversionsstellung des Uterus erreicht und kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse: 1. dass die Ventrofixation eine zuverlässige Methode ist, 2. dass dadurch keinerlei Beschwerden bedingt werden, 3. dass die Conception nicht beeinträchtigt wird, 4. die Ventrofixation verdient gelegentlich aus anderen Ursachen ausgeführter Laparotomie stets Berücksichtigung, wegen der Retroflexion an sich ist sie aber nur dann angezeigt, wenn sehr erhebliche Beschwerden mit Sicherheit auf diese zurückgeführt werden müssen, die fehlerhafte Lage jedoch durch die orthopädische Therapie nicht ausdauernd corrigirt werden kann.

III. Die Verhütung fieberhafter Krankheiten im Wochenbette.

Seitdem die Fortschritte der antiseptischen Chirurgie auch von den Geburtshelfern eifrig verfolgt werden, haben sich die Verhältnisse der öffentlichen Entbindungsanstalten durchaus nicht mit einem Schlage, sondern Schritt für Schritt günstiger gestaltet. Eine statistische Zusammenstellung R. DOHRN's über die Sterblichkeitsverhältnisse der öffentlichen Entbindungsanstalten Deutschlands während der Jahre 1874—1883, also im ersten Jahrzehnt der antiseptischen Geburtshilfe ergibt noch eine Sterblichkeit von 1·37%, während schon die Tabellen der 80er Jahre und gar erst die jetzt erscheinenden Berichte zwischen 0·5% und 0% schwanken. So hat die Anstalt in Lille unter 1000 Entbindungen, unter welchen 120 Operationen, keinen einzigen Todesfall zu verzeichnen, und ebenso

betrug die Sterblichkeit der unter Leitung des Verfassers stehenden Giessener Klinik in den Jahren 1888 bis 1892 0·21%, resp. wenn man die vorgekommenen 5 Todesfälle, weil nicht durch Sepsis veranlasst, in Abrechnung bringt, 0%. — Sogar die puerperale Morbidität, d. h. Erkrankungen mit Fieber über 38% belief sich auf nur 8·36%. Die angegebenen, ideal zu nennenden Resultate wurden gewiss nicht zum geringsten Theil erzielt durch den Bau einer den modernen Gesetzen der Hygiene entsprechenden neuen Klinik, dann aber durch Präventivmassregeln, unter denen die Einschränkung der vaginalen Desinfection vor der Geburt obenan steht. Diese wird nur geübt: 1. wenn schon in der Schwangerschaft eitriger Fluor bestand oder gonorrhoische Infection bestimmt nachgewiesen ist, 2. wenn innere Untersuchungen oder gar Entbindungsversuche bereits vor der Aufnahme in die Klinik stattgefunden haben, 3. wenn die Kreissende fiebert, bei Zersetzung des Fruchtwassers und Gasentwicklung intra partum, 4. bei partus arte prämaturus wegen der in den Uterus einzulegenden Bougies. — Die Schwangeren werden gebadet, mit Seife gründlich gereinigt und dann die äusseren Genitalien durch Abreiben mit in Sublimat 1 : 2000 getauchten Bäuschchen — nicht mit Bürsten — desinficirt. Fiebernde werden isolirt, nicht aber auf das «septische Zimmer» gebracht, solange sie sich nicht als «septisch inficirt» erweisen.

Auch in der Hauspraxis hat sich entsprechend einer von EHLERS für Berlin entworfenen Zusammenstellung eine Verbesserung von 31·8% ergeben; und wenn die Besserung nicht bedeutender ist, so liegt die Erklärung hiefür in der durch das Vertrauen auf die Antisepsis gesteigerten Operationsfrequenz. Daraus resultirt eine Warnung für die Aerzte, namentlich für die jungen, niemals ohne klare Indication operativ einzugreifen. Da weiters die Leitung der normalen Geburt gegenwärtig zumeist noch in den Händen der Hebammen liegt, schlägt LÖHLEIN vor, den Stand der Hebammen durch erhöhte Anforderungen an ihre Vorbildung im Allgemeinen zu heben, dann aber für dieselben Repetitionscurse und Wiederholungsprüfungen einzurichten, wie solche in Hessen thatsächlich bestehen.

Die innere Exploration ist auf ein Minimum zu beschränken (1- höchstes 2 Mal), als Desinficiens ist, wenn auch das Lysol sich als höchst beachtenswerth erwiesen hat, den Hebammen vorderhand die 2½—3% Karbolsäure, mit deren Handhabung sie bereits hinlänglich vertraut sind, auch weiterhin zu empfehlen. *W.*

Thomas H. Huxley
Grundriss der Physiologie.

Von **Dr. J. Rosenthal**,
Professor an der Universität Erlangen.
Dritte vermehrte und erweiterte Auflage.
Mit 118 Abbildungen im Text und einem Titelbild.
Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig 1893.

Von diesem ausgezeichneten Werk ist nun, nach längerem Zwischenraum, die letzte, fünfte Lieferung erschienen. Sie enthält ausser dem Abschluss des Werkes auch Ergänzungen, die von dem trefflichen und gelehrten Uebersetzer herrühren und einzelne in den Vorlesungen selbst berührte Gegenstände etwas eingehender behandeln. Es ist nicht daran zu zweifeln, dass die HUXLEY'sche Physiologie trotz der trefflichen physiologischen Handbücher, die deutsche Forscher geschrieben haben, auch in ihrer dritten Auflage die Verbreitung finden wird, welche der Name des berühmten Verfassers, und die ganz eigenthümlich classische Form dieser «Grundzüge» erwarten lassen.

Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung.

Von **Dr. A. Baer** in Leipzig.
Verlag von Georg Thieme. Leipzig 1893.

Den Lehren der kriminal-anthropologischen Schule wohnt eine sociale Bedeutung inne, welche ihnen nicht bloss die regste Aufmerksamkeit der Fachkreise, sondern auch das lebhafteste Interesse der gesammten gebildeten Welt sichert.

Bisher aber fand das Publikum, welches in Enthusiasten und Skeptiker mit mehr oder weniger Motivirung sich spaltet, wenig Gelegenheit, sich ein, wenn auch laienhaftes, so doch eigenes Urtheil zu bilden, da es fast bloss die illustren Vorkämpfer jener Richtung zu hören bekam. Vorliegendes Werk wird deshalb Allen willkommen sein, welche sich für eine möglichst unbefangene Deutung der sonst als beweiskräftig angeführten Thatsachen interessiren, die sich auf die Frage über die Entstehung und das Wesen des Verbrechers, über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Individualität und Verbrechen beziehen.

Ohne im mindesten den hohen Werth der Forschungen in kriminal-anthropologischer Richtung antasten zu wollen, bemüht sich der Autor, gestützt auf Fachlitteraur, fremde und was besonders ins Gewicht fällt, eigene Erfahrung, wozu er als langjähriger Arzt an grossen Straf- und Gefangenanstalten reichlich Gelegenheit fand, den Nachweis zu erbringen, dass die bisher gebrachten Beweismittel zur Aufstellung des anthropologischen Typus «Verbrecher» unzulänglich wären, dass das Verbrechen mehr als Produkt **s o c i a l e r**, als somatischer und anthropologischer Factoren entstünde.

Die strenge Wissenschaftlichkeit des Verfassers, von der das Werk an jeder Stelle Zeugniss gibt, überhebt ihn wohl der Insinuation, er habe mit einer gewissen Voreingenommenheit das Thema behandelt, im Gegentheil, er bringt Gründe pro und contra, und erst am Schlusse lässt er unparteiisch seiner eigenen Meinung Raum.

Der erste Theil behandelt die körperliche Beschaffenheit des Verbrechers, die zahlreichen Anomalien des Schädels und Gehirns und der Sinnesorgane, der zweite, die geistige Beschaffenheit mit besonderer Berücksichtigung der Verstandesthätigkeit und des Gefühlslebens, sowie der häufig vorkommenden Geisteskrankheiten; der dritte, wichtigste Theil, betrifft die Grundfrage: «Ist die Verbrecher-Individualität durch eine organische Anlage bedingt?»

Wie vorausgeschickt, tritt Verfasser im Gegensatz namentlich zu den Lehren der positiven Schule und es ist Aufgabe der Fachkreise, die Schlüsse und Ergebnisse zu prüfen, zu welchen er kommt; in jedem Falle aber kann das reichhaltige und übersichtliche Werk dem Studium aller Derjenigen auf's Angelegentlichste empfohlen werden, welche sich mit diesen Fragen eingehender befassen wollen.

Die beigehefteten statistischen Tafeln bürgen für die Exaktheit der im Werke mitgetheilten Untersuchungen. *Dr. M. N.*

Zeitungsschau.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald.

Dr. Buschke, I. klinischer Assistenzarzt: **Ein erfolgreicher Versuch mit der Behandlung von Tuberkulose der Extremitäten mittelst Stauung nach Dr. Bier.**

Es gehört (nach ROKITANSKY, HELLER u. A.) zu den Seltenheiten, dass eine frische Tuberkulose sich in Lungen entwickelt, in denen, sei es in Folge eines nicht compensirten Herzfehlers, sei es in Folge anderer Ursachen z. B. starker Kyphose eine venöse Hyperämie besteht. Neuere Beobachter (BAMBERGER, QUINCKE) nahmen sogar an, dass auch schon bestehende Tuberkulose in einer gestauten Lunge leichter heilt als sonst. — Auf Grund dieser Betrachtungen kam BIER auf den Gedanken, tuberkulös erkrankte Gewebe, vor allem der Extremitäten künstlich unter ähnliche Bedingungen zu setzen, wie sie in den genannten Fällen natürlich vorkommen.

Die Methode der künstlichen Stauung (von Professor HELFERICH bei ungenügender Callusbildung an fracturirten Extremitäten ausgebildet und erfolgreich angewendet) ist folgende: Das Glied wird bis dicht unterhalb der Stelle, welche gestaut werden soll, eingewickelt. Dicht oberhalb des zu stauenden Gliedabschnittes wird ein Gummischlauch oder eine Gummibinde über einer Lage Filz oder Watte (um zu starken Druck zu vermeiden) angelegt, mässig angezogen und mittelst einer Klemme fixirt. In dieser Weise verbleibt der Schlauch zuerst einige Minuten, dann einige

Stunden und schliesslich über 36 Stunden ohne Schaden liegen. Die Patienten lernen das Anlegen und Abnehmen der Binde selbst und können daher in vielen Fällen ambulatorisch behandelt werden.

BIER hat diese Methode bei leichter und schwerer Tuberkulose der Knochen und Gelenke, der Haut, der Extremitäten (und Hoden) theils allein, theils in Verbindung mit Excochleation, partieller Resection, theils mit Jodoformglycerininjectionen angewendet und dadurch in vielen Fällen Heilung, in anderen Besserung erzielt.

Verfasser hat das Verfahren in einem Falle angewendet, wo nur durch eine ausgedehnte atypische Resection oder Amputation Heilung zu erwarten gewesen wäre.

Es handelte sich um einen sehr gracil gebauten 44jährigen Mann mit exquisit phthisischen Habitus mit einer Erkrankung des rechten Ellbogengelenkes. Dieses zeigte eine bedeutende Schwellung vom unteren Drittel des Oberarmes über das Gelenk, bis auf den Vorderarm sich erstreckend. Die Ellenbeuge war fast vollständig verstrichen und mass um 5 *cm* mehr im Umfang als links. Das Gelenk stand in Flexion von 160° und Pronation. Die Haut war darüber glänzend, blass, mit durchschimmernden Venennetzen. Die Palpation war ungemein schmerzhaft, zeigte die Verdickung hauptsächlich auf Oedem der Haut beruhend, doch liess sich auch das obere Ende des Radius als vergrössert erkennen.

Wegen hochgradigster Schmerzhaftigkeit waren die leisesten Bewegungen nicht ausführbar. Sonst fand sich noch in der linken Fossa supraclavicularis Dämpfung und Bronchialathmen; das Sputum gering, Tuberkelbacillen enthaltend. Der letzte Lendenwirbel auf Druck schmerzhaft.

Es wurde das Verfahren nach Dr. BIER eingeleitet und Patient damit ambulatorisch behandelt. Das Resultat ist ein recht erfreuliches: Die Contouren des erkrankten Gelenkes sind normal, das Oedem ist geschwunden; die Gelenkskörper nicht nennenswerth vergrössert. Die Palpation völlig schmerzlos; active und passive Flexion bis zum rechten Winkel möglich, Pronation völlig ausgiebig, Extension, Supination kleine Defecte aufweisend. Alle diese Bewegung schmerzlos ausführbar, man fühlt hiebei an der Radialseite des Gelenkes deutliches Reiben. Wir können also annehmen, dass der schwere local - tuberkulöse Process zur Heilung gekommen ist.

Spontanheilung ist hier um so weniger anzunehmen, als der Befund in der Lunge der gleiche geblieben, die Entzündung des Lendenwirbels sich eher noch verschlimmert hat.

Der beschriebene Fall fordert entschieden auf, das Verfahren einer weiteren ernsthaften Prüfung zu unterziehen. *B. S.*

Dr. Kuh: Die Paralysis spinalis syphilitica (Erb) und verwandte Krankheitsformen. (D. Zeitsch. f. Nervenh. III. 359.

Eine neue Gruppe der unter dem Namen Myelitis gangbaren Krankheitsformen hat ERB als syphilitische Spinallähmung ausgeschieden, welche sich charakterisirt durch: spastische Lähmung der unteren Extremitäten, hochgradig gesteigerte Sehnenreflexe, geringe Muskelspannungen. Störungen der Harnentleerung, geringe Störungen der Sensibilität.

ERB's Assistent KUH veröffentlicht in dieser Arbeit 60 hiehergehörige Fälle und schliesst eine genaue Darstellung des Krankheitsbildes an.

Aetiologie: Auftreten in den ersten Jahren nach der Infektion; als veranlassendes Moment spielt ungünstige Witterung eine Rolle, allenfalls auch Trauma und Ueberanstrengung.

Symptomatologie: Schleichender Beginn kurze Zeit nach der Infektion (oft gehen cerebrale Symptome voran), Schwäche und Steifigkeit der Beine, Formicationen in denselben. Schmerzen nicht gewöhnlich und nur von geringer Intensität (Wirbelsäule, Sacralgegend).

Manchmal beginnt die Krankheit einseitig. zu den Frühsymptomen gehört auch die Störung der Harnentleerung und der Potenz.

Auf der Höhe der Erkrankung ist das Hauptsymptom die spastische Lähmung der unteren Extremitäten (selten complete Paralyse). Im Gegensatz zu dem spastischen Gang sind die geringen Muskelspannungen. Sehnenreflexe gesteigert. Fussclonus constant vorhanden. Hautreflexe eher herabgesetzt. Objective Sensibilitätsstörungen sind selten und beziehen sich meist auf isolirte Herabsetzung einer Empfindungsqualität, häufig Temperatursinnstörungen.

Parästhesien sind gewöhnlich vorhanden. Beschränkung der Symptome auf die untere Körperhälfte. Residuen von Lues.

In complicirten Fällen tritt Ataxie auf, oder Betheiligung der oberen Extremitäten. Nicht selten erkrankt auch Gehirn und Gehirnnerven (Syphilis!)

Verlauf: chronisch, progressiv. Remissionen, selbst Ausheilung, der gewöhnlich Recidiv folgt.

Differentialdiagnose: Von der Tabes sind die mit Ataxie und Hirnerscheinungen complicirten Fälle zu unterscheiden durch das frühzeitige Auftreten nach der Infektion, die Sehnenreflexe, Ataxie bei spastischem Gang.

Die sogenannte Forme fruste der multiplen Sclerose ist durch das Missverhältniss der Muskelspannungen und des spastischen Ganges zu unterscheiden. Compressionsmyelitis ist ausgezeichnet durch Reizungssymptome und locale Veränderungen der Wirbelsäule.

Syringomyelie zeigt immer trophische Störungen. Die spastische Spinalparalyse (nicht syphilit.) zeigt nie Blasen und Mastdarmstörungen, Schmerzen oder Complicationen mit Hirnerscheinungen.

Hämatomyelie: Anamnese keine Syphilis, Herzfehler, rasche Progression, complete Paralyse und Auftreten von Atrophie.

Eine Trennung von den nicht syphilitischen Myelitiden ist sehr schwer, obzwar bei denselben das typische Bild der in Rede stehenden Affection nicht vorzukommen scheint.

Prognose im Allgemeinen besser als die der nicht syphilitischen Myelitis.

Therapie energische antiluetische Behandlung.

Anatomie. Localisation: hintere Partien der Seitenstränge und Uebergreifen des Processes auf die Hinterhörner und Hinterstränge im Dorsalmark.

Eine verwandte Krankheitsform wird veranlasst durch Localisation des Processes im Lendenmark. Sie unterscheidet sich durch kurze Prodrome. Die entwickelte Krankheit zeigt schlaffe Lähmung, nicht complet, auf beiden Seiten verschieden ausgesprochen. Sensibilität wie bei der spastischen Form. Sehnenreflexe herabgesetzt oder erloschen. Blasen und Mastdarmstörungen. Die Diagnose ist oft nicht zu stellen, häufig sind Combinationen mit Tabes. Die Prognose ist wegen Localisation des Prozesses im Lumbalmark eine schlechtere als bei der dorsalen Form *R. K.*

Prof. Dr. J. G. Edgren (Stockholm): **Ueber einen Fall von halbseitiger Lähmung nach Diphtherie.** (Deutsche medicinische Wochenschrift, Nr. 36, 1893.)

Die Lähmungen in hemiplegischer Form nach Diphtherie sind selten. Verfasser bespricht folgenden Fall:

Patient 10 Jahre alt, hat in früher Kindheit Masern und Keuchhusten durchgemacht, war seitdem immer gesund. 15. November 1890 erkrankte er an Diphtherie. Drei Wochen nach Beginn der Erkrankung, als er schon völlig genesen schien, fiel er plötzlich von einem Stuhl zu Boden. Am Tage danach zeigte sich Lähmung der rechten Körperhälfte und der Sprache. Daneben bestand Anästhesie und Herabsetzung der Temperatur gegen die andere Seite. Urin und Fäces gingen unfreiwillig ab. Bald trat Besserung ein. Jänner 1891 konnte Patient sich schon mühsam bewegen. Einige Wochen später konnte er schon ausgehen, die Sprache wurde verständlich, doch behält sie noch durch mehrere Monate nasalen Charakter. 14. Jänner 1892 in das Krankenhaus aufgenommen. Damals wurde noch eine ganz leichte Parese der ersten unteren Facialiszweige, Schwäche des rechten Armes, eine gewisse Steifheit des rechten Beines bemerkt. Die rechten Extremitäten sind kälter als links, die Ernährung ist beiderseits gleich, Reflexe rechts stärker als links. Sensibilität auf beiden Seiten gleich, elektrische Sensibilität am rechten Arm und Bein etwas abgestumpft, ebenso die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven rechts etwas herabgesetzt.

Elektrische Behandlung durch mehrere Wochen. 15. März fast vollständig hergestellt.

Bei der Durchsicht der Literatur zeigt sich, dass Hemiplegien nach Diphtherie nicht selten sind. Verfasser citirt 2 einschlägige Fälle von HENOCH und AUERBACH ausführlicher und kommt dann auf die Besprechung seines Patienten zurück.

Er nimmt den cerebralen Charakter der Hemiplegie als bestimmt an und verlegt den Sitz der wahrscheinlich anzunehmenden Blutung (für Embolie fehlt jeder Anhaltspunkt, da Patient keine Spur eines Herzleidens zeigte) in die innere Kapsel der linken Hemisphäre.

Wahrscheinlich waren in Folge der Diphtherie die Gefässwände angegriffen und in ihrer Widerstandsfähigkeit herabgesetzt.

Hyperämie und capilläre Blutungen sind in den peripheren Nerven und im Rückenmark wiederholt bei den gewöhnlichen diphtheritischen Lähmungen vorgefunden worden. Jedoch haben diese sonst ihren Grund in einer multiplen Neuritis der peripheren Nerven, die genannten Blutungen spielen eine ganz untergeordnete Rolle. Bei den cerebralen Lähmungen ist dagegen die Gefässalteration und die dadurch bedingte verminderte Widerstandsfähigkeit der Gefässe von grösster Bedeutung. Aber sowohl die Veränderung der Gefässwände als die multiple Neuritis muss als Coëffect derselben im Blute kreisenden Agentien — der Toxine — angesehen werden.»

B. S.

Oefele (Neuenahr): **Gymnema silvestre bei süsser und bitterer Parageusie.** (Aerztl. Rundschau. 37 u. 38. 1893.)

Ausgehend von den Parästhesien der Diabetiker bespricht OEFELE die Geschmacksstörungen derselben mit einem Ausblicke auf die Geschmackswahrnehmung überhaupt und empfiehlt zur Behandlung dieser Parageusien die Gymnemasäure. Die bisherige Litteratur über Gymnema silvestre stellt Verfasser am Schlusse zusammen und gibt im Verlaufe eine kurze Zusammenstellung über deren Inhalt, der sich bis jetzt ausschliesslich mit chemischen und physiologischen Versuchen befasst.

Verfasser ging mit Erfolg zur therapeutischen Verwendung von Theeblättern, imprägnirt mit Gymnemasäure über, bei den subjectiven süssen und bitteren Geschmacksempfindungen, die besonders nach den Mahlzeiten in lästiger Weise bei den Diabetikern auftreten; es werden die Blätter im Munde erweichen gelassen und wie sie die Möglichkeit benehmen, den objectiven Geschmack von Chinin und Saccharin wahrzunehmen, so löschen sie ebenso das subjective Auftreten diese beiden Geschmacksqualitäten bei dem pathologischen Processe der Parageusie auf.

Verfasser gebraucht folgendes Recept: Acidi gymnemici Merck 0·1, Spiritus vini quantum satis. Ad impraegnationem, Solve, Adde, Theae nigrae «Pekoe» 4·0, Exsicca leni calore. Da ad scatulam ligneam. Signa: Nach Bedarf 1—2 Blättchen öfter des Tages in den Mund einzuführen.

Dr. Arthur Helme: Die Zusammensetzung des in der Gebärmutter ausgeschiedenen fötalen Urins. (Brit. med. Journ. — Frauenarzt, Sept. 1893.)

Der Autor fasst die Ergebnisse seiner Untersuchung in den folgenden Sätzen zusammen:

1. Die fötalen Nieren scheiden selbstthätig während des intrauterinen Lebens Harnstoff aus.
2. Der Urin des normalen, lebenden Fötus enthält Harnstoff
3. Der Urin des normalen, lebenden Fötus enthält Kreatinin.
4. Die fötale Nierenausscheidung ist eine mögliche Quelle für die Entstehung des Liquor amnii; dies wird erwiesen durch die Gegenwart von Harnstoff und Kreatin in diesen beiden Flüssigkeiten.
5. Das Vorhandensein von Sulphaten und Phosphaten im Liquor amnii und ihr Fehlen im fötalen Urin lässt diesen als eine nicht ausschliessliche Quelle für die Bildung des Fruchtwassers erscheinen.
6. Der Gehalt an Harnstoff und Kreatinin im Urinsekret erfährt während der ersten Stunden nach der Geburt eine bemerkenswerthe Vermehrung.
7. Kreatinin ist normalerweise vorhanden sowohl im Harn neugeborener Kinder als auch in denjenigen von Säuglingen.

Max Thorner (Cincinati, Ohio): **Rheumatische Affectionen des Rachens.** (Vom Autor eingesandter Separatabdruck.)

Die a c u t e rheumatische Pharyngitis ist charakterisirt durch das plötzliche Auftreten von Schmerzen im Rachen bei geringen oder ganz fehlenden krankhaften Veränderungen von seiten der Schleimhaut. Die Krankheit tritt auf nach Erkältung, Durchnässung, und es bestehen oft gleichzeitig rheumatische Affectionen der Gelenke oder es entwickelt sich nach kurzer Zeit ein acuter Gelenksrheumatismus. Meist klagt der Kranke über Schlingbeschwerden, welche aber nicht etwa Folgen einer Schwellung oder Hyperästhesie der Schleimhaut sind, vielmehr als Ausdruck einer Affection der zahlreichen unter der Schleimhaut gelegenen kleinen Muskelchen angesehen werden müssen. Oft bestehen Schmerzen in den Muskeln des Nackens, der Kehlkopf ist an diesen Attaquen selten betheiligt, Verfasser hat jedoch auch Kranke gesehen, die an intensiven Schmerzen in der Kehlkopfgegend litten.

Weniger bekannt und von grösserem Interesse ist die c h r o n i s c h e rheumatische Erkrankung des Pharynx. Auch hier klagt der Kranke über Schmerzen im Halse, aber diese sind mehr localisirt und es finden sich meist einige Punkte deren Berührung dem Kranken besonders empfindlich ist. Es sind dies die hinteren Gaumenbögen, der Zungengrund, die ganze Region über dem Zungenbein und die seitlichen Parthien der Cartilago thyreoidea. Die anatomischen Verhältnisse der Gegend um das Zungenbein, wo die fibrösen Ansätze so vieler kleiner Muskeln concentrirt sind, was ja an der äussersten Fläche des Schildknorpels ebenfalls stattfindet, erklären genügend diese Prädilectionsstellen für die rheumatische Erkrankung. Die Schmerzen selbst sind intermittirend, und stärker bei schlechten Wetter. Das Schlingen ist meistens, das Sprechen oft erschwert und schmerzhaft. Oft quält die Kranken ein Gefühl von Trockensein, von Brennen, oder die Empfindung eines fremden Körpers im Halse.

Die Behandlung in beiden Formen besteht in Darreichung von Salicyl-Präparaten, durch die man oft staunenswerthe Erfolge erzielt. In chronischen Fällen ist der Gebrauch heisser Quellen von Nutzen. Die Diagnose kam oft nur ex juvantibus gestellt werden.

A. P.

Percy Jakins: Merkwürdiges Fortschreiten des körperlichen Wachsthums nach Entfernung der Tonsillen und adenoiden Vegetationen. (The journal of Laryngology etc. VII. 9.)

Ein 17 jähriger junger Mann, dessen Geschwister alle von hervorragender Grösse und Kraft waren, blieb ausserordentlich klein und gracil. Er litt an vergrösserten Tonsillen und an adenoiden Vegetationen, welche ihm jedoch nur geringe Beschwerden verursachten. Verfasser rieth die operative Entfernung der letzteren, nach deren Ausführung der junge Mann rasch zu wachsen begann und innerhalb 2 Jahren seine Geschwister an Kraft überholte.

Verfasser ist überzeugt davon, dass die erwähnten krankhaften Veränderungen einen hemmenden Einfluss auf die Entwickung des jungen Mannes geübt hatten.

A. P.

Simon Baruch: Ein neues diagnostisches Zeichen des Bauchtyphus. (The New-York medical journal. LVIII: 2. Sept. 1893.)

Mit Rücksicht darauf, dass mehrere (auch deutsche) Autoren den Satz aufgestellt haben, dass der günstige Ausgang eines Typhus nahezu sicher ist, wenn die Bäderbehandlung vor dem 5. Krankheitstage begonnen wird, hat sich Verfasser um ein sicheres Zeichen dieser in ihren Anfängen oft so schwer zu erkennenden Krankheit umgesehen, und glaubt ein solches in folgenden Temperaturverhältnissen gefunden zu haben.

Sobald ein Patient eine Temperatur (im Rectum gemessen) von über 38·8° C. Morgens und 39·4° C. Abends 3 Tage nacheinander zeigt, besonders wenn dieses Fieber einhergeht mit Kopfschmerz und Abgespanntheit, so soll der Kranke in ein Bad von 32·2° C. gesetzt werden, welches unter gleichzeitigen Abreibungen des Körpers allmählig auf 26° C. abzukühlen ist. Ist nach 3 Stunden die Körpertemperatur noch immer über 38° C., so kommt der Kranke neuerlich in ein um 5° C. kühleres Bad.

Wenn ein drittes (abermals etwas kühleres) Bad nicht im Stande ist, die Körpertemperatur im Laufe einer halben Stunde herabzusetzen, dann ist die Diagnose eines vorhandenen Typhus nahezu sicher und die hydriatische Therapie sofort durchzuführen. Verfasser hat auf diese Weise in 2 Fällen, welche für Typhus gehalten wurden, diesen ausgeschlossen und in der That entpuppte sich im weiteren Verlaufe der eine als eine centrale Pneumonie, der andere als eine Osteomyelitis. *A. P.*

Dr. M. Tschistiakow: Ueber die Ansteckungsfähigkeit der kondylomatösen Spätsyphilis. («Wratsch», russisch, 23/92. — Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 77, 1893.)

Verfasser glaubt, dass die Syphilis nicht so schnell ihre Ansteckungsfähigkeit verliert, wie die meisten Autoren behaupten und beschreibt 5 interessante eigene Fälle. In einem Fall wurde die Gattin eines Offiziers, welcher 6 Jahre nach erfolgter Infection und nachdem er eine sorgfältige Cur durchgemacht, sich verheiratet hatte, 5 Monate nach der Verheiratung von ihm schliesslich inficirt, gerade zu einer Zeit, als bei ihm Plaques auf der Zunge auftraten. In einem zweiten Fall hat ein ebenfalls vor 6 Jahren inficirter, mehrmals behandelter, und gar keine Erscheinungen darbietender Officier seine Maitresse angesteckt. Einige Monate darauf bekam er einen papulösen Ausschlag auf der Hand. Der dritte Patient hat ein gesundes Mädchen befruchtet, das Kind kam lebend und gesund zur Welt. Er verkehrte immer mit derselben Person und 3 Jahre später wurde sie bei einer abermaligen Schwangerschaft von einem Fötus infizirt, welcher frühzeitig und todt zur Welt kam. Der vierte Fall ist dem dritten analog; im fünften Fall infizirte ein Patient seine Frau, 9 Jahre nachdem er Syphilis acquirirt hatte, als er eine Ulceration am Penis und Ekthyma hatte. Solche Ulcerationen unbestimmter Natur findet man sehr oft bei Prostituirten; Verfasser betrachtet sie alle als verdächtig. Zum Schlusse resumirt Verfasser seine Beobachtungen dahin, dass die Lues nicht nur im ersten Quinquiennium, sondern auch im zweiten und dritten ansteckend sein kann, dass das späte kondylomatöse Stadium seine ganz typischen, und deshalb oft als tertiäre Erscheinungen ausgesprochenen Symptome darbietet, und dass daher alle Prostituirten, welche keine deutlichen tertiären Erscheinungen darbieten, gefährlich sein können, sobald sie nur «unbestimmte» Ulcerationen an den Genitalien aufweisen. Das tertiäre Stadium des Lues selbst betrachtet Verfasser als nicht infectionsfähig.

Fournier (St. Louis): **Ueber Neurasthenia syphilitica.** (La Médecine moderne Nr. 77, 1893.)

M. FOURNIER hat über die Häufigkeit des Vorkommens einer Neurasthenia syphilitica Untersuchungen angestellt, insbesondere mit Rücksicht auf die schwierige Differenzialdiagnose gegenüber der Hirn- und Rückenmarkssyphilis.

Als wichtige unterscheidende Merkmale ergeben sich folgende Momente:

1. Bei der Neurasthenie fehlen die bedeutsamen und für anatomische Hirnläsionen charakteristischen Symptome, als Ungleichheit der Pupillen, Zittern der Hände, der Lippen, der Zunge. Desgleichen wird man delirirende Vorstellungen vermissen, welche das Bild der Paralyse einzuleiten pflegen.

2. Dagegen findet sich ein wahrer Ueberfluss an überzähligen Symptomen (Luxe de symptomes inutiles). Der Neurastheniker klagt über alle erdenklichen Schmerzen, über verschiedenartige Hyperästhesien, über allgemeines Mattigkeitsgefühl, Dyspepsien, Palpitationen, Störungen der sexuellen Sphäre, leichte Gemüthserregbarkeit. Keines dieser zahlreichen Symptome bietet der Paralytiker.

3. Symptome, welche das Bild einer organischen Erkrankung vortäuschen. Diesem Momente schreibt FOURNIER die grösste diagnostische Beweiskraft zu. Die Klagen der Neurastheniker construiren das verzerrte Scheinbild einer anatomischen Krankheit. Sein Tremor zeigt sich aber blos in Augenblicken psychischer Erregung. Er klagt über Gedächtnissschwäche und gibt dabei correcte Antworten, wenn er über Ereignisse aus seinem vergangenen Leben ausgefragt wird. Man findet Unfähigkeit zu geistiger Sammlung, nicht aber jene tiefen Lücken der Erinnerung, welche den Paralytiker charakterisiren.

Der Kranke gibt vor, verrückt zu werden. Geht man der Sache auf den Grund, so stösst man auf correctes Raisonnement. Sein Denken ist träge und schwerfällig, aber ohne einen Defect der Intelligenz.

Er sucht endlich nach vernünftigen und möglichen Erklärungsgründen für seine Krankheit, der Paralytiker dagegen fühlt sich krank, ohne dafür eine plausible Ursache angeben zu können.

Der Neurastheniker wird durch den Arzt gebessert. Durch psychische Beeinflussung werden viele von ihnen in 8—10 Tagen geheilt. Auf den Paralytiker bleiben Vernunftsgründe ohne Wirkung.

Auch von der Tabes dorsalis ist Neurasthenia syphilitica auseinanderzuhalten; bisweilen ist diese Trennung nicht leicht, wie bei der Pseudotabes neurasthenica. Dabei kommt Folgendes in Betracht.

1. Bei der Neurasthenie sind die Patellarsehnenreflexe normal oder gesteigert, bei Tabes verschwunden oder herabgesetzt. Hier sind die Pupillen normal, dort findet sich Myose.

2. Die Harnblase functionirt regelrecht bei der Neurasthenie, bei der Tabes versagt sie (vessie paresseux.)

3. Bei Tabes fehlt wiederum der ganze complicirte Symptomencomplex des Neurasthenikers, der auf eine Gesammterkrankung des Nervensystems hindeute.

Bei dem häufigen gleichzeitigen Auftreten von Neurasthenie und Syphilis erscheint ein blos zufälliges Zusammentreffen dieser beiden Krankheiten ausgeschlossen. Ausserdem spricht das häufige Ausbrechen der Neurasthenie eben zur Zeit eines heftigeren Nachschubes von Syphilis für einen inneren Zusammenhang, zumal sich häufig kein anderes ätiologisches Moment für Neurasthenie vorfindet. Als infectiöse und anämisirende Krankheit ist Syphilis sehr wohl geeignet, tiefe Zerrüttungen des Nervensystemes hervorzurufen.

Unter 3429 Fällen von Syphilis, fand FOURNIER 787 mal Erscheinungen von Seite der Haut, 1085 mal Affectionen des Nervensystemes. Letztere Fälle gehörten zumeist dem tertiären Stadium der Syphilis an. *W. Sch.*

Chalbert: Paralysis agitans und Hysterie. (Arch. de Neurol. 1893, Nr. 76).

Ein circa 60 Jahre alter Mann, der in einer früheren Altersperiode an Krämpfen gelitten hatte, wurde vor etwa 4 Jahren in Folge heftiger Gemüthsbewegungen von einem Zittern an der linken Hand ergriffen, das in kurzer Zeit allgemein wurde, so dass man gegenwärtig alle Zeichen der PARKINSON'schen Krankheit bemerken kann (Tremor, Rigidität, besondere Körperhaltung und besonderer Gang). Ueberdies besteht Dyschromatopsie und Einschränkung des Gesichtsfeldes, Alteration des Geruch- und Gehörsinnes. Verfasser glaubt, dass es sich im vorliegenden Falle um eine Coëxistenz der Paralysis agitans und der Hysterie handle. CHALBERT betrachtet diese zwei Neurosen als sehr nahe zu einander stehend, und es frägt sich, ob nicht sowohl die eine als auch die andere von einer und derselben Primordialneurose herrühren, deren Modalitäten unter der Herrschaft des Alters der Kranken stehen. *A. D.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

Original-Correspondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Die pastorale Medicin einst und jetzt. — Virchow's und Jolly's jüngste Reden. — Seelsorge und Irrenpflege.

Berlin Ende September 1893.

Der Niedergang des ärztlichen Standes kann nicht oft genug betont werden: Gutta cavat lapidem. In crassem Widerspruche stehend zu den anerkannten Fortschritten der medizinischen Wissenschaft, hängt er zusammen nicht bloss mit gewissen allgemeinen socialen Verhältnissen, sondern auch mit specielleren Fragen, so namentlich mit den sogenannten Satzungen des Krankenkassengesetzes. Und wenn es kaum begreiflich ist, dass der Staat Wohlthaten erweist auf Kosten eines Standes, — so haben wir Aelteren als Scholamen anderer

Analoga aufzuweisen, beispielsweise in der früheren Zwangspflicht der ärztlichen Hilfeleistung, einer Pflicht, der gegenüber staatlicherseits den Aerzten das bedeutsame Aequivalent, das Privilegium zu curiren, geboten ward: freilich ein Privilegium sonderbarer Art, das durch Arbeit und Opfer ehrlich verdient war! Seit einiger Zeit nun macht sich ein anderes Specialkapitel zu Ungunsten des ärztlichen Standes geltend, nämlich eine Art Wiederbelebung der alten pastoralen Medicin. Erklärlich wird auch diese Erscheinung in einer Zeit, in der Männer wie Herr KNEIPP und AHLWARDT ihre Orgien feiern, — einer Zeit, in der der Rector magnificus der ersten deutschen Universität, in heiligem Zorne der akademischen Welt Quos ego zurufen muss, ob ihrer Theilnahme an hetzerischen und unmenschlichen Bestrebungen.

Die pastorale Medicin des Alterthums, welche von den Uranfängen der Heilkunde bis zu ihrer ersten wissenschaftlichen Begründung, oder bis zu Hippokrates reicht (ca. 400 n. Chr.) hätte, abgesehen von dem historischen Werthe an sich, den jede Erscheinung als Glied des Ganzen besitzt, der Wissenschaft weiter keinen Nutzen gebracht, wäre nicht, wie z. B. in den Asklepiadentempeln, der alte Gebrauch beobachtet worden, dass die Genesenen Abbildungen ihrer Uebel bei chirurgischen Krankheiten, oder bei inneren Leiden Votivtafeln, worauf kurz die Krankheit und die Art ihrer Heilung beschrieben war, dem Tempel weihten. Diese Abbildungen und Tafeln haben, etwa analog dem Papyrus und den demotischen Inschriften, die Grundlage abgegeben für spätere Schulen und Forschungen.

Unter den Priesterkasten der alten Völker hat die der Hellenen es am weitesten gebracht in der Ausübung der Heilkunde und geniest demgemäss hohes Ansehen. So geht die Sage, dass Aesculap, wahrscheinlich ein König von Thessalien, als «Ophiuchos» unter die Sterne versetzt und als Schutzgott der Heilkunde gedacht würde. Die Mythe nennt ihn einen Sohn des Apollo und der Koronis, der Tochter des Phleggar, Königs der Lapithen. Er starb der Sage nach wegen der Wiedererkrankung des Tyndarus durch Jupiter's Blitz, was jedoch nach Andern eine Methapher für Lungenbrand sein soll und auch von den Dichtern als Strafe für seinen Eigennutz angesehen ist.

Aesculap's Söhne waren Machaon und Podalerios, seine sechs Töchter, zu denen Hygea, Panacea und Rome gehören, scheinen nur als allegorische Wesen von den Dichtern erfunden — Machaon begegnen wir im trojanischen Kriege, besungen als ανηρ πολλων ανταξιος ανθρωπων. Er und seine weiteren Nachkommen führten den Dienst des Aesculap in Griechenlend und dessen Colonien ein, und so wurde bei der tiefen Ueberzeugung von der Macht des Gottes, der Aeculapen- oder Asklepiaden-Cultus bald zur Nationalsache und als solche in öffentlichen Spielen und bei bedeutenderen Tempala celebrirt. Selbst in den kleinsten Städten entstand ein Tempel des Aesculap und somit eine Art Hospital und Schule für Heilkunde. Sie lagen ausserhalb der Stadt von Hainen und Gärten umgeben, hatten stets gesundeste Lage, auf Bergen und Flüssen oder an Heilquellen. Ein ehrwürdiger strenger Ritus, der Ruf der wunderbaren frühen Heilungen, erhielten den Glauben an die Heiligkeit des Ortes, dem man sich nur nach bestimmten Reinigungen und Vorbereitungen durch Bäder, Fasten und Salben nähern dürfte.

So etwa, wir würden heute sagen per suggestionem wirkte die alte pastorale Heilkunst. Daneben aber darf nicht vergessen werden, dass sie in hygienischer und chirurgischer Beziehung Tüchtiges geleistet hat. Man denke an die indischen Operationsmethoden, an die mosaischen Speisegesetze und sonstigen Vorschriften.

So wenig wir nach alledem den Werth der pastoralen theosophischen Heilkunde für jene Zeiten unterschätzen, so müssen wir doch heutzutage gegen das Fortbestehen ssp. Wiederbeleben solcher Dinge entchieden Front machen. Eine «Renaissance» der Heilkunst gibt es nicht. Befremdlich und bedauerlich ist es, dass der Wunderschwindel und allerlei Afterweisheit, — Homöopathe, Naturheilmethode u. s. w., selbst in gebildeten und pastoralen Kreisen immer noch zahlreiche Anhänger finden. Diese Ercheinung wird indess von unserem Altmeister VIRCHOW in der oben angedeuteten Rede («Die Gründung der Berliner Universität und der Uebergang aus dem philosophischen und das naturwissenschaftliche Zeitalter») treffend erklärt, indem er sagte: «Unsere Zeit, die in ihrem wissenschaftlichen Gefühl so sicher und siegesfroh ist, übersieht ebenso leicht wie die frühere die Stärke der mystischen Regungen, welche von einzelnen Abenteurern in die Volksseele getragen werden. Noch steht sie rathlos vor dem Räthsel des Antisemitismus, von dem Niemand weiss, was er eigentlich in dieser Zeit der Rechtsgleichheit will; und der trotzdem, vielleicht auch deshalb, fascinirend selbst auf die gebildete Jugend wirkt u. s. w.». — Aehnlich äusserte sich Herr Professor JOLLY, der Direktor unserer psychiatrischen Klinik, in seiner jüngsten Rede über: «Irrthum und Irrsinn» (Festrede zum Stiftungstage der militärärztlichen Bildungsanstalten): Fascination wirkt auf die Dauer in verkehrter Richtung nur auf zu geistiger Erkrankung Disponirte. Es kommt bei ihnen zur Folie simultanée oder communiquée. Die Folie communiquée bildet den Uebergang zu den psychischen Krankheiterscheinungen des «epidemischen Unsinns», bei dem es sich um die einfache Aufnahme fascinirender Ideen ohne jedes Krankheitszeichen handelt. Die Ideen werden nicht durch einen Fehler in den Denkprocess aufgenommen, sondern sie blieben lebhaft, weil sie vermöge einer gewissen Denkfaulheit nicht corrigirt werden. Mag der Prophet einer solchen Gemeinde noch so krause Gedankensprünge machen, seine Anhänger leben in dem Vertrauen, dass er die Beweise für dieselben noch «in seinen Akten» habe und in diesem Vertrauen verzichten sie auf eigenes Urtheil.» — So Herr VIRCHOW und Herr JOLLY. Andererseits müssen wir uns in die eigene Brust schlagen und reuig bekennen, dass ärztlicherseits gegen all jenen Unfug zu wenig geschehen ist. Die übertriebene Vornehmthuerei rächt sich auch hier. Jetzt endlich scheint man sich zu einer energischen Reaction aufraffen zu wollen.

Bis vor Kurzem bestand über die Stellung der Seelsorger in der Irrenpflege kein Zweifel. Es stand fest, dass der Seelsorger in der Irrenanstalt nur dann in Thätigkeit zu treten hat, wenn der Irrenarzt dies für nothwendig erachtet und nur so weit, als es diesem im Interesse der Kranken geboten erscheint. Der Seelsorger galt nur als der Gehilfe des Arztes, dessen Willen an erster und letzter Stelle massgebend war. Gegen diese festgelegte Ordnung der Verhältnisse zwischen Irrenarzt und Seelsorger macht in neuerer Zeit der «Verband deutscher evangelischer Irrenseelsorger» Front. Dieser Verband, von dem bekannten Bielefelder Pastor von BODELSCHWINGH und den Pastoren HAFNER und KNODT 1889 begründet, hat in seinen Jahreskonferenzen die Absicht zu erkennen gegeben, die Irrenpflege nach Möglichkeit in geistliche Hände zu bringen. Zu Anfang liess man nur verlauten, dass es dem Verbande darauf ankomme, die Thätigkeit des Seelsorgers in der Irrenanstalt zu verbreitern und zu verstärken. Allmählich aber ist auch die letzte Absicht zu Tage getreten, die darauf hingeht, den Geistlichen zum Leiter in der Irrenanstalt und den Arzt zu seinem ungeordneten Gehilfen zu machen. Als sein letztes erwünschtes Ziel stellt v. BODELSCHWINGH ausdrücklich hin, «dass die Kirche selbst Heilanstalten baut und die ärztliche Hilfe nur so weit in Anspruch nimmt, als dieselbe für die mit der Seelenkrankheit verbundene leibliche Krankheit nöthig ist.» Diese Ansprüche und Absichten gründen sich auf die Anschauungen, dass psychische Erkrankungen auf «dämonische» Einwirkungen zurückzuführen sind. Die Geisteskranheit wird von einem der Führer des Verbandes als ein Ausfluss der Sünde bezeichnet. Ein anderer will auf das strengste daran festgehalten wissen, dass auch der Geisteskranke bis zu einem gewissem Grade Willensfreiheit besitze und deswegen für sein Thun verantwortlich sei. Diese Anschauungen stehen in striktem Gegensatze zu den Lehren der Psychiatrie, die ganz und gar in der Erkenntniss wurzelt, dass die geistige Erkrankung in ihrem Wesen durchaus der körperlichen Erkrankung gleich steht und dass kein Geisteskranker für sein Thun irgendwie zur Rechenschaft zu ziehen ist. Demgemäss verlangt die Psychiatrie, dass die Behandlung der Irren ausschliesslich Sache der psychiatrisch gebildeten Aerzte sein soll. Die stetigen Uebergriffe des Verbandes der Irrenseelsorger gaben in diesem Jahre dem Vereine der deutschen Irrenärzte den Anlass, in seiner Jahresversammlung zu Frankfurt am Main im Mai d J. über die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Seelsorge seine Anschauungen kund zu geben. Man verkannte nicht, dass der Ver-

band der Irrenseelsorger nur eine kleinere Gruppe von Pastoren, die an Irrenheilanstalten wirken, umfasst, dass viele Irrenseelsorger die Bestrebungen des Verbandes nicht billigen. Ins Gewicht fiel aber, dass jener Verband, wie ZINN-EBERSWALDE sagte, eine «kleine aber sehr mächtige Partei» darstellte stellte und dass bei den Laien, den einzelnen wie bei Behörden, über die Ziele des Verbandes nicht die richtige Anschauung besteht. Nicht weniger kam in Frage, dass der Seelsorger-Verband auf das eifrigste seine Ziele verfolgt, obwohl der evangelische Oberkirchenrath diesen nicht zustimmt. In einer Mittheilung an die Generalsynode von 1891 stellt es der Oberkirchenrath nämlich als Grundsatz hin, dass die pastorale Einwirkung sich den Vorschriften der Irrenärzte unterzuordnen habe. Auf die Thesen, in denen der Verein der deutschen Irrenärzte die Uebergriffe von BODELSCHWINGH und seinen Anhängern zurückwies, hat der Verband der deutschen Irrenseelsorger in seiner vierten Conferenz, die am 5. September in Halle stattfand die folgenden Thesen aufgestellt;*) «1. Die Conferenz deutscher evangelischer Irrenseelsorger hat sich keine andere Aufgabe gestellt als die, das Gebiet der Irrenseelsorge theoretisch zu bearbeiten und für die praktische Ausübung derselben nützliche Anregungen zu geben. 2. Auch die Conferenz sieht die Irren als Kranke an, welche wie andere Kranke ärztlich zu behandeln sind. Zugleich betont sie aber, dass die Geisteskranken auch den Anspruch auf volle seelsorgerische Pflege haben. Die Conferenz erkennt dankbar an, was ärztlicherseits zur Einführung der Seelsorge an Irrenanstalten geschehen und gestattet ist. Sie erstrebt, dass, was noch nicht der Fall ist, den berufenen Anstaltsgeistlichen das Recht freier Ausübung der Seelsorge an den Kranken gewährleistet werde. Insbesondere erstrebt die Konferenz: a) dass, so weit irgend thunlich, an grösseren Irrenanstalten ein eigener Hausgeistlicher angestellt werde; b) dass, wo dieses nicht möglich ist, doch für regelmässigen Gottesdienst sowie seelsorgerische Pflege der Einzelnen Sorge getragen werde; c) dass dem Geistlichen grundsätzlich der Zutritt zu allen Kranken freistehe und eine Einschränkung nur da eintrete, wo es die Rücksicht auf den Zustand des Kranken gebietet. 3. Für die von einzelnen Mitgliedern in den Versammlungen der Conferenz vorgetragenen theologischen, psychologischen und psychiatrischen Anschauungen ist die Conferenz als keineswegs verantwortlich. Sie hat über solche Anschauungen auch nie Beschlüsse gefasst. Sie überlässt es den in den Thesen der deutschen Irrenärzte angegriffenen Personen, Anstalten und Corporationen, ihre Anschauungen zu vertreten. 4. Der Conferenz ist es einzig und allein um das Wohl der Kranken zu thun. Sie bedauert den entstandenen Streit und erstrebt ein einträchtiges Zusammenwirken mit den Irrenärzten und rechnet bei Erfüllung ihrer Aufgaben ebenso auf deren Unterstützung, wie sie ihrerseits jede nur mögliche Unterstützung des ärztlichen Wirkens zur Pflicht macht.

K.

*) Wir haben seinerzeit von dieser These Notiz genommen. (D. R.)

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Catania. Dr. Gius. Mismaca, Privatdocent an der medicinischen Facultät in Palermo, hat sich als Privatdocent für gerichtliche Medicin an der Universität Catania habilitirt.

— Birmingham. Dr. O. Kaufmann wurde zum Professor der allgemeinen Pathologie ernannt.

— Odessa. Zum temporären Leiter der Odessaer bacteriologischen Station ist an Stelle des als Professor der Hygiene nach Krakau berufenen Dr. Buiwid neuerdings Dr. Peter Diatroptow ernannt worden.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Die erste Sitzung des Wiener medizinischen Clubs fand am 18. d. M. statt. Nach der Demonstration, über welche an anderer Stelle unseres Blattes berichtet wird, wurden die Herren Dr. Josef Breuer, Prof. Kraus und Docent Dr. Limbeck zu Vorsitzenden in den jeweiligen Sitzungen per acclamationem gewählt. — Am 27. Oktober findet die feierliche Eröffnungssitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte im neuen Hause (Frankgasse 8) unter dem Vorsitze des Präsidenten statt. Das Programm enthält: 1. Die Begrüssung der Gäste und der Gesellschaft durch den Präsidenten, 2. Festvortrag von Prof. Dr. Th. Puschmann: «Medizinisches Vereinswesen in alter und neuer Zeit.»

* Vom Obersten Sanitätsrathe. In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes vom 14. October d. J. wurde nach Mittheilung des Standes der in Abnahme begriffenen Cholera-erkrankungen in Galizien, wo dieselben bei nur mehr sporadischem Auftreten in zehn politischen Bezirken bestehen, sowie nach Mittheilung der Choleraverbreitung in Ungarn, Bosnien und in auswärtigen Staaten zur Erledigung der Tagesordnung geschritten, welche sich auf nachstehende Gegenstände erstreckte: Vorschlag zur Besetzung der erledigten Stelle eines ordinirenden Arztes einer medicinischen Abtheilung in der k. k. Krankenanstalt Rudolphstiftung in Wien und der in demselben Krankenhause erledigten Prosectorstelle (Referenten die O. S. R. Hofrath Prof. Dr. A. Drasche, Hofrath Prof. Dr. Herm. Freih. v. Widerhofer, Prof. Dr. A. Weichselbaum). Bei dem Vorschlage zur Besetzung der letzteren Stelle wurde auch die Leitung des im Rudolphspitale neuerrichteten Institutes für Schutzimpfungen gegen Hundswuth in Betracht gezogen. Begutachtung des Entwurfes einer Todtenbeschau-Ordnung. (Referent: O. S. R. Hofrath Prof. Dr. E. Ritt. v. Hofmann.) Anlässlich der Erstattung des Referates über diesen Verhandlungsgegenstand wurden die Gesichtspunkte festgestellt, welche bei Verfassung oder Revision derartiger Todtenbeschau-Ordnungen mit Rücksicht auf den gegenwärtigen Stand der Wissenschaften beachtet werden sollen. Gutachten über die Errichtung eines Spodium-Wiederbelebungsofens bei einer Stärke- und Syrupfabrik. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer.) Mittheilung über die Untersuchungsergebnisse und Gutachten über den Kupfergehalt der in kupfernen Kesseln erzeugten Käsesorten. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer) Zum Zwecke der Erstattung dieses Gutachtens waren über Veranlassung des Obersten Sanitätsrathes eine grosse Anzahl in kupfernen Kesseln erzeugter Käsesorten einer genauen chemischen Untersuchung unterzogen worden, welche das Resultat ergaben, dass eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit dieser Käsesorten durch Aufnahme von Kupfer bei der Erzeugung in blank gescheuerten Kupferkesseln nicht zu besorgen sei, dagegen bei der Käseerzeugung anderweitige sanitäre Uebelstände hintanzuhalten wären. Weiterhin trat der Oberste Sanitätsrath in eine Discussion ein über die Massnahmen, durch welche eine entsprechende Evidenzhaltung der Infectionskrankheiten, insbesondere in Curorten und Sommerfrischen zu sichern wäre, um eine Gefährdung der zur Cur oder Erholung daselbst verweilenden Parteien hintanzuhalten. Zum Schlusse machte der Präsident, O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ed. Ritt. v. Hofmann, Mittheilung über den plötzlichen Todesfall eines Mediciners, welcher während eines verhältnissmässig kurzen Verweilens in dem zur Wohnung gehörenden Badecabinete in Folge von Vergiftung durch Kohlenoxydgas verunglückte und dessen Leiche zur sanitätspolizeilichen Obduction gelangte. Diese Vergiftung wurde hervorgerufen durch eine mit der Badewanne verbundene Heizvorrichtung, bestehend aus einem mit Holzkohle gefüllten, offenen Blechgefässe, dessen Inhalt behufs Anwärmung des Wassers durch eine Spiritusflamme in Gluth versetzt wurde und Kohlenoxydgas in den Baderaum ausströmen liess, da ein nach auswärts führendes Ableitungsrohr nicht angebracht war. Der Referent fügte aus seiner reichen gerichtsärztlichen Erfahrung in Wien hinzu, dass sich ausser diesem Falle schon 3 Todesfälle durch Kohlenoxydgasvergiftung in privaten Badelocalitäten zugetragen haben, welche mit Wahrscheinlichkeit auf dieselbe Ursache zurückzuführen sein dürften, und erwähnte ausserdem mehrere andere Vergiftungen durch Kohlenoxydgas bei Gewerbsleuten, welche mit offenen, durch glühende Kohlen geheizten Vorrichtungen hantirten. Der Oberste Sanitätsrath nahm von dieser Mittheilung Anlass zum Beschlusse, dass die Bevölkerung auf die von ihr gemeiniglich viel zu sehr unterschätzte Gefährlichkeit des Kohlenoxydgases aufmerksam zu machen und vor

der Benützung aller mit glühenden Kohlen beschickten Heizapparate, welche nicht mit Abzugröhren zur Ableitung der entströmenden Feuergase nach auswärts versehen sind, eindringlichst zu warnen wäre, in welcher Beziehung namentlich auf die mit glühenden Kohlen erhitzten Bügeleisen, auf mit Abzugsröhren nicht versehene Carbon-Natronöfen, auf mit Abzugsröhren nicht versehene, mit glühenden Kohlen geheizte Wärmvorrichtungen bei Badewannen, auf die Aufstellung eiserner Körbe mit brennenden Kohlen zum Austrocknen feuchter Räume in Gebäuden bei Verschluss derselben, endlich auf die Abschliessung von noch mit Gluth versehenen Oefen durch Ofenklappen hingewiesen wurde.

* **Aerztekammerwahl im IX. Bezirke.** Mittwoch, den 18. d. M. fand im Hotel Union eine Versammlung der Aerzte des IX. Bezirkes statt, in welcher unter dem Vorsitze Prof. **Schenk's** Dr. **Porges** über die Vorarbeiten behufs Gründung eines Vereines der Aerzte im IX. Bezirke berichtete. In dieser Richtung sei alles soweit schon gediehen, dass nur die Genehmigung der Statthalterei abgewartet werden müsse. Das Comité schlug als Candidaten vor die Herren: Dr. v. **Britto**, Dr. **Fleischmann**, Prof. **Kolisko**, Docent **Hochenegg**, Docent **Tölg**, Dr. Leop. **Weinberger** und Dr. **Max Herz**. Dr. **Schlesinger** macht darauf aufmerksam, dass man den Schöpfer der Aerztekammern, Herrn Dr. Karl **Kohn**, über das Werk nicht vergessen dürfe und dass das Wahlcomité diesen Mann ebenfalls als Candidaten aufstelle. Die Krankenhausärzte nominirten als Candidaten Prof. **Kolisko**, und legte demnach Dr. **Herz** eine Liste mit 150 Unterschriften vor, welche dessen Candidatur befürworten. In den nun an die Candidaten gestellten Interpellationen erklären sich dieselben für die freie Aerztewahl bei den Krankenkassen. Bei der nun vorgenommenen Wahl wurden 71 Stimmzettel abgegeben, wobei die Herren Prof. **Kolisko**, Dr. **Fleischmann**, Docent **Hochenegg** und Dr. **Herz** die absolute Majorität erhielten.

* **Todesfälle.** In **Wien** der bekannte Kinderarzt Dr. **Emanuel Kolisch** im 66. Lebensjahre; der treffliche Chirurg des Garnisonsspitals Nr. 1, Oberstabsarzt Dr. **Fillenbaum**, Mitglied des Militärsanitätscomités, im 51. Lebensjahre. — In **Toullon le Fylde** (England) **Charles Clay**, 92 Jahre alt; er war seit 1823 als praktischer Arzt thätig gewesen; und vollführte im Jahre 1842 seine erste Ovariotomie.

* **Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn.** Während in der Vorwoche ein erfreulicher bedeutender Rückgang der Zahl der Neuerkrankungen an Cholera zu verzeichnen war, hat in der letzten Woche (10. bis 17. October früh) wieder eine grössere Verbreitung der Krankheit stattgefunden. Es kamen in 31 zu 10 politischen Bezirken gehörenden Gemeinden 117 (in der Vorwoche 82) Choleraerkrankungen und in 27 Gemeinden 63 Todesfälle zur Anzeige, von welchen letzteren 9 Fälle Kranke aus früheren Berichtswochen betrafen. Der Zuwachs kommt zum geringsten Theile auf Rechnung von 3 neu ergriffenen Gemeinden in den Bezirken **Lancut**, **Lisko** und **Staremiasto**, vielmehr wesentlich auf ein intensiveres Auftreten der Seuche in den Bezirken **Bohorodczany**, **Kolomea**, **Sanok**, **Stanislau** und **Stryi**. Namentlich im Bezirke Stanislau weisen die in der Umgebung der gleichnamigen Stadt gelegenen Gemeinden einen gegen die Vorwoche bedeutend erhöhten Krankenzuwachs (43 gegen 19) auf. Die Gesammtzahl der seit 3. August d. J. in Galizien constatirten Cholerafälle beträgt bis 17. October früh: 1113, jene der Todesfälle 651. Die beiden letzten in Krakau vorgekommenen Fälle haben sich nicht als solche von Cholera asiatica erwiesen. Die Lethalitätsziffer beträgt bisher 58·6% der Kranken. — **Deutsches Reich.** In **Stettin** traten choleraverdächtige Erkrankungen in grösserer Zahl auf und wurde in 2 Fällen Cholera asiatica bestimmt nachgewiesen. Vom 7. bis 11. October erkrankten (starben) 6, vom 11. bis 12. October 7 (2), vom 13. bis 14. October 8 (5) Personen. — **Niederlande.** In **Rotterdam** kamen zwischen dem 2. und 9. October 4 Choleraerkrankungen und 2 Todesfälle vor. Weitere vereinzelte Fälle wurden bekannt aus Haag, Zwyndrecht, Kralingen, Zwolle (5) etc. und mehrfache Fälle auf Schiffen. — **England.** Eine amtliche Mittheilung beziffert die vom 9. bis 29. September vorgekommenen Erkrankungs- (Todes-) Fälle an Cholera und choleraartiger Diarrhöe in **Hull** mit 157 (17), **Grimsby** mit 120 (32), **Cleethorpes** mit 14 (6), **London** mit 4 (4). Zwischen dem 17. und 22. September kamen in den Hafenstädten **Newcastle** 2 Todesfälle, in **River Tyne Port and Liverpool** je 1 Todesfall, zwischen dem 23. und 29. September in **Great Yarmouth** 3 Fälle, 2 Todesfälle, **Gravesend** und **Southampton**, sowie auf den **Orkneys** 1 Todesfall vor. — **Italien.** Aus **Livorno** wird eine rasche Abnahme der Zahl der Erkrankungen gemeldet, doch hat in den letzten Tagen wieder eine Steigerung der Intensität der Epidemie stattgefunden. Zu Beginn der zweiten Octoberwoche betrug die tägliche Erkrankungsziffer 2—3 Fälle. Am 12. erkrankten 7, am 13. 47 Personen und starben 9 von letzteren. Auch in **Palermo** hat die Epidemie an Ausbreitung gewonnen. In **Rom** kam am 9. October wieder ein verdächtiger Fall vor. — **Russland.** In **Russisch-Polen** hält sich die Cholera hartnäckig fest, insbesondere im Gouvernement **Lomsha**, aus welchem zwischen 14. September und 6. October n. St. 825 Erkrankungen und 406 Todesfälle bekannt wurden. Im Allgemeinen ist die Epidemie in Russland zwar in Abnahme, herrscht jedoch mit Ausnahme weniger Gouvernements noch fast im ganzen europäischen Gebiete. — **Rumänien.** Die täglich ausgegebenen Nachweisungen des Standes der Cholera lassen in der Woche vom 2.—8. October einen weiteren bedeutenden Rückgang der Seuche erkennen.

* **Gasteiner Thermalwasser-Versendung.** Soeben kommt uns die für unsere Leser gewiss interessante Nachricht zu, dass die Generaldirection der Allerhöchsten Familienfonde als Verwaltungsbehörde der Thermalquellen Gasteins, das **Thermalwasser** von nun an auch in **Versandt** bringt u. zw. nicht nur in kleineren Gefässen, sondern auch in **Glasballons zu 65 Liter zu Badezwecken**. Es wird dadurch die Möglichkeit geboten, **im Hause** und zur rauhen Jahreszeit, sowie in entfernteren Gegenden **Gasteiner Thermalbäder zu erhalten**. Aber auch als gutes, **bacterienfreies Trinkwasser** dürfte das Gasteiner Thermalwasser willkommen sein für Orte mit schlechtem Trinkwasser überhaupt, oder zu Zeiten von Epidemien, wie gerade jetzt — Cholera — für verseuchte Gegenden, um so mehr, als auch der Preis des Thermalwassers sehr niedrig gestellt sein soll — Wir können daher dieses neue Unternehmen nur freudigst begrüssen, und kommen sicher noch darauf zurück.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstelle für den Sanitätsdistrict **Ostředek** (Böhmen, 11 Gemeinden mit 4238 Seelen auf 53 1 Qu.-Kilom. Fläche). Gehalt 400 fl., Reisepauschale 200 fl., ausserdem freie Wohnung in der Gemeinde Ostředek und 15 Meter Holz. Die Stelle wird vorläufig auf die Dauer eines Jahres provisorisch verliehen. Mit den im § 5 des Sanitätsgesetzes vom 23. Februar 1888 bezeichneten Documenten belegte Gesuche sind bis 31. October d. J. an den Bezirksausschuss in Beneschau bei Prag einzusenden.

Gemeindearztesstelle für die Gemeinde **Gradac** (Dalmatien). Honorar 1000 fl., in monatlichen Anticipativ-Raten. Für Visiten auf dem Lande besondere Gebühr je nach der Entfernung. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Dauer des Contractes drei Jahre. Gesuche mit dem Nachweise des Doctorates der gesammten Heilkunde und der vollkommenen Kenntniss der croatisehen Sprache sind bis Ende October l. J. an die Gemeindeverwaltung Gradac zu richten.

Gemeindearztesstelle in **Vermiglio** (pol. Bezirk Cles, Tirol) mit einer Einwohnerzahl von 1545 Seelen Jährlicher Gehalt 1200 fl., Hausapotheke, Freiwohnung, Brennholz jährlich 27 Kubik-Meter. Verpflichtung zur Gratisbehandlung sämmtlicher Gemeindeangehörigen. Gesuche sind bis 1. November 1893 bei der k. k. Bezirkshauptmannschaft in Cles einzubringen.

Gemeindearztesstelle in **Fortopus**, polit. Bezirk Metkovic (Dalmatien), 1600 fl. Jahresgehalt. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Gesuche mit dem Nachweise des Doctorates der gesammten Heilkunde, sowie der Kenntniss der kroatischen Sprache bis 24. October d. J. an die Gemeindeverwaltung von Fortopus.

Sanitätsassistentenstelle bei der Landesregierung in **Klagenfurt** (Kärnten). Adjutum 500 fl. Vorschriftsmässig belegte Gesuche sind an das k. k. Landespräsidium zu richten.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 9 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Die Typhusepidemie in Fünfkirchen, verursacht durch Infection der Wasserleitung". Von Dr. Leopold Loewy, hon. Comitatsphysikus in Fünfkirchen (Ungarn).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. *Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 29. October 1893. Nr. 44.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 0—12 Hefte zu 2—3 Bogen Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl., halbj 5 fl., vie telj. 2 50 fl.; f r Deutschland: Ga zj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 2 50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die chirurgische Behandlung des Idiotismus.

Von

Prof. Enrico Morselli.

Vorstand der psychiatrischen Klinik an der kön. Universität zu Genua.*)

Eine jüngste Veröffentlichung BOURNEVILLE's bringt die Frage der Behandlung der Idiotie mittelst der Schädeltrepanation und Cranioectomie von neuem in Fluss. Der hervorragende französische Psychiater, dessen Competenz in dieser Frage hier nicht bestritten werden kann, da er schon seit vielen Jahren die Abtheilung der epileptischen Idioten und der geistig Zurückgebliebenen im grossen «Hospice Bicêtre» leitet, verurtheilt in entschiedener Weise die Begeisterung für die chirurgische Behandlung der geistigen Hemmungen und sucht dafür die Superiorität der medizinisch-pädagogischen Behandlung darzuthun.[1])

Da ich selbst seit Jahren für diese Behandlung eintrete und fast täglich Gelegenheit habe, die wohlthätigen Wirkungen derselben in einer eigens hiezu errichteten Anstalt zu beobachten, so drängt es mich, an der Hand der von BOURNEVILLE aufgestellten Behauptungen, den Gegenstand näher ins Auge zu fassen.

Gross ist die Zahl der Operationen, die in den letzten drei oder vier Jahren am Schädel von Idioten durch Chirurgen, insbesondere Franzosen, Amerikaner und Engländer, ausgeführt wurden. FULLER aus Montreal war es, der als Erster im Jahre 1878 die Cranioectomie bei einem blödsinnigen Knaben «um dessen Hirn sich ausdehnen zu lassen» vorgenommen hat. Später, im Jahre 1890, äusserte GUÉNIOT die Ansicht, dass die Operation in analogen Fällen von Nutzen sein könnte. LANNELONGUE war es nun, der diese Idee auf das praktische Gebiet übertrug, indem er die Schädeltrepanation und die Abtragung von Schädelsegmenten, in der Absicht die aufgehaltene Entwicklung der intellectuellen Kräfte zu fördern, in vielen Fällen ausführte.

*) Nach «Gazzetta degli Ospitali», 1893, Nr. 102.

[1]) BOURNEVILLE. Du traitement chirurgical et médico-pedagogique des enfants idiots et arriérés. (Progrès Med. Bd. XVII. Juni 1893.)

Die Ergebnisse des berühmten französischen Chirurgen liessen sich bald wie folgt zusammenfassen: 25 Operationen, 24 Heilungen (natürlich ist darunter die Heilung der Operationswunde verstanden), ein Todesfall binnen acht Stunden; Durchschnittsdauer der post-operatorischen Behandlung 10 Tage; auf die 25 Operirten entfallen 13 Knaben und 12 Mädchen. Das von ihm vorgezogene Behandlungsverfahren war, wie ich bereits sagte, die Cranioectomie und die Abtragung eines Schädelabschnittes im longitudinalen Sinne von vorne nach hinten. Als Hauptzweck dieser Operation bezeichnete LANNELONGUE «die Rückgabe an die Gesellschaft, sowohl vom intellectuellen und moralischen Standpunkte aus, als auch in physischer Beziehung, von Individuen, die zu der elendsten der Existenzen verdammt sind» mit anderen Worten: «die plötzliche (!) Regeneration und Umgestaltung dieser von der Natur Enterbten.»

Welche waren aber die endgiltigen Resultate jener Operationen? Allzurasch liess sich Herr LANNELONGUE herbei, der Operation sein Loblied zu singen. «Meine Operirten» schrieb er «werden heute mit dem grössten Eifer regelmässig beobachtet und untersucht, und ich habe zur Stunde Daten in der Hand, die mir gestatten, zu behaupten, dass die Mehrheit von ihnen entschieden gebessert erscheint. Da jedoch viele meiner Operationen noch recenten Datums sind, so beschränke ich mich heute darauf, meinen Kollegen einen flüchtigen Bericht zu erstatten, in der Zuversicht, später die erlangten Resultate voll bekannt geben zu können.»

Ganz richtig bemerkt BOURNEVILLE, dass seit dem Tage, da LANNELONGUE diese Erklärung auf dem Kongresse der französischen Chirurgen im Frühjahre des Jahres 1891 abgab, über zwei Jahre verstrichen sind, und dass man nichts Sicheres über seine Operirten in Hinblick auf ihren geistigen und physischen Zustand erfahren hat.

Aber trotz dieses Stillschweigens fand der kühne französische Chirurg Nachahmer, und Herr BOURNEVILLE hat wohl 83 Fälle von Cranioectomie, die von Operateuren verschiedener Länder ausgeführt worden ist, sammeln können.

Die Resultate des operativen Eingriffes sind nichts weniger als günstig: 15 Todte auf 83 Fälle, also eine Mortalität von 18% — sicherlich ein sehr hohes Verhältniss, das zu sehr traurigen Betrachtungen über gewisse chirurgische Unter-

nehmungen Anlass geben würde. Dazu kommt, dass auch in den Fällen, in welchen der Tod nicht eintrat, dennoch fatale Wirkungen beobachtet wurden, wie: Convulsionen und Lähmungen, die auf einen im Hirnorgan künstlich geschaffenen krankhaften Zustand hinweisen. Ueberdies ist die Mehrzahl der Beobachtungen mit so dürftigem und mittelmässigem psychologischen Verständniss zusammengestellt, dass man daraus wenig oder nichts ableiten kann, um die dem trepanirten oder cranioectomisirten Kinde angeblich erwachsenen Vortheile ernstlich zu beurtheilen. Wenn man von einer Besserung spricht, so gibt es noch immer keine Rechtfertigung dieser Behauptung. Fast in keinem Falle hat man die verschiedene Innervationsthätigkeit, die Sensibilität, die Motilität und noch weniger das Gedächtniss, die Aufmerksamkeit, die Gewohnheiten, das Verhalten der Operirten einer genauen Analyse unterzogen.

Um den chirurgischen Pessimismus BOURNEVILLE's zu verstehen (dem ich mich, nach meinen bisherigen Erfahrungen im «Pädagogium» zu Nervi, ohne weiters anschliesse) muss man vor Allem die Operateure fragen, worum es ihnen eigentlich mit der Abtragung von Schädeltheilen zu thun ist. Wir bezwecken damit, so werden sie antworten, eine Erleichterung in der Entwicklung des Hirns, die durch einen frühzeitigen Verschluss der Schädelnähte gehemmt erscheint.

Dies wäre ohne Zweifel einleuchtend, wenn der Schädel eine hermetisch geschlossene Schachtel wäre, die das Hirn comprimirte, so dass ihm jede Wechsthumsmöglichkeit benommen wäre. Vor allem müsste aber gezeigt werden, dass bei der Idiotie diese Synostose der Nähte infolge einer krankhaften oder vorzeitigen Verknöcherung vorhanden ist; dann müsste bewiesen werden, dass die Entwicklung des Hirns in seiner Integrität möglich, oder der intime Bau normal war. Bekanntlich sind wir aber nicht in der Lage am Lebenden zu behaupten, dass irgend eine Naht offen oder geschlossen ist: es fehlt also damit in der Praxis die hauptsächlichste Indication zur Vornahme des operativen Aktes. Die Erfahrung lehrt aber auch, dass bei Idioten und geistig Zurückgebliebenen nicht allein das Wachsthum des Gehirns der Masse und dem Volumen nach gehemmt ist, sondern dass auch dessen Gefüge, und zwar häufig in so arger Weise infolge von entzündlichen Processen von Hydrocephalus, Polioencephalitis, Meningitis etc. alterirt ist, dass jede spätere Wiederherstellung der histologischen Harmonie der psychischen Centren absolut unmöglich ist.

BOURNEVILLE bringt eine ganze Reihe von Thatsachen zur Unterstützung dieser Behauptungen. Vor Allem berichtet er über die Einzelheiten von 22 Autopsien, und weist nach, wie an den Schädeln von Idioten im Allgemeinen die angebliche Synostose der Nähte nicht vorhanden ist. Er unterzieht überdies das Hirn und den Schädel von drei Kindern, an welchen man die Cranioectomie vorgenommen hatte, einer genauen Untersuchung und findet mit Recht, dass die von dem Chirurgen gesetzten Breschen unmöglich dem Hirn eine grosse Expansionsfähigkeit gewähren konnten.

Ich selbst habe mir die Mühe gegeben, sämmtliche Idiotenschädel zu prüfen, die unsere craniologische Sammlung meiner psychiatrischen Klinik besitzt. Abgesehen von einem einzigen infolge durch Rhachitis verunstalteten Schädel, weisen a l l e ü b r i g e n einen vollständigen Nahtverschluss nicht auf: bei der Mehrzahl liegt die Naht vielmehr ganz offen dar; nur ein ganz kleiner Theil von Plagiocephalen und Kinocephalen und ein Scaphocephalus zeigten eine vorzeitige Verwachsung der Sutur, die, nach dem bekannten VIRCHOW'schen Gesetze, perpendiculär zur Deformationsebene steht.

Eine Thatsache ist es, dass das Hirn den Schädel macht, und nicht umgekehrt, und dass die Hirnläsionen, von welchen der Idiotismus abhängt, tiefeingreifend, ausgedehnt und mannigfaltig sind, und die man daher durch die Cranioectomie nicht zu beheben vermag. Dies beweisen am deutlichsten die Befunde BOURNEVILLE's.

In einem Falle (Idiotie als Symptom einer Meningo-Encephalitis) handelte es sich um ein 17 jähriges Mädchen, bei dem im Jahre 1891 die Cranioectomie vorgenommen wurde, und die an Tuberkulose der Lunge und des Peritoneums zu Grunde ging. Der Schädel war asymetrisch, er wies keinen Verschluss der Nähte auf, die für gewöhnlich während der Jugend offen bleiben (Kranz-Sagittal- und Lambdanaht). Auf der Dura mater findet man entsprechend der von der Operation zurückgelassenen Oeffnung, eine Art Pseudomembran von röthlicher Farbe und von der Grösse der Bresche. Ausserdem sind die Zeichen einer vorausgegangenen diffusen Meningo-Encephalitis vorhanden.

In einem zweiten Falle (meningealer Idiotismus), einen 6jährigen Knaben betreffend, wurde die Cranioectomie im Jahre 1889 ausgeführt: der Knabe starb drei Jahre später in Bicêtre an einer Broncho-Pneumonie, ohne in seinem Geisteszustand irgend welche nennenswerthe Aenderung dargeboten zu haben. Am Schädel fand man sämmtliche Nähte offen, die sogar stark gezackt und complicirt erscheinen. Die Schädelknochen sind anderseits sehr dünn; die vom Chirurgen gemachte Oeffnung ist auf dem Wege der Wiederherstellung und die harte Hirnhaut adhärirt an deren Rändern. Auch bei diesem Individuum fand man Zeichen einer Meningo-Encephalitis, insbesondere an der linken Hemisphäre; überdies war das foramen Botalli vollständig offen, während man doch weiss, dass es sich bei der Geburt schliesst: das Fortbestehen dieser wichtigen Entwicklungsanomalie ist ein atavistisches Amphybien-Kennzeichen.*)

In einem dritten Falle (congenitaler Idiotismus) hatte der betreffende Kranke die Cranioectomie zweimal überstanden, und er starb an Tuberkulose, nachdem er durch sein ganzes Leben hindurch eine unvollständige Paralyse in der rechten Körperhälfte ohne Contracturen und athetotische Bewegungen gezeigt hatte. Bei Untersuchung des Schädels findet man noch ein Stück Drainrohr vor, das vom Operateur eingelegt worden war (?!), man constatirt ferner, dass sämmtliche Nähte nicht eine Spur von Synostose aufweisen und dass die drei Knochenbreschen A d h ä r e n z e n d e r D u r a m a t e r u n d L ä s i o n e n s o w o h l d e r P i a m a t e r a l s a u c h d e r d a r u n t e r l i e g e n d e n P a r t i e d e r H i r n r i n d e v e r a n l a s s t h a b e n. Als vorausgegangene Alteration, die wahrscheinlich die Ursache des Idiotismus gewesen, findet man das charakteristische g r a n u l i r t e A u s s e h e n d e r H i r n w i n d u n g e n, das auf Atrophie und primäre Sclerose der grauen Substanz hinweist.

Nach dieser entschiedenen Verurtheilung der chirurgischen Behandlung ist leicht eine praktische Schlussfolgerung daraus zu ziehen. Herr BOURNEVILLE vertheidigt mit Wärme die ä r z t l i c h - p ä d a g o g i s c h e B e h a n d l u n g. Er schreibt: «Die Behandlung muss zu gleicher Zeit eine ärztliche, hygienische und pädagogische sein und auf der SEGUIN'schen Methode beruhen, die gewöhnlich, in den Vereinigten Staaten Nord-Amerikas und in England angewendet wird», und ich füge hinzu: in Deutschland und im Pädagogium zu Nervi.

Vervollkommnet durch die Einführung neuer Verfahren und mit Verständniss geübt ist dies die einzige Behandlung, die uns gestattet, fast regelmässig eine wirkliche Besserung zu erlangen und die unglücklichen geistige zurückgebliebenen Kinder in den Stand zu setzen, in der Gesellschaft zu leben.

Angesichts der günstigen Resultate, die durch diese Behandlung thatsächlich erzielt werden, kann man nicht umhin ein Gefühl des Trostes zu empfinden. Ohne den Optimismus zu weit zu treiben — denn die Ursachen eines Misserfolges oder eines zuweilen beschränkten Resultates sind ja vielfach und mannigfaltig — hat man nunmehr doch die Verpflichtung, die pessimistischen Anschauungen zurückzuweisen, die manche Irrenaerzte in Bezug auf die erziehliche Methode bei der Behandlung des Idiotismus noch immer vertreten infolge einer Art misoneistischen Misstrauens gegen Alles, was sich ihnen von den üblichen Bahnen der sogenannten «manicomialen Praktik» zu entfernen scheint.

---

*) Vergl. MORSELLI: «Antropologia generale» Turin 1888—93, Heft, XXXI.

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

(Fortsetzung.)

Neuropathische Muskelatrophie.

Lasset uns nun zur Betrachtung der zweiten Gruppe der trophischen Paralysen übergehen, nämlich derjenigen, welche von einer Läsion der peripheren Nerven abhängen.

Wenn, wie wir angenommen haben, die normale Ernährung des Muskels von der Integrität der multipolaren Zellen der Vorderhörner abhängt, so ist das Resultat — was den Muskel betrifft — dasselbe, ob wir die multipolaren Zellen zerstören oder blos den Muskel von seinen diesbezüglichen Verbindungen trennen.

Es ist nicht meine Absicht, bei dieser Gelegenheit die Frage zu discutiren, ob es specielle trophische Centren gibt, die von denen, welche den functionellen Leistungen vorstehen, verschieden sind. Es muss nur das Factum constatirt werden, dass nach einer Durchtrennung der Vorderhörner die Muskeln nicht bloss der functionellen Inactivität anheimfallen, sondern auch eine Degeneration eingehen. Die Muskelfasern nehmen an Volumen ab, verlieren ihre Querstreifung, werden getrübt, granulirt oder sie nehmen eine glasige Beschaffenheit an, während die Kerne des Sarcolemma und des interstitiellen Gewebes proliferiren und sich vermehren.

Innerhalb der totalen und partiellen Unterbrechung der Continuität der Achsencylinder gibt es alle Grade der Degeneration von der einfachen, Atrophie der Muskelsubstanz bis zu ihrem gänzlichen Schwund. Die degenerativen Veränderungen in den Nerven und Muskeln geben sich kund durch Veränderungen in ihrem Verhalten gegen elektrische Reize, die zwischen blossen quantitativen Modificationen bis zu der wohlbekannten totalen Inversion des normalen Typus, welche die sogenannte Entartungsreaction darstellt, schwanken. Es ist kaum nöthig, bei den Charakteren und der Vertheilung der atrophischen Paralysen, die von der Läsion irgend eines speciellen motorischen Nerven oder Nervenstammes abhängig sind, bedingt durch Trauma oder Erkrankung, lange zu verweilen.

Diejenigen Muskeln werden gelähmt und atrophisch, welche von den motorischen Nerven des betreffenden Nervenstammes versorgt werden, und die Bestimmung des letztern ist bloss eine Sache der angewandten Anatomie; aber zwischen totaler und partieller Läsion eines Nervenstammes bestehen gewisse Differenzen, welche einen weitgehenden Einfluss auf die Vertheilung der Lähmungen haben, die auf Rechnung einer allgemeinen oder diffusen Affection des peripheren Nervensystems kommen.

So werden in Fällen von Compression eines Nerven nicht alle Functionen, denen dieser Nerv vorsteht und nicht alle Muskeln, welche von ihm innervirt werden, in gleicher Art gestört. Es ist wohl bekannt, dass die sensorischen Functionen eines gemischten Nerven weniger leiden, als die motorischen Functionen unter solchen Bedingungen; somit kann die motorische Leitung gänzlich aufgehoben sein, während die Uebertragung der sensorischen Impulse verhältnissmässig eine normale sein kann; überdies gibt es auch Differenzen in dem relativen Grade der Störung der motorischen und Splanchnicusfasern derselben Nerven. So ist es in Fällen von Läsion des Nervus musculo-radialis oberhalb des Ursprunges der Nerven für die Supinatoren nichts Ungewöhnliches, dass der Supinator longus der Affection entgeht, während die Extensoren des Handgelenks und der Finger ganz gelähmt sein können, oder einige leiden mehr als die anderen.

Aehnlich zeigt sich auch die Paralyse, die nicht selten während der Geburt beobachtet wird, und die zweifellos auf Rechnung von Druck auf den Lumbo-sacral-Plexus kommt, speciell in den vordern Tibiamuskeln, oder in denjenigen, welche von dem Nervus poplieus externus versorgt werden. Aber die lehrreichsten Beispiele hierfür stellen vielleicht die Erscheinungen der Erkrankung des Nervus recurrens am Larynx dar. In Fällen von Druck auf den Nervus recurrens am Larynx sind — wie SEMON[1]) unwiderleglich nachgewiesen hat — die ersten Muskeln, die gelähmt werden und eine degenerative Atrophie eingehen, die hinteren Musculi crico-arytae noidei oder die Abductoren der Stimmbänder.

Hand in Hand damit geht die Thatsache — und sie ist höchst wahrscheinlich von derselben Bedeutung, — dass die Nerven dieser Muskeln, vor Allem diejenigen, welche von dem Nervus recurrens am Larynx versorgt werden, ihre Erregbarkeit verlieren, wenn man sie abkühlt (FRAENKEL und GAD), oder, wenn man sie in vivo für längere Zeit blosslegt (RISIEN RUSSELL), oder nach dem Tode (HORSLEY und SEMON). Die Erscheinungen können nicht dadurch erklärt werden, dass die Fasern der Abductoren in ihrer anatomischen Lage mehr exponirt seien als die der Adductoren, denn, wie RUSSELL nachgewiesen hat, so liegen die Fasern der Adductoren auf der Innenseite oder auf der Trachealseite des Nerven. Die einzige befriedigende Erklärung scheint diejenige zu sein, welche dahin geht, dass die Fasern der Abductoren am schnellsten einer destructiven Läsion unterliegen, einer Läsion, welche alle Fasern des Recurrens am Larynx gemeinschaftlich afficirt. Diese Thatsachen scheinen mir nur die specielle Illustration eines allgemeinen Gesetzes zu sein, das ich vor einigen Jahren im Zusammenhange mit Symptomen von Bleivergiftung und peripherer Neuritis[2]) aufzustellen mich bemühte.

Viele Formen der atrophischen Paralysen, die man früher in eine und dieselbe Kategorie wie die Lähmungen poliomyelitischen oder myelopathischen Ursprungs brachte, werden jetzt, nach den Ergebnissen der neueren Forschungen, mit mehr Recht auf eine primäre periphere Neuritis oder Polyneuritis bezogen. Die zahlreichen Untersuchungen der letzten Jahre haben ergeben, dass nach gewissen Giften, welche in den Organismus eingeführt werden, unter denen die wichtigsten Blei, Arsenik und Alkohol sind, oder nach Einwirkung specifischer Mikroorganismen, wie bei der Diphtherie, bei der Beri-Beri-Krankheit und bei gewissen Formen der Malaria, als wie auch unter anderen Bedingungen und Zuständen der Blutbeschaffenheit, deren Natur in allen Fällen nicht klar ist, eine Degeneration oder eine parenchymatöse Entzündung der peripheren Nerven auftritt, die einen mehr oder weniger allgemeinen Charakter besitzt, aber gewisse Nerven speciell ergreift und Symptome hervorbringt, von denen viele allen Formen gemein sind, als wie auch andere, welche speciellen Formen zukommen.

In dieser Beziehung möchte ich speciell die experimentellen Untersuchungen von HOMBAULT[3]) erwähnen, betreffend die Resultate einer andauernden Verabreichung von Bleisalzen an Meerschweinchen.

Obgleich keine speciellen Lähmungssymptome auftraten, so zeigten doch die Nerven der Extremitäten ganz besonders eine parenchymatöse Degeneration, die er ihrer Erscheinungsweise und ihrem Charakter nach eine segmentäre perioxiale Neuritis nannte. An verschiedenen Stellen in den Nervenfasern fand sich eine Degeneration des Myelins in verschiedenen Stadien des Fortschreitens.

Eine sorgfältige Untersuchung ähnlicher Art wurde unlängst von Dr. SIDNEY MARTIN angestellt, und zwar betreffend die Einführung von sehr kleinen Dosen toxischer Albumose, welche durch die specifischen Mikroorganismen der Diphtherie hervorgebracht worden waren, in den Organismus. Er fand die Anzeichen einer sehr ausgebreiteten parenchymatösen Degene-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42, 43, 1893.

[1]) Archives of Laryngology, Juli 1881; Brain, 1892, p. 471.
[2]) The Localisation of Atrophic Paralysis, Brain, Band IV, 1892.
[3]) Archives de Neurologie October 1880.

ration der peripheren Nerven, der cerebralen, spinalen und visceralen Nerven, während die Vorderhörner frei von jedweder Läsion waren.

Eines der Hauptcharakteristica der multiplen Neuritis, gleichgiltig wie dieselbe hervorgebracht wurde, besteht darin, dass die Affection der Nerven, seien es sensorische oder motorische Nerven, eine symmetrische ist. In den Extremitäten zeigen sich die motorischen Symptome zunächst als Schwäche oder Paralyse, besonders der Extensoren der Zehen und der Dorsalflexoren der Füsse, als wie auch der Extensoren der Finger und des Handgelenks, gleichzeitig oder consecutiv. Aber in schweren Fällen besitzt die atrophische Paralyse einen viel extensiveren Charakter und kann fast jeden Muskel im Körper afficiren. Specielle Gifte für die peripheren Nerven haben auch specielle Verwandtschaften zu gewissen Muskeln, auf die ich noch später zurückkommen will.

Mit den motorischen Symptomen finden sich noch combinirt sensorische Symptome, die jedoch bei den verschiedenen Formen beträchtlich variiren. Diese bestehen hauptsächlich in einer perversen und verminderten Hautsensibilität, verbunden mit Schmerz und Empfindlichkeit in den Muskeln und im Verlaufe der Nervenstäme. Die krankhaften Erscheinungen sind namentlich in den distalen Enden der Nerven ausgesprochen, während in der Regel die vorderen und hinteren Wurzeln, als wie auch die Vorderhörner zum grössten Theile frei von der Affection sind. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, und es wurden krankhafte Veränderungen in den Nervenzellen der Vorderhörner als wie auch in denen des Gehirns entdeckt, und zwar in Folge der Einwirkung wenigstens vieler jener Gifte, welche beim Hervorbringen von peripherer und multipler Neuritis wirksam sind. Es entsteht somit die Frage, ob der primäre Ursprung der parenchymatösen Neuritis nicht ein functioneller oder dynamischer Zustand der Vorderhörner sein könne. Dies ist die Ansicht, welcher Erb huldigt. Es erscheint gleich schwierig, das Vorhandensein eines solchen Zustandes zu bestätigen oder zu bestreiten; es gibt jedoch mehrere Thatsachen, welche zu Gunsten dieser Hypothese zu sprechen scheinen.

Unter andern mag ein diesbezügliches Experiment von Raymond*) Erwähnung finden. Raymond fand, dass, wenn man bei Thieren experimentell eine leichte oder oberflächliche Myelitis setzt, die peripheren Nerven, welche den lädirten Segmenten entsprechen, nach Ablauf von vielen Monaten, wenn alle Spuren der Myelitis bereits ganz geschwunden sind, nichtsdestoweniger stark alterirt waren. Wenn man annimmt, dass die Wurzeln selbst während der Operation keine Läsion erlitten haben, so würde dies zu Gunsten eines blos dynamischen Zustandes der grauen Substanz sprechen, die zum mindesten zu Veränderungen in den peripheren Nerven prädisponirt. Aber wenn wir sogar zugeben, dass eine dynamische Störung dieser Art zu einer peripheren Nervendegeneration prädisponirt machen kann, und zwar namentlich in den am meisten distal verlaufenden Verzweigungen, i. e. in den Theilen, welche von den Centren der Ernährung am entferntesten sind, so erscheint es doch im höchsten Grade unwahrscheinlich, dass dies allein für die ganz ausgesprochenen Zeichen der Degeneration, die man nicht selten in den peripheren Nerven findet, ohne die Mitwirkung irgend welcher Ursache, welche ihren Einfluss direct auf die Nerven ausübt, eine Erklärung abgeben könnte. Wenn man überdies bedenkt, dass der krankhafte Process nicht blos motorische, sondern auch sensorische Nerven afficirt, so erscheint es unmöglich, diese Thatsachen durch die Annahme einer bloss dynamischen Störung der Vorderhörner zu erklären. Gegen den poliomyelitischen Ursprung der Paralyse der Extensoren, die für die Einwirkung von Blei, Alkohol u. s. w. so charakteristisch ist, muss die Thatsache angeführt werden, dass die Extensoren in den Rückenmarkssegmenten zusammen mit anderen Muskelgruppen repräsentirt werden, so dass ein besonderes Herausgreifen der Kerne der Extensoren durch den myelitischen Process höchst unwahrscheinlich ist. Aprioristische Betrachtungen, unabhängig von dem concreten Befunde in necropsia, veranlassen uns somit, nach irgend einer anderen Erklärung für die Vertheilung der Lähmung bei der peripheren Neuritis zu suchen.

Die Ansicht, die mir am meisten plausibel erscheint, geht dahin, dass bei dieser Affection gerade so wie in den Fällen von Druck u. s. w., in denen auf den Nervenstamm eingewirkt wird, die Nervenfasern der Extensoren zuerst den destructiven Einflüssen unterliegen, und zwar in Folge ihrer verhältnissmässig geringeren Vitalität, als die der Flexoren. Dass die Nerven der Extensoren der Extremitäten eine geringere Vitalität haben, als die Flexoren, wird durch die Untersuchungen von Onimus bestätigt, der gefunden hat, dass, ebenso wie die Abductoren des Recurrens am Larynx zuerst zu Grunde gehen, auch die Nerven der Extensoren ihre Vitalität vor denen der Flexoren verlieren, sowohl in den oberen als auch in den unteren Extremitäten.

Dass die Extensoren des Handgelenks und der Finger, und die Dorsalflexoren der Füsse speciell die Tendenz haben, von einem paralytischen Processe ergriffen zu werden, wird jeden Tag durch die Hemi- und Paraplegien illustrirt; dieselben sind die ersten, die ergriffen werden, und die letzten, die ihre normale Kraft wieder bekommen. Wovon die Differenz zwischen der relativen, vitalen Kraft der Flexoren und der Extensoren abhängig sein mag, ist nur ein Gegenstand der Speculation, aber es scheint nicht undenkbar, anzunehmen, dass der Grad, bis zu welchem die Extensoren in den Vorderhörnern vertreten sind, und somit auch ihre trophische Kraft eine geringere ist, als die der Flexoren, so dass solche Extensoren, welche die meisten Verbindungen mit den Rückenmarkssegmenten haben, eine grössere vitale Widerstandskraft besitzen, als die, deren Verbindungen in sehr geringer Zahl vorhanden sind. Indem wir uns somit auf die Theorie stützen, dass in Fällen von Blei- und Alkoholvergiftung u. s. w. eine allgemeine Störung der Ernährung der Rückenmarkscentren und auch eine periphere Neuritis vorhanden sei, so müssen wir sagen, dass diejenigen Muskeln am meisten werden afficirt werden, welche in den trophischen Centren am wenigsten vertreten sind und dynamisch am schwächsten sind, wie auch thatsächlich durch Messungen ihrer contractirten Energie festgestellt worden ist. Nach dieser Hypothese soll der Extensor communis zuerst gelähmt werden, dann die Extensoren des Handgelenks und endlich die Extensoren des Daumens, und am Oberarm der Deltoideus vor dem Triceps. In den unteren Extremitäten kommen zuerst die Extensoren der Zehen, dann die Peronealmuskeln, dann der Tibialis anticus und der Extensor cruris vor den Extensoren des Knies und den anderen Muskeln des Oberschenkels in Betracht. Dies stimmt in allen wesentlichen Punkten mit der Reihenfolge, in welcher die Muskeln bei der Bleivergiftung afficirt werden, überein. Bei dieser Form der Neuritis ist das Intactbleiben des Supinator longus die Regel, sogar wenn die Extensoren der Finger und des Handgelenks gänzlich gelähmt sind. Wenn die Erkrankung eine allgemeine ist, so hat der Deltoideus speciell die Tendenz, vor irgend einem andern der Mukseln des Oberarms ergriffen zu werden und häufig auch vor irgend einem der anderen Muskeln des Vorderarms oder der Hand, wie von Duchenne, Buzzard und von mir beobachtet wurde.

Aber, wenn wir auch im Stande sind, die Reihenfolge des Befallenwerdens der Muskeln der Extremitäten bei der multiplen Neuritis zu erklären, so ist es nicht leicht, die regelmässig mit Vorliebe auftretende Wirkung des Bleies auf die oberen Extremitäten und die des Alkohols, der Diphtherie, der Beri-Beri und der Malaria an den untern Extremitäten zu erklären. Obgleich Thatsachen vorliegen, aus denen vielleicht hervorgehen möchte, dass Blei besonders die Tendenz hat, diejenigen Muskeln zu afficiren, welche am meisten mit dem Gifte in Contact gebracht werden, so glaube ich nicht, dass die «Occupations-Theorie» eine befriedigende Erklärung für die vorherrschende Einwirkung des Bleies auf die oberen Extremi-

*) Maladies du Systeme Nerveux. 1889, p. 381.

täten abgeben könne; denn dieselbe vorherrschende Einwirkung tritt auch als Folge der Ingestion von Blei durch das Trinkwasser und auch aus anderen Quellen, unabhängig von der «Occupation», auf. Auch sind wir noch jetzt zu keiner befriedigenden Erklärung gelangt, betreffend die specielle Affinität des diphtheritischen Giftes für die Nerven des Gaumens und für die inneren Augenmuskeln. Die Factoren für die Lösung dieses Problems involviren wahrscheinlich Fragen der Chemie der Lebensvorgänge, die uns jetzt noch fremd sind.

Es ist wohl bekannt, dass das diphtheritische Gift den Ciliarmuskel vor allen andern Muskeln des Augapfels mit Vorliebe ergreift, obgleich auch diese zum Theil oder ganz in Mitleidenschaft gezogen sein können. Die Erklärung dieser Thatsache durch die Theorie einer rein peripheren Nervenaffection, unabhängig von einer Veränderung im Kern, bietet einige Schwierigkeiten dar, obgleich in einigen untersuchten Fällen die motorischen Kerne ganz normal gefunden wurden. Als einen wichtigen Beitrag zu dieser Frage möchte ich die letzten Untersuchungen von LANGLEY und ANDERSON*) über die Wirkung des Nicotins auf das Cliarganglion und auf die Endigungen des Oculomotorius anführen.

Diese Forscher haben gefunden, dass die verschiedenen Functionen dieser Nerven nicht alle mit derselben Leichtigkeit gelähmt oder angeregt werden. Nicotin lähmt zuerst die Nervenzellen der Ciliarganglien im Verlaufe der Nervenfasern zum Sphincter Iridis, und wahrscheinlich den Ciliarmuskel. In nächster Folge lähmt es die dilatatorischen Fasern der Iris, und endlich die Fasern des Oculomotorius, Trochlearis und Abducens, die zu den äusseren Augenmuskeln ziehen, wobei der Levator Palpebrae weniger leicht gelähmt wird, als die anderen Muskeln. In dem Nicotin haben wir somit ein Agens, welches durch den blossen peripheren Einfluss der Reihenfolge nach die inneren und äusseren Muskeln des Augapfels in derselben Reihe afficirt wie sie vom diphtherischen Gifte afficirt werden. Angesichts solcher Thatsachen ist es nicht schwer zu begreifen, dass die primäre Prädilectionseinwirkung der diphtherischen Gifte auf den Ciliarmuskel der des Nicotins analog sein kann.

(Fortsetzung folgt.)

*) Journal of Physiology. Juli 1892

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 25. October 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. J. Fischer stellt einen Fall aus der Abtheilung des Herrn Prof. WEINLECHNER vor. Es handelt sich um einen 8jährigen Knaben, welcher für die oberflächliche Betrachtung das Bild der progressiven juvenilen Atrophie darbot, indem er beim Stehen eine ausgesprochene starke Lordose zeigte und beim Erheben vom Boden mit den Händen an den Beinen hinaufkletterte. Die Lordose verschwand jedoch weder beim Sitzen noch beim Liegen. Es ist weder irgend eine Atrophie noch welche Druckschmerzhaftigkeit der Wirbel vorhanden. Die Sensibilität, der Muskelsinn, die elektrische Erregbarkeit und das Verhalten der Sehnenreflexe ist normal; nur die Beweglichkeit der Wirbelsäule ist eingeschränkt. Symptome für eine Betheiligung der Meningen oder des Rückenmarkes waren nicht vorhanden. Die Erkrankung trat ohne jedwede Veranlassung plötzlich auf; das Kind ist in keiner Beziehung hereditär belastet.

* * *

Dr. Schlesinger: *Ein Fall von Simulation nach einem Eisenbahnunfalle.*

Vortragender stellt einen Arbeiter vor, welcher einige Tage nach einem Eisenbahnunfalle, der denselben betraf, das Bild einer traumatischen Neurasthenie zeigte (Mattigkeit, Abgeschlagenheit, RHOMBERG'sches Phänomen u. s. w.), die sich trotz der Behandlung nicht besserte. Keine Gesichtsfeldeinschränkung, keine Sensibilitätsstörungen. Im September d. J. stellte sich bei ihm eine eigenthümliche Gehstörung ein: er schlägt beim Gehen das eine Bein seitlich aus; beim Umdrehen schwankt er, fällt aber nicht, sondern macht nach rückwärts typische Tanzbewegungen, die geradezu künstlerisch ausgeführt werden; nach diesen Bewegungen geht er wieder seines Weges. Dies ist aber alles nur S i m u l a t i o n.

SCHLESINGER beobachtete den Mann zu einer Zeit, wo dieser sich unbeobachtet glaubte und da marschirte er recht gut weiter, um bei anderen Gelegenheiten, wenn er sich beobachtet wusste, dasselbe Manöver auszuführen. Vortragender wollte den Mann nur seiner Kuriosität halber vorgestellt haben, um zu zeigen, auf welche Einfälle solche Leute kommen.

* * *

Dr. Rywosch: *Allgemeines über Harn.*

Als Ausgangspunkt folgender allgemeiner Erörterungen dient der Harn der Knochenfische, mit dem sich Vortragender in letzter Zeit vorwiegend beschäftigt hat. Nachdem er in kurzen Worten die Methode der Gewinnung des Harns von denselben geschildert hat, übergeht er zur Charakteristik des Harns selbst. Der Harn hat ein leichtes specifisches Gewicht (100·1—100·2), saure oder neutrale Reaction. Von den Stickstoffproducten des Harns konnte RYWOSCH Harnstoff leicht, Harnsäure dagegen schwer nachweisen, selbst mittels der SALKOWSKY-LUDWIG'schen Methode. Neben dem Harnstoff fand sich noch eine andere organische Substanz, die sich klinisch und chemisch als Taurin erwies.

RYWOSCH macht ferner aufmerksam auf die Thatsache, dass man bei sämmtlichen Wirbelthieren, unabhängig davon, ob sie als Stickstoffendproduct Harnstoff oder Harnsäure aufweisen, stets Harnstoff findet. Dagegen sind bereits 3 Classen bekannt, bei denen man Harnsäure nicht nachweisen konnte, u. zw. bei den Amphibien, beim Frosche (NEBELTHAU), Selachier (HERTER) und bei den Knochenfischen (Dr. RYWOSCH).

RYWOSCH glaubt, die Thatsache, dass Harnstoff ein nicht zu vermissender Bestandtheil ist, auch auf die Wirbellosen auszudehnen, indem er sich auf die Arbeiten von LETELLIER beruft, der bei den Muscheln keine Harnsäure, aber viel Harnstoff fand. Er selbst habe bei den Schwaben (Blatta orientalis) neben der grossen Menge von Harnsäure, die als Sekretionsproduct der Arthropoden charakteristisch ist, auch Harnstoff mit Leichtigkeit auffinden können und er vermuthet, dass man beim speciellen Untersuchen auf Harnstoff bei den anderen Thieren, bei welchen bis jetzt bloss die Rede von Harnsäure war, auch Harnstoff wird nachweisen können. DRECHSEL fand, dass beim Abbau des Eiweissmoleküls ein Theil sich direct in Harnstoff abspaltet, ohne dabei irgend welche oxydative oder synthetische Processe durchzumachen. Bei denjenigen Thieren dagegen, bei denen Harnsäure das Endproduct des Stickstoffumsatzes ist, bildet sich die Harnsäure nach denselben complicirten oxydativen und synthetischen Processen wie der Harnstoff z. B. beim Säugethiere. In den anderen Fällen ist Harnsäure aufzufassen als Endproduct der Nucleine, nach HORBACZEWSKI als Oxydationsproduct der Xanthine.

Es ist auffallend, dass gerade bei diesen Thieren, bei denen die Oxydationsprocesse sehr träge sind, auch keine Harnsäure nachzuweisen ist, obwohl sehr wahrscheinlich ist, dass bei diesen Thieren Xanthinbasen vorkommen müssen, da bei ihnen auch Nucleine zerfallen. Xanthinbasen lassen sich bei Fischen wegen der geringen Mengen von Harn und des Trockenrückstandes nicht direct nachweisen, RYWOSCH glaubt aber nach dem Verhältnisse des Gesammtstickstoffes und des Harnstoffstickstoffes schliessen zu dürfen, dass solche vorhanden seien. Die Bestimmungen wurden nach PFLÜGER-BOHLAND ausgeführt und fand sich ein Unterschied von 38 %.

Es ist bekannt, dass wenn man Säugethieren Harnsäure einverleibt, dieselbe als Harnstoff ausgeschieden wird. Bei der Frage, warum im Harn der Säugethiere trotzdem stets Harnsäure, bei den Vögeln aber auch Harnstoff zu finden ist, spricht RYWOSCH die Vermuthung aus, dass diese Menge von Harnsäure bei den Säugethieren, respective von Harnstoff bei den Vögeln aus demjenigen Blute stamme, welches die Leber nicht passirt. Als Stütze dafür dient die Mittheilung NENCKI's, welcher bei Hunden mit der ECK-

schen Fistel, wo das Blut von der Pfortader direct in die Vena cava geführt wurde, eine Steigerung der Harnsäure auf das 4 bis 5fache stattfand, wenn die Arteria hepatica abgeklemmt wurde. RYWOSCH schliesst daraus, dass die normaler Weise von der Milz stammende Harnsäure im Harn gar nicht erscheint, sondern in der Leber in Harnstoff sich verwandelt, der übrige Theil dagegen (1/6) gar nicht von der Milz stammt. Denn nach den Untersuchungen von HORBACZEWSKI und Alexander SCHMIDT verhalten sich die lymphatischen Zellen aller Organe in chemischer Beziehung unter einander ähnlich und es ist nicht vorauszusehen, warum die lymphatischen Zellen ausser der Milz ebenfalls nicht Harnsäure bilden können.

Dr. Em. Mandl

Chemisch-physikalische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 24. October 1893.

***Dr. A. Jolles:** Ueber den Nachweis von Nitriten im Harne.*

Auf Grund zahlreicher in seinem Laboratorium durchgeführten Untersuchungen gelangte Dr. JOLLES zu folgenden Ergebnissen:

1. Nitrite entstehen zuweilen in durch saure Gährung getrübten Harnen.

2. Die Gründe, warum nicht in jedem in saure Gährung übergegangenen, salpetersäurehaltigen Harn Nitrite auftreten, sind uns nicht bekannt.

3. Die bisher zum Nachweise von Nitriten im Harne angegebene Probe mit verdünnter Schwefelsäure und Jodkaliumstärkekleister besitzt für Harne nicht die genügende Empfindlichkeit, weil sowohl normale, als pathologische Harnbestandtheile an der Jodabsorption theilnehmen und die Reaction in mehr oder minder hohem Grade und bei geringen Spuren gänzlich beeinträchtigen.

4. Die geeignetste Probe zum Nachweise von Nitriten im Harne ist die Probe mit Sulfanilsäure und schwefelsauren α-Naphthylamin. Die unterste Grenze liegt bei 0·000032 *gr* N_2O_3 für 100 *kcm* Harn.

5. Zur qualitativen Prüfung von Nitriten im Harne ist auch die sogenannte «SCHÄFFER'sche Reaction» (Ferrocyankalium und Essigsäure) geeignet. Die unterste Grenze liegt bei 0·000045 *gr* N_2O_3 für 100 *kcm* Harn.

Zur quantitativen Bestimmung ist die Probe für Harne nach dem von DEVENTER («Berichte der Deutschen chemischen Gesellschaft», 26, 589) angegebenen Verfahren nicht geeignet.

6. Zur annähernden quantitativen Bestimmung von Nitriten im Harne ist derzeit nur die colorimetrische Bestimmung von TROMMSDORF verwendbar.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

Allgemeine Sitzung.

***Prof. Dr. Adolf Strümpell.** (Erlangen): Ueber die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkte aus.*

Hochverehrte Anwesende! Wenn in den allgemeinen Versammlungen unserer Gesellschaft Gegenstände zur Sprache kommen sollen, welche über ein specielles Fachinteresse hinausgehend entweder eine weiter reichende Bedeutung für die allgemein-wissenschaftliche Auffassung der Natur, oder eine eingreifende Beziehung zu den Verhältnissen des praktischen alltäglichen Lebens, zum Volkswohl und zur Volksgesundheit haben, so dürfte die Wahl meines Themas wohl nach beiden Richtungen hin nicht ungerechtfertigt erscheinen. Denn einerseits bietet die seit Jahrhunderten eingewurzelte und bis jetzt sich immer mehr ausbreitende Sitte des andauernden Genusses alkoholhaltiger Getränke dem Physiologen und dem Arzt ein selten reichhaltiges Material dar zum Studium einer der vielgestaltigsten und wissenschaftlich interessantesten chronischen Intoxikationen, ein Studium, dessen Ergebnisse daher für die Lehre von den Giftwirkungen überhaupt von grösster Bedeutung sind. Andererseits bedingen es aber die eigenthümlichen Wirkungen dieser Substanz, dass sie nicht nur auf rein körperlichem Gebiete eine grosse Anzahl schwerer krankhafter Veränderungen hervorbringt, sondern auch auf das geistige Leben der Menschen einen mächtigen umstimmenden Einfluss ausübt und daher in unzähligen Fällen auf die Handlungs- und Denkweise der Menschen einwirkt, hier ihre Thätigkeit hemmend und ihren Willen lähmend, dort dagegen Willensäusserungen und Handlungen hervorrufend, welche ohne diesen Einfluss nie zu Tage getreten wären.

Daher kommt es, dass denkende Menschen von den verschiedensten in ihren eigenen Berufsarten wurzelnden Gesichtspunkten aus diesen Thatsachen immer mehr und mehr ihre Aufmerksamkeit zuwenden und sich sagen: liegen hier nicht Verhältnisse vor, deren Bestehen zu einer ernsten und folgenschweren Schädigung unseres Volkes und unseres Culturlebens führen? Soll und darf dies so weiter gehen, ohne dass wenigstens der Versuch gemacht wird, hier einzugreifen und einen Zustand zu ändern, dessen schädliche Folgen sich Jedem in immer zunehmender trauriger Grösse enthüllen, je länger und aufmerksamer er seinen Blick und seine Gedanken darauf richtet.

Die juristische und die national-ökonomische Seite der Alkoholfrage will ich hier nur kurz streifen. Unzählige Male schon hervorgehoben sind die mannigfachen und nahen Beziehungen zwischen Alkoholismus und Verbrechen. Was schon die gewöhnliche Beobachtung des alltäglichen Lebens ergiebt, bestätigt in zahlenmässiger Deutlichkeit die Statistik. Wo man diese auch befragt hat, in Frankreich, in Schweden, in Oesterreich und bei uns in Deutschland, überall dasselbe Ergebniss, überall der hohe Procentsatz der Vergehen und Verbrechen, welche theils direct in trunkenem Zustande, theils von notorischen Trunkenbolden verübt wurden. Zwar weiss ich als Arzt sehr wohl, dass die Beziehung zwischen Alkoholismus und Verbrecherthum vielfach in der falschen und einseitigen Weise aufgefasst worden ist, als ob bei dem gleichzeitigen Vorkommen beider Abnormitäten ersterer, der Alkoholismus, stets die Ursache des letzteren, des Verbrecherthums, sein müsste, während in Wirklichkeit sehr häufig beide nur die nothwendigen coordinirten Folgen einer angeborenen abnormen geistigen Veranlagung, einer psychopathischen Degeneration sind. Allein in Wirklichkeit kommt dieser krankhaften Veranlagung gar nicht eine so besonders grosse Bedeutung zu. Denn bei einer Unterscheidung zwischen Gelegenheitstrinkern und Gewohnheitstrinkern hat sich stets erwiesen, dass eine überwiegend grosse Anzahl von Vergehungen der erstgenannten Kategorie zur Last fällt. So fand sich, um nur ein Beispiel anzuführen, dass von 1130 Personen, welche im Jahre 1889 in Deutschland wegen Körperverletzung bestraft wurden, 750 Trinker waren und zwar 600 Gelegenheitstrinker und nur 150 Gewohnheitstrinker. Doch meine Aufgabe soll es hier nicht sein, die zahlreichen juristisch-strafrechtlichen Seiten, welche die Alkoholfrage darbietet, näher zu erörtern.

Ebenso wenig könnte es mir gelingen, die grosse national-ökonomische und allgemein-sociale Bedeutung der Alkoholfrage Ihnen in eingehender und befriedigender Weise darzulegen. Auch hier bedarf es nur eines offenen Blickes für die Vorgänge des alltäglichen Lebens, um fasst beständig an die einschneidenden Beziehungen erinnert zu werden, welche zwischen dem Genuss alkoholischer Getränke und der Arbeits- und Productionsfähigkeit einer Bevölkerung, ihrem Erwerb und ihrem Verbrauch, ihrem Familien- und Einzelleben bestehen. Nur kurz berühren muss ich einen Punkt, welcher zum Theil schon in's ärztliche Gebiet hineinfällt, die nämlich vielfach angenommene Bedeutung der alkoholischen Getränke als Nahrungsmittel. Dass dem Körper insbesondere bei reichlichem Biergenuss erhebliche Mengen von Nahrungsstoff zugeführt werden, ist unbestreitbar und, wie wir später sehen werden, von ganz besonderer Bedeutung. Aber wie verhalten sich der Nährwerth und der Preis des Bieres zu einander? Für 1 Mark erhält der Arbeiter hier in Bayern ungefähr 4 Liter Bier. Diese 4 Liter enthalten, reichlich gerechnet, 240 *g* Kohlehydrate und kaum 32 *g* Eiweiss. Für dasselbe Geld, für 1 Mark, erhält der Arbeiter aber, wenn er sich Brod kauft, 2000 *g* Kohlehydrate und daneben noch 250 *g* Eiweiss. Man sieht also, dass der Preis des billigsten Bieres in Bezug auf seinen Nährwerth ungefähr 8 mal höher ist, als derjenige des Brodes, und noch weit höher, wenn man ihn mit dem Preise der Kartoffeln,

der Erbsen und anderer Nahrungsmittel vergleicht Noch viel ungünstiger stellen sich die Zahlen heraus, wenn man an die weit höheren Bierpreise denkt, welche der bessere Mittelstand, namentlich in Norddeutschland bezahlen muss. Die gedankenlose Verschwendung, welche Hunderttausende wenig bemittelter Menschen mit dem Biergenuss unausgesetzt treiben, tritt besonders klar hervor, wenn man die Zahlen etwas näher ins Auge fasst. Ich habe durch genaue Erkundigungen sehr oft festgestellt, dass Arbeiter, welche einen Verdienst von täglich 3 Mark haben, jeden Tag nur für ihre eigene Person 50 Pfennige für Bier ausgeben, d. i. also $^1/_6$ ihres gesammten Einkommens. Und dabei handelt es sich, wie schon aus diesen Zahlen hervorgeht, keineswegs um Trunkenbolde, sondern um fleissige ordentliche Menschen, welche der allgemeinen Sitte gemäss ihren Biergenuss für etwas Nothwendiges und ganz Selbstverständliches halten. Aehnliche Berechnungen für andere Stände (Lehrer, niedere Beamte, Kaufleute u. A.) ergeben ganz ähnliche Resultate, nur dass, wie meistens in solchen Fällen, die ärmeren Bevölkerungsclassen weit ungünstigere Verhältnisse darbieten, als die wohlhabenderen. Um nur noch ein Beispiel anzuführen, bedenke man, dass Hunderte von Studenten auf deutschen Hochschulen, resp. deren Eltern, täglich 1—$1^1/_2$ Mark, das macht im Jahre 300—400 Mark, nur für Bier ausgeben. Ohne zu übertreiben, kann man behaupten, dass die Vermögensumstände von vielen Hunderttausenden sich sofort in der merklichsten Weise bessern würden durch den einfachen Entschluss der Enthaltsamkeit von diesem theuersten aller Nahrungsmittel, welches der gewöhnliche Mann geniesst. Von der Bedeutung des Alkohols selbst für die Ernährung habe ich im Vorhergehenden ganz abgesehen, da dieser Punkt schon oft und ausführlich genug erörtert worden ist. Nur die eine Thatsache möchte ich noch hervorheben, dass die früher vielfach betonte «eiweisssparende» Wirkung des Alkohols sich bei neueren genauen Untersuchungen als keineswegs stets vorhanden herausgestellt hat. Es scheint vielmehr, dass unter sonst gleichen Verhältnissen bei gleichzeitiger Alkohol-Zufuhr sogar eine geringe Steigerung der Eiweiss-Zufuhr eintritt.

Was mich hauptsächlich bewogen hat, die Alkoholfrage zum Gegenstande meines Vortrages zu machen, war die rein ärztliche Seite derselben. Nicht durch Zufall oder besondere wissenschaftliche Neigung, sondern durch die Macht der sich alltäglich dem praktisch thätigen Arzte aufdrängenden Thatsachen bin ich dazu geführt worden, der Alkoholfrage eine erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Mit Recht bezeichnet man die gegenwärtige Epoche der Medicin als die ätiologische. In der Erkennung der Krankheitsursachen erblicken wir Aerzte jetzt eine der höchsten Aufgaben unserer Forschung, weil wir eingesehen haben, dass hierdurch allein der Weg gebahnt werden kann nicht nur zur Heilung, sondern auch zu der noch weit wichtigeren Verhütung der Krankheiten. Wie viele Krankheitsursachen gibt es aber, welche sich an Ausbreitung und Bedeutung nur einigermassen mit der chronischen Alkoholintoxication vergleichen lassen? Höchstens zwei Infectionskrankheiten, die Tuberkulose und die Syphilis, können in dieser Beziehung dem Alcoholismus an die Seite gestellt werden. Aber wie viel leichter verständlich, greifbarer, der Forschung und der ärztlichen Beeinflussung eher zugänglich sind die Wirkungen dieser genau bekannten chemischen Substanz im Verhältniss zu den complicirten biologischen Einflüssen der parasitären Mikroorganismen? Es ist daher in der That auffallend, dass die klinische Forschung sich bisher verhältnissmässig wenig eingehend mit dem wissenschaftlichen Studium der Alkoholfrage beschäftigt hat, dass sie, abgesehen von einigen ganz besonders auffallenden specifischen Einwirkungen des Alcohols, noch durchaus nicht im Stande ist, eine abgeschlossene und genaue Darstellung sämmtlicher schädlichen Einflüsse desselben auf den menschlichen Körper zu geben.

(Fortsetzung folgt.)

61. Jahresversammlung der „British Medical Association".

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

Dr. Robert Barnes: *Das Hintanhalten der exogenetischen Septicämie.*

(Fortsetzung.)

Wir kommen nun dazu, uns mit den Gefahren der exogenetischen Gifte zu beschäftigen. Die Resorptionsenergie ist dabei immer der active Factor.

Während bei der endogenetischen Form das Gift im Organismus gebildet wird, oder von dem Genitaltract aus resorbirt wird, haben wir bei den exogenetischen Formen eine Menge von Giften mehr, von denen einige vom Genitaltract aus resorbirt werden können, indem sie dorthin durch die untersuchende Hand oder durch das Instrument hineingebracht wurden, oder von denen einige andere Eingangspforten benützen, wie z. B. die Lungen, die Haut und den Magen.

Hier haben wir es mit einem complicirten Zustande zu thun. Das von aussen hineingebrachte Gift kann sofort mit dem endogenetischen Gifte in Contact kommen und mit ihm verschmelzen, oder, wenn es eine Störung in der natürlichen Excretionskraft bedingt, so kann daraus ein endogenetisches Gift gebildet werden. Und so bekommen wir eine complicirte Form der Toxämie, die aus der Wechselwirkung der endogenetischen und exogenetischen Gifte hervorgeht. Hier muss ich um Nachsicht wegen einiger Kritik bitten. Man hat gesagt, dass die «Scarlatina, z. B. bei einer Puerpera, Scarlatina und nichts mehr sei».

Nach diesem eigenartigen Dogma ist der puerperale Zustand mit seiner erhöhten Resorptionsenergie, mit seinem mit ausgenützten und sogar giftigen Stoffen überladenen Blute ein unwichtiger Factor. Das heisst so viel, wie bestreiten, dass der Culturboden irgend welchen Einfluss auf die krankmachenden Keime hat. Die klinischen Beobachtungen thun die Absurdität dieses Dogmas dar. Ich glaube, dass die klinischen Beobachtungen gezeigt haben, dass, obgleich die endogenetische Toxämie ein verhältnissmässig einfacher Zustand sein kann, ein exogenetisches Gift, das eine Puerpera heimsucht, unbedingt eine Combination endogenetischer und exogenetischer Elemente zum Gefolge haben müsse, und dass in vielen Fällen, wenn nicht in allen, aus ihrer Wechselwirkung neue Gifte entstehen werden. Eine einfache exogenetische Toxämie kann nicht vorhanden sein.

Warum sind Wöchnerinnen speciell der Invasion zymotischer Gifte ausgesetzt?

Wenn dem so ist, folgt nicht daraus, dass die puerperale Constitution für die schädliche Einwirkung des Giftes empfänglicher sei?

Das Hintanhalten der zymotischen Infection fällt in den Bereich der allgemeinen Hygiene, und ich will nicht die Discussion dadurch in die Länge ziehen, dass ich bei diesem Gegenstande lange verweile. Man kann nicht genug betonen, dass die strengsten Regeln der Reinlichkeit allen denen eingeschärft werden müssen, welche mit einer Puerpera in Berührung kommen. Dies bezieht sich sowohl auf den Doctor, wie auf die Wärterin.

Es ist in der That für den Arzt nicht immer möglich, es zu vermeiden, eine Geburt zu leiten, kurz nachdem er einer «zymotischen» Patientin einen Besuch abgestattet hatte.

Unter den Vorsichtsmassregeln, die ergriffen werden müssen, möchte ich vor Allem darauf bestehen, dass die Wärterin dazu veranlasst werden soll, zwei oder drei Mal täglich ein Vollbad zu nehmen. Es ist eine weise Regel sowohl für ihn selbst, als wie auch für die Patienten, wenn der Arzt reitet, oder auf einem Bicycle oder in einem offenen Wagen fährt, und keine Handschuhe trägt. Ein gesunder Arzt hat eine gewisse Chance Patienten gesund zu machen. Nichts reinigt so sehr, als der Umstand, dass man sich der Luft und der Sonne aussetzt. Es wäre überflüssig, wenn ich die Beobachtung der gewöhnlichen Regeln der Reinlichkeit besonders betonen wollte.

Bei der Discussion der Frage, betreffend den Ursprung und die Behandlung der puerperalen Toxämie, dürfen wir nicht den Einfluss der meteorologischen Zustände bei Seite lassen. Die Curven betreffend die Mortalität in Folge von Puerperalfieber, stimmen in bemerkenswerther Weise mit denen der Mortalität in Folge von zymotischen Erkrankungen in der Bevölkerung überhaupt überein.

Ebenso wie diese ist das Puerperalfieber in Herbst, Winter und Frühling häufiger zu beobachten. Dieses Zusammenfallen lässt natürlich den Schluss zu, dass das Puerperalfieber sehr stark auf Rechnung einer zymotischen Infection kommt. Dies ist zweifellos wahr, aber es entsteht auch die Frage, ob die atmosphärischen Zustände, welche die zymotischen Epidemien entstehen machen und ihnen Virulenz verleihen, auch nicht einen Einfluss haben, indem sie die mehr reinen endogenetischen Formen der puerperalen Toxämie hervorbringen. Meine eigenen Beobachtungen — von denen ich viele unter den günstigsten Bedingungen anstellte — bestätigen diese Hypothese.

Ein Zustand der Atmosphäre, der speciell beim Hervorbringen des endogenetischen Fiebers wirksam ist, betrifft die Feuchtigkeit oder die Sättigung der Luft mit Wasser. Unter solchen Bedingungen wird die Lungenexhalation ernstlich gefährdet. Der Contact mit kalter feuchter Luft macht auch die Hautausdünstung stocken.

Die vermehrte Ausscheidung durch den Urin und durch den Darm mag wohl bis zu einem gewissen Grade die ungenügende Ausdünstung durch die Haut und die Lungen compensiren, aber kaum genug, um das physiologische Gleichgewicht zu erhalten. Andererseits begünstigen Sonnenschein und Licht die Respiration. Ein hoher barometrischer Druck erhöhet die Resorption des Sauerstoffes und die Ausdünstung der Kohlensäure. Ein niederer Druck hat die entgegengesetzte Wirkung. Die praktische Lehre, die aus diesen Thatsachen abzuleiten ist, geht dahin, dass man für ein gutes, lichtes Schlafzimmer Sorge trägt, und dass man die Luft trocken erhält.

Ausser den gewöhnlichen zymotischen Giften, dürfen wir nicht an das Leichengift vergessen, das durch die Hand des Geburtshelfers, der vorher bei einer Section beschäftigt war, übertragen werden kann. Dieser Gegenstand ist untrennbar mit dem Namen SEMMELWEISS verbunden, und es ist überflüssig, ihn im Detail zu discutiren!

Sein Werk war von unberechenbarem Werthe auf dem Continent, wo Gebärkliniken viel zahlreicher und viel besuchter sind, als bei uns zu Lande.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Münchener medizinische Abhandlungen.

Heft 41.

Ueber Herzvergrösserung bei Scharlach- und Diphtherie-Nephritis.

Von **Dr. med. Franz Jäger,**
Assistenzarzt an der Kinderklinik in München.

Verlag von J. F. Lehmann, München 1893.

Der Verfasser stellte an einem grösseren Materiale Untersuchungen über die Grössenverhältnisse des Herzens bei Scharlach- und Diphtherie-Nephritis an, deren Resultate er tabellarisch geordnet vorlegt.

Er gelangt zu dem wichtigen Ergebnisse, dass die Herzhypertrophien bei der Diphtherie-Nephritis viel seltener und geringgradiger seien als bei der Scharlach-Nephritis, die Herzvergrösserung der Diphtherie-Nephritiker erweise sich fast immer als Dilatation.

Der Grund dieser Erscheinung liegt wahrscheinlich bei beiden hauptsächlich in Betracht kommenden Factoren: dem Circulationswiderstand in den Nieren und der Beschaffenheit des Herzmuskels.

Zweifellos nachgewiesen ist dies nur für den letzteren, da die häufige Degeneration des Herzmuskels bei Diphtherie ein Sinken der Herzenergie bedeutet; wahrscheinlich gemacht ist aber auch das Minus in den Kreislaufswiderständen im Vergleich mit Scharlach-Nephritis, da bei Diphtherie sich nicht oder nur höchst selten die typische Glomerulonephritis findet.

Die Betrachtung der Mischfälle «Scharlach-Diphtherie-Nephritiden», bei denen das thatsächliche Verhältniss der Hypertrophie sich der Erwartung entsprechend zwischen den reinen Scharlach- und reinen Diphtherie-Nephritiden hält, schliesst die fleissige und dankenswerthe Arbeit.

Heft 42.

(Aus der königlichen Universitäts-Kinderklinik.)

Ueber drei Fälle von generalisirter Vaccine.

Von **Dr. med. Bernhard Dietter.**

Es handelt sich in allen drei beschriebenen Fällen um die Inoculation von Vaccinelymphe von Impflingen auf Geschwister, die mit Ekzem behaftet sind. Zwei der erkrankten Kinder waren noch nicht vaccinirt, das dritte ein Jahr vorher.

Es liegt also der seltene Fall einer zufälligen Uebertragung von Lymphe auf ekzematöse Stellen mit darauffolgender generalisirter Vaccine vor. Eines der Kinder ist in Folge der Infection gestorben. Der Sectionsbefund wird mitgetheilt.

Das erste sichtbare Symptom ist eine Verschlechterung des Ekzems, an dessen Rand sich gewöhnlich die ersten Erscheinungen zeigen, aus welchen dann die typischen Vaccinepusteln hervorgehen; doch bleiben auch die übrigen Körperstellen nicht frei. Das Ekzem wird durch den Verlauf des Processes günstig beeinflusst; Impfnarben bleiben nicht zurück.

Die generalisirte Vaccine soll einen nur sehr kurz dauernden Immunisirungswerth gegen Variola haben. Bei einem der drei Fälle sah DIETTER bereits nach einem Jahre Erfolg von der Vaccination.

Heft 43.

Ueber mehreiige Graaf'sche Follikel beim Menschen.

Von **Dr. R. Klien,**
Assistenzarzt a. d. kgl. Universitäts-Frauenklinik.

Den Inhalt der interessanten Abhandlung bildet die Beschreibung einer Reihe von Präparaten, welche aus dem Ovarium einer am zweiten Lebenstage verstorbenen Neugeborenen stammen.

Es ergab sich dem Verfasser der Befund von **8** zweieiigen und e i n e m dreieiigen GRAAF'schen Follikel in dem untersuchten Theil des Ovariums.

Die Seltenheit dieses Vorkommens erhellt aus den beigefügten kritischen Literaturangaben.

Die weiteren histologischen Angaben sind nur an der Hand der beigegebenen Abbildungen verständlich und müssen der eigenen Lecture überlassen werden. *O. R.*

Lehmann's Medicinische Hand-Atlanten.

Band V: Atlas der Hautkrankheiten.

Herausgegeben von **Dr. Karl Kopp,**
Privatdocent an der Universität München.

Verlag von J. S. Lehmann. München 1893.

Obgleich an grösseren ikonographischen Sammelwerken eben kein fühlbarer Mangel zu vermerken ist, so fehlte es bisher doch an einem Werke, das bei bescheideneren Anschaffungskosten, einem weiteren Kreise von Interessenten zugänglich gewesen wäre, so namentlich den Studirenden, für welche besonders im Studium der Dermatologie, gelungene bildliche Darstellungen als ein werthvoller Lehrbehelf bezeichnet werden müssen.

In diesem Sinne eine Lücke auszufüllen, scheint der vorliegende Atlas der Hautkrankheiten berufen zu sein, der als fünfter Band der bereits weit verbreiteten, praktischen medicinischen Hand-Atlanten der bekannten Verlagsfirma erschienen ist.

Theils nach Originalzeichnungen, zum grössten Theile aber nach mehr und minder guten Abbildungen aus den Werken von HEBRA, NEUMANN, dem Leprawerke von DANIELSSEN und BOECK etc. angefertigte neunzig Chromotafeln bringen in meist getreuer Wiedergabe die wichtigsten Hauterkrankungen zur Darstellung. Einzelne

der Abbildungen, welche sogenannte «Raritäten» zur Anschauung bringen (Lichen ruber moniliformis, Adenoma sebaceum, Ichthyosis histrix etc.), hätten füglich wegbleiben können, da dieselben den didactischen Werth, dieses vorzugsweise Unterrichts- und Lehrzwecken dienenden Werkes, nur beeinträchtigen können.

Die textliche Einbegleitung — die so manches Bild erst illustriren muss — entstammt der bewährten Feder KOPP's und stellt bei aller Kürze und Knappheit, eine durch Klarheit und Vollständigkeit gleich vortreffliche Schilderung der abgebildeten Affectionen dar.

Fünfzehn gelungene Abbildungen der Erreger der Dermatomycosen, sowie der Infections- und Invasionskrankheiten der Haut bilden den Abschluss des reich ausgestatteten Atlas, dem sein wohlfeiler Preis allgemeinen Eingang verschaffen dürfte.

N.

Der Tabak und seine Einwirkung auf den menschlichen Organismus.

Eine chemische, physiologische, pathologische und therapeutische Studie.

Von **Dr. Ludwig Jankau**.

Verlag von Seitz & Schauer, München 1893.

Eine sehr lesenswerthe Brochure, die einerseits mit Hilfe von statistischen Ergebnissen den Einfluss des Tabaks in pathologischer Hinsicht zu erläutern und die Hygiene des Tabakrauchens festzustellen trachtet und andererseits auch die Chemie und Physiologie des Tabaks und des Tabakrauches in den Bereich ihrer Erörterung zieht. Das kleine Buch ist sehr anziehend geschrieben und verräth eine eingehende Beschäftigung mit dem praktisch so bedeutsamen Gegenstand.

F.

Zeitungsschau.

Prof. Dr. E. Leyden: Ueber Endocarditis gonorrhoica. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. 1893.)

Verfasser theilt zuerst die Krankengeschichte und den Sectionsbefund eines Falles von Endocarditis gonorrhoica mit, gibt hierauf eine ausführliche Uebersicht über die einschlägige Literatur und bespricht zuletzt die Methoden zum Nachweis der Gonococcen in Geweben.

Der Krankheitsfall ist folgender:

C. L., 22 Jahre alt, Schneider, mässig kräftig gebaut. Anfangs April Schmerzhaftigkeit im rechten Knie — und in beiden Fussgelenken. Chronische Gonorrhoe und Epididymitis. 6. Mai Beklemmungen auf der Brust, Stiche in der Herzgegend. Am Herzen ein systolisches und diastolisches Geräuch, der 2. Ton über der Aorta fehlt. Sichtbarer Capillarpuls. Tönen der Carotiden. Diagnose: Insufficienz der Aorta und vielleicht auch Mitralis. In den weiteren Tagen Fieberbewegungen bis 40·2, Schüttelfröste, Diarrhoen, später öfteres Erbrechen. 16. Mai Reichliches Eiweiss im Harn, zahlreiche Cylinder, Schwellung der Füsse, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Milz. 21. Juni unter zunehmender Schwäche endlich Exit. let.

Die Obduction ergibt am Herzen ulcerative Endocarditis und zwar ist die äussere Aortenklappe zum Theil zerstört und mit grossen fibrinösen Auflagerungen bedeckt; ebensolche Auflagerungen auf dem Aortenzipfel der Mitralklappe. Insufficienz der Aorta, Dilatation der linken Herzkammer; stellenweise Degeneration des Herzmuskels: Myocarditis. Nebenbei fand sich ein kleiner keilförmiger Infarct in der Milz, der in Erweichung begriffen war; die Niere hyperämisch geschwellt mit kleinen Entzündungsherden durchsetzt.

Von grossem Interesse ist in diesem Falle, dass die maligne Endocarditis als Complication einer noch fortbestehenden chronischen Gonorrhoe auftrat und dass, was den Fall besonders auszeichnet, im Gegensatz zu sonstigen Streptococcen und Staphylococcen befunden in den endocarditischen Auflagerungen der Gonococcus NEISSER und zwar in Reincultur nachgewiesen wurde.

Aus der ausführlich vom Verfasser gegebenen Literarübersicht, aus welcher besonders die Arbeiten von P. SCHEDLER (Zur Casuistik der Herzaffectionen bei Tripper. Berlin 1880), H. MARTIN in Vevey (Études sur les métastases suppuratives d'origine blenorrhagiques. Revue medic. d. l. Suisse Roumaine 1882) und A. GENZINSKY (Herzerkrankungen im Verlauf der Blenorrhoe. Preglad lekarski 1889 Nr. 11: eine Zusammenstellung von 31 Fällen, wo im Verlauf der Blenorrhoe der Harnröhre Complicationen von seiten der Circulationsorgane aufgetreten sind) hervorgehoben werden, geht hervor, dass

1. «Der Zusammenhang von Endocarditis und Gonorrhoe durch zahlreiche Beobachtungen wahrscheinlich gemacht worden ist.

2. Das ein Theil dieser Fälle unter chronischem Verlauf glücklich, zum Theil in Heilung verlief.

3. Dass ein anderer Theil der Fälle einen bösartigen Verlauf mit dem Character der malignen Endocarditis zeigte und letal endete.

Am häufigsten waren die Aortenklappen, seltener die Mitralklappe befallen. Meist, aber nicht constant, war gonorrhoischer Gelenksrheumatismus der Endocarditis voraufgegangen. Alle Fälle betrafen männliche Individuen.»

Bezüglich der bacteriologischen Befunde ergab die Untersuchung in 2 Fällen Streptococcen, in anderen Fällen nicht genau charakterisirte Mikroorganismen. Die Ansichten der Autoren waren getheilt; die einen glaubten, dass die bacteriologische Endocarditis durch complicirende Streptococcen erzeugt wird, die anderen hielten an der Möglichkeit einer directen Wirkung des Gonococcus fest.

NEISSER hat 1879 die Gonococcen endeckt und als charakteristisch die Semmelform und ihre Lagerung innerhalb der Eiterzellen angegeben. — Als weiteres Charakteristicum wurde später gefunden, dass sie sich bei der GRAM'schen Methode entfärben.

Der Nachweis der Gonococcen gelang ausser im Harnröhreneiter nach und nach in der Blase bei Cystitis gonorrhoica, im Uterus bei Endometritis, in gonorrhoischen Nierenabscessen, in perimetritischen Abscessen, in einem abscedirten Tripperbubo (M. WOLFF), in einem eitrigen Erguss in das Knie bei gonorrhoischer Gelenksentzündung (PETRONE und KAMMERER).

BUMM gelang zuerst (1885) die Reinzüchtung auf Blutserum.

WERTHEIM wies nach (1892), dass Tubenerkrankungen und selbst Erkrankungen des Peritoneums (beim Weibe) durch «ascendirende» Gonorrhoe bedingt werden können.

Unaufgeklärt blieben noch die spinalen Affectionen und Endocarditis als Complicationen der Gonorrhoe.

In einer Arbeit über gonorrhoische Myelitis (Zeitschrift für klin. Medizin, XXI) nahm Verfasser zwei Möglichkeiten für die Entstehung von Metastasen an a) durch Toxine ähnlich wie in den Nachkrankheiten vieler Infectionskrankheiten (Nephritis infectiosa, Neuritis multiplex etc.)

1. Durch eine Complication (Symbiose) mit Eitercoccen (Streptococcen und Staphylococcen).

In dem oben beschriebenen Falle wurde bei Lebzeiten und nach dem Tode das Blut bacteriologisch untersucht. Es ergab keinen characteristischen Befund, während es sonst bei schweren septischen Processen immer möglich ist, die Bacterien im Blute zu finden und zu züchten.

Die fibrinösen Auflagerungen der beiden Klappen wurden behufs Untersuchung (Dr. MICHAELIS) zuerst in 80% dann 96% Alcohol gehärtet, dann in Celluloidin eingebettet und mit dem Mikrotom geschnitten.

Von Färbemethoden erwies sich die GRAM'sche erfolglos.

Nach vielen Versuchen gelang es endlich Präparate zu erhalten, in denen die übrige Substanz rosa, die Zellleiber blassrosa, die Kerne und Coccen blau gefärbt waren und zwar wurden die Schnitte in folgender Weise behandelt:

a) «1—2 Stunden dauernde Färbung mit concentrirter, wässeriger Methylenblau — oder LÖFFLER'schen Methylenblaulösung.

b) Auswaschen in Aqua destillata, bis der entfärbte Schnitt nur Kerne und Coccen tingirt zeigt.

c) Zusetzen einer möglichst dünnen Eosinlösung bis zur schwachen Rosafärbung des Schnittes.

d) (Selbst auf die Gefahr einer etwaigen Trübung) Ganz kurz dauernde Entwässerung in absolutem Alkohol und Aufhellung in Lavendelöl, Einschliessen in Canadabalsam.»

Verfasser führt noch die BUMM'sche und WERTHEIM'sche Färbemethode zum Nachweis von Gonococcen im Gewebe an und kommt zu dem Schlusse, dass die gefundenen Mikroorganismen Gonococcen und zwar in Reincultur waren, da keine andere Bacterienart nachgewiesen werden konnte.

Der Beweis, dass es sich wirklich um Gonococcen handelte, beruht auf folgenden Momenten:

1. «Die in den Gerinnseln vorgefundenen Bacterien hatten die Form von rundlichen Diplococcen, meist deutlich Semmelform. Coccen von Traubenformen wurden nicht beobachtet.

2. Ein grosser Theil dieser Diplococcen lag in characteristischer Weise innerhalb der Zellen.

3. Sie wurden durch die GRAM'sche Methode regelmässig entfärbt.

4. Auch durch Alkohol, ebenso durch Lavendelöl wurden sie auffallend leicht entfärbt.»

Das Vorkommen resp. die Ansiedelung der Gonococcen auf dem Endocardium ist eine gewiss bemerkenswerthe Thatsache, indessen kann sie doch insofern nicht überraschen, als wir nunmehr wissen, dass das Blutserum ein sehr geeigneter Boden für das Gedeihen dieser Pilze ist. Dass ein Transport dieser Gonococcenzellen in Lymphe und Blut leicht geschehen kann, ist fast selbstverständlich, so dass es also bisher nur an dem thatsächlichen Beweise dieser Thatsache fehlte. *B. S.*

Dr. L. Kamen: Die Aetiologie der Winckel'schen Krankheit. (Beiträge zur pathol. Anatomie etc. XIV.)

Vor wenigen Jahren beschrieb WINCKEL eine bei Neugeborenen epidemisch auftretende Krankheit, der er den Namen Cyanosis afebrilis gab, und die den septischen Erkrankungen zugezählt werden muss.

KAMEN hatte nun Gelegenheit eine kleine Epidemie dieser Art in Czernowitz zu beobachten und zu ätiologischen Untersuchungen zu verwenden. Während die Blutuntersuchungen von während des Lebens den Kindern entnommenen Proben negatives Resultat ergaben, wurden bei der Untersuchung der inneren Organe bei der Section stets und überall dieselben Mikroorganismen gefunden. Dieselben lagen zuerst in den Capillaren.

Die genaue Prüfung der in sämmtlichen Fällen gefundenen Bacterienart ergab die Indentität derselben mit dem Bacterium coli commune. Auch gelang es KAMEN die Infectionsquelle zu eruiren, indem er in dem Wasser eines Brunnens, aus dem für die Czernowitzer Gebäranstalt Wasser bezogen wurde, das Bacterium coli commune herauszüchten konnte. Endlich konnte KAMEN auch Versuchsthiere mit Culturen des Bacterium coli commune auf dem Wege intrastomachaler Einverleibung inficiren, so dass KAMEN den Schluss als gerechtfertigt betrachtet, dass die erwähnte Epidemie durch das im Brunnenwasser enthaltene Bacterium coli veranlasst war. *J. S.*

Dr. Sawtschenko und Dr. Sobolotny: Immunisirung des Menschen gegen Cholera. (Centralblatt für allgem. Pathologie und pathol. Anatomie. IV. 16.)

Die Verfasser haben Versuche in der Weise angestellt, dass sie zunächst abgetödtete Choleraculturen per os zu sich nahmen, dann die immunisirende Fähigkeit ihres Blutes durch Versuche an Meerschweinchen, die mit Cholerabacillen inficirt wurden, prüften und dass sie endlich virulente Cholerabacillen — nach Neutralisation der Magensäure — zu sich nahmen. Sie gelangen zu folgenden Resultaten:

1. Nach Einführung von abgetödteten und nachher carbolisirten Agarculturen von Cholerabacterien per os erwirbt das Serum des Menschen eine dem Choleravibrio gegenüber immunisirende Eigenschaft.

2. Dank der Einführung der abgetödteten Agarculturen per os kann man sich vor der durch Eindringen in die Intestinalwege des virulenten Vibrio KOCH's hervorgerufenen Erkrankung bewahren.

3. Die Ausleerungen von der Cholera gegenüber immunen, dem sicheren Anscheine nach vollkommen gesunden Personen können zuweilen eine grosse Anzahl von KOCH'scher Vibrionen enthalten (die auf irgend einem Wege in die Gedärme gelangt sind) und den Infectionsstoff verbreiten. Diese aus experimentellen Versuchen herzuleitende Folgerung erklärt und bestätigt die bekannte Beobachtung RUMPEL's, der in den normalen Ausleerungen von Menschen, die mit Cholerakranken umzugehen hatten oder in einer von Cholera durchseuchten Gegend lebten, Choleravibrionen oft konstatiren konnte.

4. Ausleerungen der oben erwähnten Art können auch deshalb gefahrvoll sein, weil die Choleravibrionen, selbst wenn sie den Darm immuner Menschen passirt haben, ihre anfängliche Virulenz hierbei doch nicht einbüssen. *J. S.*

Aus der Klinik für Kinderkrankheiten des **Prof. Th. Escherich** in Graz.

Dr. Wl. Papiewski. Ueber Trismus und Tetanus neonatorum. (Gazeta Lekarska Nr. 30, 31, 32 u. 33, 1893).

In allen 12 auf der Klinik ESCHERICH in kurzer Zeit beobachteten und vom Verfasser mitgetheilten Fällen trat die Krankheit kurz nach Abfall der Nabelschnurrestes bei gleichzeitiger Verschwörung der Nabelwunde auf. Sämmtliche Säuglinge waren künstlich mit sterilisirter verdünnter Milch genährt. Vier Fälle fielen auf Frühjahr und Herbst, fünf auf den Sommer; acht betrafen Knaben, vier Mädchen Vorausgesetzt, dass hier die Infection immer nach dem Abfalle des Nabelschnurrestes, wie dies auch sonst in den meisten Fällen geschah, stattfand, zeigte sich ein gerades Verhältniss zwischen der Incubationsdauer und der Dauer und der Intensität der Krankheit. In den kurz und acut verlaufenden Fällen waren die Symptome — Trismus, Opisthotonus, Contractionen der Extremitäten, klonische Krämpfe, Verfall der Herzkraft — anhaltend und intensiv, in den langdauernden traten dieselben mit Unterbrechungen und weniger heftig auf. Auch die Höhe der Temperatur erwies sich abhängig von der Intensität der tetanischen Erscheinungen, was nach PAPIEWSKI gegen Pyämie als Ursache des Fiebers in diesen Fällen spricht. In den sehr schwer verlaufenden Fällen war die Temperatur gleich sehr hoch und verblieb so die ganze Zeit, sogar während der Agonie. Offenbar war die Wirkung des Toxines in den einen Fällen rascher und stärker in anderen schwächer und langsamer.

Da die inficirenden NIKOLAIER'schen Bacillen nicht selbst in den Organismus eindringen, sondern an der Infectionsstelle haften und dort den toxischen Stoff erzeugen, dessen Resorption die Krankheit hervorruft, betrachtet PAPIEWSKI die gründliche Zerstörung des Infectionsherdes als die wichtigste Indication. Es wurden auch alle Fälle mit Paquelin behandelt, doch erst zu einer Zeit, als die Toxine bereits in den Organismus eingedrungen, der Tetanus bereits ausgesprochen war, d. h. nur zwei Genesungen vorkamen.

In einigen Fällen wurde die SAHLI'sche Methode, Einspritzung von physiologischer Kochsalzlösung angewendet, die jedoch ausser vermehrter Diurese keine weitere positive Wirkung entwickelte. In einem Falle sogar, in welchem 270 *gr* Salzlösung eingespritzt wurde, trat 12 Stunden nach der letzten Injection zwar Nachlass des Trismus und der Contractionen auf, aber gleichzeitig erfolgten auch Oedome, Herzcollaps und Exitus letalis. Diese Methode darf in dieser Krankheit daher nur mit grosser Vorsicht zur Anwendung kommen. Nach BEHRING wurde kein Fall behandelt, nach TIZZONI drei, von denen zwar einer genas, doch sprach der Verlauf nicht für die Wirkung dieser Methode. Daraus geht hervor, dass keine der angeführten Methoden den in ihnen gesetzten Hoffnungen entspricht.

Die Prognose hängt, wie aus den angeführten und uns von Anderen beschriebenen Beobachtungen hervorgeht, von der Incubationsdauer und der Raschheit mit welcher sich die Krankheitssymptome entwickeln, ab. *Sp.*

Henry E. Tuley: Die Differentialdiagnose von acuter Bronchopneumonie und Bronchitis bei Knaben. (The American Prätitioner. 26 August 1893.)

Dr. TULEY knüpft an den Umstand, dass viele seiner Collegen Capillarbronchitis als Todesursache kleiner Kinder so häufig anführen, eine Erörterung, welche darthun soll, dass wohl der Catarrh der grössern Bronchien leicht von der Broncho-Pneumonie unterschieden werden könne, — Temperatur, Auscultation, Allgemeinverhalten — dass aber unter der sogenannten Capillarbronchitis der Kinder sich meist eine echte Pneumonie verberge.

Die Abwesenheit der characteristischen auscultatorischen und percutorischen Phänomene erklären sich zur Genüge durch eine Reihe von Sectionsbefunden, welche kleine, zerstreute Herde von Bronchopneumonie aufwiesen.

Auch die Temperaturverhältnisse ergeben nicht immer den Typus; TULEY fand bei zweifellosen (durch die Section erwiesenen) Pneumonien bisweilen nur geringe oder gar keine Temperatursteigerung, er fand Fälle mit Abendremission und hoher Morgentemperatur.

Gewicht für die Diagnose legt er auf das Allgemeinverhalten (Kräftezustand und Grad der Dyspnoe) sowie auf die Localisation der Rasselgeräusche; Beschränkung auf abgegrenzte kleinere Partien spreche für Pneumonie. *O. R.*

Montagnon (Lyon): Ein Fall von rheumatischer Chorea behandelt mit Cerebrin. (Societé des Sciences Médicales de Lyon).

MONTAGNON berichtete eingehend darüber in einer der letzten Sitzungen der «Soc. d. Sciences méd.» zu Lyon. Es handelte sich um einen 11jährigen Knaben, der eine allgemeine Chorea darbot. Mann begann mit 1 *ccm* Cerebralsubstanz und injicirte jeden zweiten Tag, später alle Tage. Schon nach den ersten Injectionen erfuhr der Zustand des Kranken eine wesentliche Besserung. Heute sind die choreatischen Bewegungen, die besonders an den Extremitäten sehr lebhaft waren, fast völlig verschwunden.

Auch am Herzen, woselbst vor der Behandlung Zeichen einer Cardiopathie nachweisbar waren, haben sich normale Verhältnisse eingestellt. Die auf die Injectionen aufgetretenen örtlichen Reactionserscheinungen waren ganz geringfügig. Es sind weder Abscesse, noch irgend welche entzündliche Zustände aufgetreten. Die Injectionen wurden am Abdomen, in der Lendengegend und an der Vorderfläche der Schenkel vorgenommen.

In einem Falle von hysterischer Chorea bei einer 38jährigen Frau hat MONTAGNON keinen Erfolg gesehen. Allerdings war die Chorea in diesem Falle sehr alten Datums. *A. D.*

Dr. E. Monin (Paris): Allgemeine Therapie der Dermatosen. (Société d'Editions scientifiques.)

Seit den Arbeiten eines LORRY, eines BAZIN, eines HEBRA stimmt die Mehrheit der Dermatologen darin überein, die Dermatosen entweder mit allgemeinen primären Alterationen des Blutes und anderer Körpersäfte oder aber mit mehr oder weniger beschränkten nervösen Störungen (Trophoneurosen) in Zusammenhang zu bringen Jedenfalls sind die Hautaffectionen für gewöhnlich Deuteropathien, die eine constitutionelle Behandlung der Diathese oder der Dyskrasie, die ihnen zu Grunde liegt, erfordern. Unter den Behandlungsmethoden der Dermatosen nimmt die purgirende Medication einen ersten Platz ein.

In der Praxis zieht man in der Regel die salinischen Abführmitteln allen anderen Medicamenten vor, da sie sicherlich am fähigsten sind, die sich bildenden krankheitserzeugenden Substanzen zu vermindern, die Secrete zum Trocknen zu bringen, die Völle der Gefässe herabzusetzen und auf das Blut- oder das Nervensystem jene unterstützende Revulsion und substituirende Irritation auszuüben, die gleichsam den Schlüssel für die Behandlung jeder chronischen Krankheit abgeben.

Das Eczem, der Typus der feuchten Dermatose ist es, bei welchen man durch die secretorische Stimulation der Darmschleimhaut eine Verminderung der Hyperexcitabilität der Hautdecken erreicht.

Viele Praktiker haben schon durch die wiederholte Verabreichung des Hunyadi János raschere Heilresultate bei generalisirten und gewissermassen auf constitutioneller Basis beruhenden Eczemen eintreten gesehen. Die ärztliche Tradition hat das so populäre ungarische Mineralwasser adoptirt, da es das einzige salinische Abführmittel ist, welches man gefahrlos wiederholt verabreichen kann, ohne zu befürchten, dass eine musculäre Atonie des Darmes eintritt. Das Hunyadi János-Wasser setzt in der That die Darmperistaltik nicht im Mindesten herab: es bewirkt aber eine langsame und continuirliche Ableitung, die nicht jene choleriformen Entleerungen nach sich zieht, wie sie oft bei der Verabreichung anderer Mineralwässer auftreten. Congestionen des Rectum, Hyperämie der Nieren sind oft die Folge einer prolongirten Darreichung von drastischen Abführmitteln bei Dermatosen. Aehnliche Zufälle veranlasst das ungarische Mineralwasser nicht: die Wiederherstellung der Läsionen vollzieht sich unter seinem Einflusse sehr rasch und ohne Recidive, und man sieht bald, wie die Hautepithelien ihre Vitalität und Elasticität wiedererlangen. Dadurch erklärt sich der Vorrang des genannten Medicamentes auf dem Gebiete der Dermatologie

Ich habe es mit gutem Erfolge beim Eczem der Säugenden und der Menopause, Eczem, das von unvollständigen Ausscheidungen abhängt, angewendet; bei Herpes und Zona; bei Hyperhydrosis und Seborrhoe, sowie in einem Falle von Dermatitis exfoliativa angewendet. Die Acne, dieser treue Spiegel der Störungen in der Menstruation und Verdauung; das Furunkel, das Lichen und die Pythiriasis, die so häufig bei der Wiederkehr des Frühlings und der Herbstzeit wieder zum Vorschein kommen — sie alle stellen eine Gruppe von Dermatosen ab, bei welchen das Hunyadi János absolut indicirt erscheint.

Alle Hautaffectionen, die durch einen entzündlichen Zustand des Derma charakterisirt sind (Erythem, Eczem, Urticaria etc.); alle Exantheme, die der Ausdruck eines pyretischen oder septischen Zustandes sind (Herpes, Impetigo etc.) fordern die erwähnte medicamentöse Behandlung, da diese die Production von Papeln auf ein Minimum einzuschränken, die secretorische Confluenz abzuschwächen und gegen den nervösen Erethismus mit Vortheil anzukämpfen vermag.

Diese Behandlung beugt auch den Recidiven und den krankmachenden Metastasen vor, da sie nicht allein die örtlichen Symptome unterdrückt, sondern auch die allgemeine und diathesische Prädisposition, den Lymphatismus, den Herpetismus oder Arthritismus bekämpfen.

Vor allem beim Wechsel der Jahreszeiten oder nach Diätfehlern und geistigen Ermüdungen (die einen plethorischen oder dyskrasischen Zustand bedingen) ist es von Wichtigkeit, das Hunyadi János-Mineralwasser in abführenden Dosen zu verordnen. Nur auf diese Weise wird es möglich sein, über diese hartnäckige Zähigkeit, die gewissen Dermatosen eigen ist und die das Gemüth mancher Patienten so grausam angreift, den Sieg davon zu tragen. Ausser dieser reinigenden und ausgleichenden Wirkung, die wir im Obigen anzudeuten versucht haben, besitzt übrigens dieses Medicament noch eine accessorische Wirkung, deren man nicht gut entbehren kann: diese Eigenschaft des Hunyadi János-Wassers besteht in der Förderung der Toleranz des Organismus für eine alterirende chronische Medication durch Arsenikpräparate, Jod etc. Wir haben hievon den besten Beweis bei der Behandlung von künstlichen Eruptionen alimentären oder medicamentösen Ursprungs: die durch gewisse Nahrungsmittel bedingte Urticaria sowie die durch Copaiv- und Brompräparate hervorgerufenen Erytheme verschwinden leicht unter dem Gebrauche des genannten Mineralwassers. *A. D.*

Salzklysmen gegen Metrorrhagie.

NICHOLSON empfiehlt bei unstillbaren Blutungen nach Abortus ein Klysma bestehend aus einer Kanne Wasser mit einem Löffel voll Salz. NICHOLSON bezeichnet das Mittel als lebensrettend.

F.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Am 27. d. M. fand unter einem sehr grossen Andrange die Eröffnungssitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte im neugebauten Hause statt. Unter den Anwesenden bemerkte man Se. Excellenz den Statthalter, Grafen Kielmannsegg, den Landmarschall Baron Gudenus, den Präsidenten der Akademie der Wissenschaften, geheimen Rath v. Arneth, den Sectionschef vom Unterrichtsministerium v. David, den Ministerialrath Kusy, die Hofräthe Benndorf und Gruber, den Landesausschuss Dr. Weitlof, die Generalstabsärzte Kraus und Podratzky, Prof. Suess, den Vorstand des Apotheker-gremiums R. v. Waldheim, den Vorstand des IX. Bezirkes, Herrn Löblich u. A. Zu Beginn der Sitzung ergriff der Präsident Hofrath Prof. Billroth, stürmisch acclamirt, das Wort zu folgender Ansprache:

«Meine Herren! So sind wir denn endlich im eigenen Hause! Die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, welche vor 57 Jahren kaum über 40 Mitglieder zählte, ist bis jetzt auf die stattliche Anzahl von 400 Mitgliedern angewachsen. Das im Jahre 1837 durch weise Gärtner gelegte Samenkorn hat sich im Sturme der Zeit zu einem mächtigen Baume entwickelt, unter dessen breiten Aesten es lebhaft zugeht, wie es unsere stillen wissenschaftlichen Arbeiten im collegialen Kreise bethätigen. Eng und düster waren die Räume, in denen wir bis jetzt verweilten; unsere umfangreiche Bibliothek lag in knappen Kästen so eingepfercht, dass sie kaum zu Nutzen kam. Es konnte nicht so fortgehen, wollte die Gesellschaft nicht ihres historischen Prestige beraubt werden. Schon Skoda hatte den Gedanken ausgesprochen, dass die Gesellschaft der Aerzte dahin streben müsse, sich ein eigenes Haus zu gründen. Nach Skoda war es insbesondere Dittel, welcher immer neuerlich den Gedanken anregte, bis es endlich zu ernstlichen Schritten kam. Auch ich war durchdrungen von der Nothwendigkeit einer Stabilisirung unserer Gesellschaft und ich habe, nachdem mir die Auszeichnung der Präsidentschaft wurde, vom Herzen gerne Alles gethan, was ich vermochte. Ich konnte vor allen Dingen uns selbst nicht zumuthen, dass wir wohl im Stande wären, mit eigenen Mitteln das erwünschte Ziel zu erreichen; wir hofften daher auch auf die Beihilfe Anderer, welche unseren wissenschaftlichen Bestrebungen und der Aufopferung des Arztes ihr Augenmerk zuwandten, und unsere Hoffnungen haben sich erfüllt. Wie überall Allen voraus, wo es gilt, die Bestrebungen der Wissenschaft und Kunst zu unterstützen, hat auch hier unser geliebter Kaiser einen bedeutenden Beitrag gespendet. Ich fordere die Versammlung auf, zum Ausdrucke unseres Dankes sich von den Sitzen zu erheben. (Lebhafte Hochrufe.) Es folgten dann namhafte Spenden edler Gönner, so des hochherzigen Fürsten Liechtenstein, der Herren R. v. Skoda, David und Wilhelm v. Guttmann und Frau Professor Mauthner; wir bringen Allen unseren wärmsten Dank für die thatkräftige Theilnahme an unserem Werke dar. Der Herr Minister für Cultus und Unterricht, Freiherr v. Gautsch, hat ebenfalls unser Bestreben bedeutend gefördert. Da wir unsere Mittel auf die praktische innere Einrichtung verwenden mussten, wären wir nicht in der Lage gewesen, die Façade im Geschmacke des Herrn Architekten Richter zu schmücken, wenn nicht der Herr Unterrichtsminister die Ausführung dieser Figuren aus dem Stiftungsfonde für Cultus und Unterricht bewilligt hätte. Auch ihm sprechen wir dafür unseren verbindlichsten Dank aus, wie auch dem Ministerialrathe Grafen Latour und dem Hofrathe Benndorf.

Der Besitz, das Ansässigwerden auf einem noch so kleinen Punkte unserer Erde war immer von cultureller Bedeutung für den Fortschritt. Ein Nomadenvolk, das nicht ansässig wird, kann niemals eine höhere Cultur erringen, es kann wohl dem Kampfe mit anderen Völkern ausweichen, aber nicht denselben dauernd bestehen; die Ausbildung einer Familie und eines Friedenszustandes, welche zur culturellen Enwicklung nothwendig sind, kann nicht gedeihen. Die ethische Entwicklung bleibt stehen. Zu der Hausansiedlung muss sich aber auch der erworbene moralische Besitzstand: fester Zusammenhalten, Treue, Selbstbewusstsein und Opferwilligkeit hinzugesellen. Wir haben diesen hohen bedeutenden Schritt gethan, um uns in Wien sesshaft zu machen. Die Bestrebungen unserer Gesellschaft werden nun mächtig steigen; als deren Hauptzweck gilt uns unsere gegenseitige wissenschaftliche Förderung zum Heile der leidenden Menschheit; wir verfolgen daher nicht nur einen wissenschaftlichen, sondern auch einen humanen ethischen Zweck, und wir wollen uns unseres human-priesterlichen Standes stets eingedenk sein. Minerva, Apollo, Hygiea und Aeskulap, mit deren Bildniss wir unser Haus als Laren geschmückt, mögen es beschirmen und auch der Geist unserer Vorfahren möge ihm seinen früheren Schutz angedeihen lassen.

Ich rechne es mir als eine freudige Pflicht, im Namen unserer Gesellschaft den hochverehrten Gästen, welche uns die Ehre erwiesen, unserer heutigen ersten Sitzung beizuwohnen, meinen verbindlichen Dank für ihre Gegenwart auszusprechen und ich erbitte uns auch ferner ihr Wohlwollen und ihre Theilnahme. Aber auch dem Baucomité, sowie dem Herrn Architekten Ludwig Richter, den Bildhauern Herrn Wagner und Bayer unseren verbindlichsten Dank für ihre vielen Mühen. In ganz besonderer Weise ist die Gesellschaft unseren Bibliothekaren Herrn Dr. Unger und Paschkis zu Dank verpflichtet, welche die schwierige Uebersiedlung der Bibliothek leiteten. Auch unserem Vermögensverwalter Herrn Dr. Spitzmüller, sowie Herrn Prof. Rich. Paltauf sind wir zu grossem Danke verpflichtet für die praktisch-finanzielle Durchführung und Sorge, mit welcher sie die Einrichtungen überwachten. Allen herzlichen Dank!» Nach der mit lebhaften Beifalle aufgenommenen Rede ergriff Prof. Puschmann das Wort zu seinem angekündigten Vortrage: «Medicinisches Vereinswesen in alter und neuer Zeit». Vortragender schildert das Vereins- und Zunftwesen von einst und jetzt, wobei er einige heitere Episoden aus den Kämpfen zwischen den Barbieren und Badern zum Besten gab. Er begann mit Aeskulap und endete mit den Aerztekammern. Der Vortrag erscheint ausführlich in der nächsten Nummer.

* Berlin. Virchow-Jubiläum. In der Festsitzung vom 25. October der Med. Gesellschaft theilte zuerst Prof. v. Bergmann Virchow's Ernennung zum Ehrenpräsidenten mit; diese Würde erhielt er als Träger des Fortschrittes der Wissenschaft und Vertreter der Interessen der Aerzte. Virchow dankte bewegt. Hierauf hielten Professor Rindfleisch aus Würzburg und Ponfick (Breslau), seine früheren Assistenten, Vorträge, deren Gegenstand an Virchow's Entdeckungen anknüpft, und überreichten Adressen ihrer Facultäten.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Amsterdam. Dr. Graanboom habilitirte sich als Privatdocent der Pädiatrie.

— London. Dr. Herbert R. Spencer wurde zum Professor der Gynäkologie und Geburtshilfe an University College Hospital ernannt.

— Neapel. An Stelle des verstorbenen Prof. Catani wurde Dr. de Renzi, bisher Professor der 2. medicinischen Klinik, zum Professor der 1. medicinischen Klinik ernannt. An seine Stelle tritt Dr. Antonius Cardarelli, bisher Professor der medicinischen Pathologie und Propädeutik.

— Zürich. Die neu eingerichtete ordentliche Professur für analytische Chemie wurde Prof. Fred. P. Treadwell, jetzt Honorarprofessor am Polytechnikum, einem Schüler Victor Meyer's, übertragen.

— St. Petersburg. Der ausserordentliche Professor der therapeutischen Hospitalklinik an der militär-medicinischen Abtheilung, Dr. F. Pasternatzki, ist zum ordentlichen Professor, der Privatdocent ebendaselbst, Hofrath Dr. Petrow, zum Professor der pathologischen Anatomie am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Palovna ernannt worden. — An Stelle des zurücktretenden Prof. Mierzejewski wurde Prof. Bechterew-Kasan zum Professor der Neurologie und Psychiatrie an der militär-medizinischen Akademie berufen.

— Charkow. Der Professor der Augenheilkunde an der Charkower Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Leonhard Hirschmann, ist als Professor emeritus bestätigt worden. — Der ausserordentliche Professor an der Charkower Universität, Dr. Openchowski, ist als ausseretatsmässiger ordentlicher Professor auf

dem Lehrstuhl der therapeutischen Hospitalklinik bestätigt worden. — Der ausserordentliche Professor an der Charkower Universität, Dr. N. Kultschitzki, ist als ordentlicher Professor auf dem Lehrstuhl der Histologie und Embryologie in Charkow bestätigt worden.

— Kiew. Zum ordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik an der Kiewer Universität ist der bisherige ausserordentliche Professor der Chirurgie in Kasan, Dr. L. Malinowski, ernannt worden. An des letzteren Stelle tritt der bisherige Privatdocent der Kiewer Universität, Dr. O. A. Rustizki.

* Todesfälle. In Berlin Prof. Dr. Fr. Falk, bekannt durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der gerichtlichen Medicin, öffentliche Gesundheitspflege und Geschichte der Medicin. — In Löwen der frühere Professor der Anatomie Dr. Etienne Michel van Kempen.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In Wien ist am 24. October Nachmittags der mit dem Schleppschiffe Nr. 78 aus Budapest nach Wien eingetroffene Matrose Ferdinand Stepan unter verdächtigen Krankheitserscheinungen dem k. k. Kaiser Franz Josefs-Spitale übergeben worden. Durch die eingeleitete bacteriologische Untersuchung wurde das Vorhandensein von Cholera asiatica sichergestellt. — Auf die in der vorausgegangenen Woche eingetretene Steigerung der Intensität der Choleraepidemie in Galizien ist in der letzten Woche (17.—24. October Früh) wieder ein erheblicher Rückgang der Seuche gefolgt. Es betrug in letzterer Woche die Zahl der Bezirke, in denen neue Cholerafälle beobachtet wurden, 6, jene der Gemeinden 21 und sind in diesen 77 neue Erkrankungs- und 53 Todesfälle angezeigt worden, von welchen letzteren 16 auf Kranke früherer Bezirksperioden entfielen. Die Gesammtzahl der seit 3. August in Galizien constatirten Cholerafälle beträgt sohin 1190, jene der Todesfälle 704. — Deutsches Reich. In Hamburg kamen noch einzelne Cholerafälle, in Altona choleraverdächtige Erkrankungen vor. Die grösste Zahl von Cholerafällen ist in Stettin zu verzeichnen (vom 12.—20. October 14 Fälle). — Aus Frankreich liegen nur sehr spärliche Nachrichten vor, welche jedoch darthun, dass die Cholera noch immer an einzelnen Orten auftritt und in Nantes gehäufte Fälle vorkommen. — Spanien. Aus der Provinz Vizcaya wurden zwischen 23. Sept. und 6. Oct. 548 Choleraerkrankungen (225 Todesfälle) gemeldet. — Italien. Die Choleraepidemie in Neapel ist erloschen, doch kommen daselbst noch Darmerkrankungen in grösserer Zahl vor. In Livorno und in Palermo war die tägliche Zahl der Erkrankungsfälle eine kleinere. — Russland. Während in den Gouvernements im Innern des Reiches eine successive Abnahme der Zahl der Choleraerkrankungen eingetreten ist, herrscht die Seuche in den westlichen Gouvernements mit unveränderter Intensität fort. — Rumänien. In der letzten Woche vom 9. bis 15. October ist wieder eine leichte Zunahme der Choleraepidemie eingetreten und trat in Galatz und Fetestie eine grössere Zahl von Fällen auf. — Türkei. Die Zahl der Choleraerkrankungen in Constantinopel (Skutari) hat in der ersten Octoberwoche zugenommen, ebenso die Zahl der inficirten Localitäten. Sie tritt in den verschiedensten Stadtvierteln auf.

* Professor Dr. F. Kraus wohnt gegenwärtig IX., Lackirergasse 9.

Konkurs.

Bei der Stadtgemeinde in Priedor (Bosnien) gelangt mit 1. Jänner 1894 die Stelle des Stadtarztes mit dem systemisirten Bezuge von jährlich 1200 fl. zur Neubesetzung.

Die P. T. Bewerber wollen ihre vorschriftsmässig gestempelten, mit den entsprechenden Zeugnissen instruirten Gesuche längstens bis Ende November l. J. bei dem genannten Gemeindeamte einbringen.

Gemeinde-Amt
Priedor, Bosnien, am 20. Oktober 1893.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Aerztliche Stellen.

K. k. Sanitätsassistentenstelle in Oberösterreich mit dem Adjutum jährlicher 500 fl. provisorisch zu besetzen, ausserdem auch eine systemisirte Sanitätsassistentenstelle ohne Adjutum. Bewerber um eine dieser Stellen haben ihre mit dem Nachweise des Alters, dann des an einer inländischen Universität erlangten Diploms eines Doctors der gesammten Heilkunde oder eines Doctors der Medicin und Chirurgie und Magister der Geburtshilfe, sowie mit dem Zeugnisse über eine nach Erlangung des Doctordiploms vollstreckte wenigstens einjährige ärztliche Verwendung in einem öffentlichen Krankenhause belegten Gesuche bis 20. November d. J. bei dem k. k. Statthalterei-Präsidium in Linz einzubringen.

Stadtarztesstelle in Skutsch (Böhmen) mit einem Jahresgehalte von 300 fl. Dem Stadtarzte obliegt ausser den im Gesetze vorgeschriebenen Dienstespflichten die unentgeltliche Behandlung der Kranken im dortigen Siechenhause. Bewerber haben ihre mit den Nachweisen des erlangten Doctorgrades, des Alters und der bisherigen Verwendung belegten Gesuche bis Ende October d. J. an das Gemeindeamt in Skutsch einzubringen.

Districtsarztesstelle in Heilendorf, Bezirk Hohenstadt (Mähren) mit 7 Gemeinden und 4500 Einwohnern. Gehalt 320 fl., Reisepauschale 180 fl., Gehaltszulage von der Gemeinde 100 fl. und freie Wohnung. Die gehörig instruirten Gesuche sind längstens bis 15. November d. J. an F. Vepřek, Vorsitzenden der Gesundheits-Commission in Heilendorf, einzusenden.

Gemeindearztesstelle in Arbe, polit. Bezirk Zara (Dalmatien). Jahresgehalt 1520 fl. Verpflichtung unentgeltlicher Behandlung der Gemeindearmen und aller in die «Condotte» eingeschriebenen Bewohner der Stadt Arbe. Gesuche mit den Nachweisen des Doctorates der gesammten Heilkunde, sowie der Kenntniss der kroatischen und italienischen Sprache bis Ende October d. J. an die Gemeindeverwaltung in Arbe.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 10 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Bemerkungen zur sparsamen Verschreibungsweise. Von Dr. Heinrich Paschkis; ferner Neue Arzneimittel, Referate, Kleinere Mittheilungen und Arzneiverordnungen, Hygiene, Pharmakologie und Toxikologie.

Cacao Küfferle

um 30 bis 40 Perzent billiger als die ausländischen Cacaos, ohne Potasche und Gewürz erzeugt. (1098)

Medicinal-Weine.

Von der k. k. Landwirthschafts-Gesellschaft etc. wiederholt mit: **Staatspreis, goldene Medaille, Ehrendiplom etc.** prämirte:

Natur-Echte Oesterreicher-Weine

abgelegene, selbstgekelterte Jahrgänge der anerkannt renommirten Gebirgslagen: Hadres-Markersdorf, Mailberg, Zuckermandl

(seit 1855) empfiehlt: (seit 1855)

Thomas Krug, Weingärtenbesitzer

in Hadres-Markersdorf (bei Mailberg) in N.-Oest.

Roth- und Weissweine in Flaschen von 36 kr. per Flasche
Flaschenreife Weine in Gebinden von 34 kr. per Liter } aufwärts

(1415) **Filialkellereien & Comptoir:**

Wien, XIX., Oberdöbling, Hauptstrasse 3.

Jeder Arzt verlange unseren neuen Katalog 1893



Privat-Heilanstalt
für
Gemüths- und Nervenkranke
in Oberdöbling, Hirschengasse 71.



Mikroskope für die Herren Aerzte und Apotheker

in allen Grössen und Zusammenstellungen, sowie alle mikroskopischen Hilfsapparate empfiehlt in **Ia Qualität** zu billigst gestellten Preisen

LUDWIG MERKER, optisches Institut

(1285) (Gegründet 1886)

Wien, VIII., Buchfeldgasse 19.

(Ecke der Florianigasse.)

Mein neu erschienener Preis-Courant Nr. VII steht gratis und franco zur Verfügung.

Neueste Auszeichnung: Ehren Diplom der Gewerbe-, Ind.- u. landw. Ausstellung Aussig 1893.

KEFIR i. d. Lehmann'schen Anstalt aus bester steril. Milch! Wien, I., Bauernmarkt 13.

SACCHARIN

300 MAL SO SÜSS WIE ZUCKER,

Indikation: Als Ersatz des Zuckers bei **Diabetes mellitus** und Fettsucht, wegen seiner gährungs- und fäulnisshemmenden Wirkung gegen Magen- und Darmkatarrhe, bei verschiedenen Mund-Affektionen, Caries der Zähne etc., **wichtiges Antisepticum**, vorzügliches **Corrigens** für alle bitter und unangenehm schmeckenden Arzneimittel (Salze, Alkaloide). (1096)

General-Vertretung bei

JULIUS JALOWETZ, Wien, II., Kaiser Josefstr. 20.

Condurango-Wein

(dargestellt in *Schering's Grüne Apotheke in Berlin N.*) ist nach Mittheilungen des Herrn Dr. Wilhelmy in Nr. 29 der „Berl. klin. Wochenschrift" vom 19. Juli 1886 und des Herrn Dr. L. G. Kraus in Nr. 6 der „Internationalen Klinischen Rundschau" vom 9. Februar 1890 ein *ausgezeichnetes Heil-, resp. Linderungs-Mittel* bei *Magenkrebs und anderen Magenleiden.* — Zu haben nur in Originalflaschen von 500 und 250 Gramm Inhalt. — **Wien:** C. Haubner's Engel-Apotheke; **Budapest:** Josef v. Török; **Grosswardein:** Alexander Heringh und Georg Nyiry; **Arco:** A. Breuer. (1000)

Gemüths- und Nervenkranke

finden in

Dr. Svetlin's Heilanstalt

Wien, III., Leonhardgasse Nr. 1 bis 5

jederzeit Aufnahme und sorgsamste Pflege. [898]



Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Prof. Kemmerich's FLEISCH-PEPTON

Die Vorzüge, welche den Ruf des **Kemmerich'schen Fleischpeptons** begründet haben, sind:

Der hohe Gehalt an leichtest assimilirbaren Eiweisskörpern (über 60%, Albumosen, resp. Pepton). (1309)

Der angenehme Geschmack, in Folge dessen das Präparat auch längere Zeit sehr gerne genommen wird.

Das Kemmerich'sche Fleisch-Pepton verbindet darnach mit einem **eminenten Nährwerth** die Annehmlichkeit, dass es auch als Zusatz verwendet werden kann und die Speisen schmackhafter macht, ein Vorzug, welcher bei darniederliegendem Appetit gewiss nicht unterschätzt wird.

Central-Depôt: Schülke & Mayr, Wien, III., linke Bahng. 5.

REINES AETHYLCHLORID

für lokale Anästhesie.

Sichere Wirkung. — Absolut ungefährlich. (1310)
Heilung der Neuralgien, Ischias etc.
Atteste v. berühmten Aerzten, Chirurgen und Zahnärzten aller Länder.

— HAUPTDEPOTS: —

WIEN: Dr. A. Rosenberg's Apotheke zum „König v. Ungarn" I., Fleischmarkt I. PRAG: Ph. Mewinny's Nachf. B. Müller, Brentegasse. BUDAPEST: Dr. Fischer Samu zur „Hunia", Elisabeth-Ring 56

Gilliard, P. Monnet & Cartier
La Plaine bei Genf (Schweiz).

PATENTIERT.

Application für locale Anästhesie von Prof. Dr. Redard.



Röhren à 10 u. 30 grs mit Metallverschluss oder mit Gummi-Ring. Wegen Preise u. Litteratur verlange man den Prospektus.

Dr. Standke's wohlschmeckendes Ricinusöl 1/1 Flasche (circa 120·0) fl. —.60, 1/2 Flasche (ca. 60·0) fl. —.40.
Dr. Standke's wohlschmeckender Leberthran. 1/1 Flasche (circa 500·0) fl 1.20, 1/2 Flasche (ca. 250·0) fl, —.70,

Beide Präparate sind von vielen Aerzten warm empfohlen.

Fabrikant: **Karl Fr. Töllner, Bremen.** (1408)

General-Vertreter: **C. Haubner's Apotheke «zum Engel», Wien, I.**

Dr. Martin Szigeti

Winter: **Abbazia.** (Neuer Bazar.)
Sommer: **Gleichenberg.** Villa Karlsruhe. (1278)

Schering's Piperazin,

vorzügliches Lösungsmittel für Harnsäure, Harngries und harnsaure Harnsteine. Dasselbe löst sieben Mal mehr Harnsäure als Lithion, daher von Aerzten empfohlen gegen **harnsaure Diathese und Folgezustände.**

Schering's Phenocoll. hydrochloric.

D. R. P. 59121

vorzügliches Antipyreticum, Antineuralgicum, Antinervinum.

Benzonaphtol puriss.

für innerlichen Gebrauch nach Professor Ewald.

Laevulose, Zucker für Diabetiker.

Chloralamid Ph. G. III D. R. P. No. 50586, vorzügliches Schlafmittel.

(Chloralamid darf nur in **kaltem** Wasser gelöst werden und ist am besten vorher fein zu zerreiben.) Brochüren über obige Präparate stehen auf Wunsch zu Diensten. Zu beziehen durch die Apotheken und Droguenhandlungen.

Formalin-Schering (Formaldehyd) ausgezeichnetes Antisepticum und Desinficiens, wirkt fast wie Sublimat und ist dabei relativ ungiftig (cfr. Pharmac. Zeitung 1893. No. 22). Anwendung in 1/2, 1 und 2 %iger Lösung.

Litteratur über Formalin-Schering zu Diensten.

Jodrubidium (D. R. P. 66286).

Berlin N.

Chemische Fabrik auf Actien

(1383) **(vorm. E. Schering).**

Den P. T. Herren Dermatologen empfehle ich meine best bewährten

Collemplastra Marke „Austria"

Ausgezeichnet in London 1893: Ehrendiplom mit der grossen goldenen Medaille.

Vorzüge: Sichere Wirkung, grosse Klebkraft, absolute Reizlosigkeit, leichtes Anlegen. — Verderben und Ranzigwerden ausgeschlossen. — Mehr als 80 Sorten am Lager.

Den P. T. Herren Chirurgen und Operateuren empfehle ich als einzig sicheres Verband-Materiale: (1354)

Sterilisirte Bruns'sche Watta Ia,
Hydrophile sterilisirte „Austria"-Gaze
stets in doppelter Packung.

Sanitäts-Geschäft „Austria" **Hans Turinsky**
Wien, IX/3. Garnisonsgasse 1.
Verbandstoff-Fabrik. — Pharmaceutisches Laboratorium.

Dr. Hommel's Hämatogen

(Hämoglobinum depuratum sterilisatum liquidum).

Das vollkommenste aller existirenden Hämoglobinpräparate. Uebertrifft an Wirksamkeit **alle Leberthran- und künstlichen Eisenpräparate.** Ausserordentliches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene. **Energisch blutbildend.** Mächtig appetitanregend.

Die Verdauung kräftig befördernd. **Grosse Erfolge** bei **Rhachitis, allgem. Schwächezuständen, Anämie, Herz- und Nervenschwäche, Reconvalescenz,** (Pneumonie, Influenza etc. etc.)

Vorzüglich wirksam bei **Lungenerkrankungen** als Kräftigungskur.

Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern gern genommen.

Dosen: Säuglinge 1—2 Theelöffel mit der Milch gemischt (nicht zu heiss!!) Grössere Kinder 1—2 Kinderlöffel (rein), Erwachsene: 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen wegen seiner eigenthümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta und Prospecte mit Hunderten von ärztlichen Gutachten den Herren Aerzten gratis und franco.

Nicolay & Co., chem.-pharm. Labor. Zürich.

Einige ärztliche Gutachten belieben Sie in Nr. 6 und 16 dieser Zeitschrift nachzulesen.

Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran.

Ol. jecoris jodoferrat. Lahusen

nur echt in **Originalflaschen** von 250 Gr. Inhalt à 1 fl. versehen mit **Schutzmarke** und **verkapselt** mit dem **Namen** der **Fabrik Lahusen's Engel-apotheke in Bremen. Constanter Gehalt 2% Eisenjodür. Mit vorzüglichsten Erfolgen** angewandt gegen **Scrophulose, beginnende Tuberkulose, Anaemie, Rachitis, Energisches** Kräftigungsmittel schwächlicher Person. **Nachkur syphilitisch Erkrankter.** Atteste vieler Aerzte Deutschlands über **unübertroffene Wirksamkeit.** Besondere Vorzüge: Milder Geschmack, desshalb **anstandslos** von Kindern u. Erwachsenen **genommen, leicht verdaulich, benimmt nicht den Appetit** sondern **reget diesen an; frei von ungebundenem Jod.** Vorräthig in allen grösseren Apotheken, Proben u. Prospecte gratis.

Alles Nähere durch die **Hauptniederlage** für **Oesterreich** in **Wien:**

Dr. A. Rosenberg's Apotheke zum König von Ungarn

(1398) Wien, I., Fleischmarkt 1.

ARCO (Südtirol)

Kurarzt (1399)
Dr. H. Wollensack.

Papain (Reuss)

von **Böhringer & Reuss, Cannstatt,**



empfohlen laut Mittheilung des medic.-klinischen Institutes in München (cfr. Münch. Medic. Wochenschrift No. 29, 1893) bei **acutem u. chronischem Magenkatarrh, chronischer Dyspepsie, Carcinoma ventriculi** u. **Ectasia ventriculi** etc. Erhältlich durch alle Apotheken in Schachteln mit 6 Pulvern à 0·5 Gramm à 1 M. — (Abzugeben nur auf Verordnung des Arztes.) (1390)

Papain-Pastillen

in Schachteln à 20 St. à 0·15 Gramm à 1 M.

Dépôts: Apotheker Pan, Meran-Obermais.
» Apotheker Dr. Rosenberg, Wien, I., Fleischmarkt 1.

ABBAZIA Kurarzt **Dr. Szemere,** Spezialist für Brust- und Halskrankheiten. Wohnung: Villa Szemere. (1402)



Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien. I. Bez. Lichtenfelsgasse 9

VII. Jahrgang. **Wien, 5. November 1893.** **Nr. 45.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl., halbj 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Formen und Diagnose des Ulcus Ventriculi.

Von

Prof. Germain Sée in Paris.*)

Bevor ich daran gehe, von dem Ulcus Ventriculi zu sprechen, welches heute ein durchaus neues Capitel der Chemie des Magens darstellt, muss ich, um Ihnen das Studium und die nähere Natur dieser Krankheit recht verständlich zu machen, ohne welche ein praktisches Vorgehen und eine rationelle Therapie nicht denkbar sind, zunächst die Eintheilungen, die wir bezüglich der Erkrankungen des Magens getroffen haben, feststellen und Ihnen dieselben wieder ins Gedächtniss rufen.

* * *

Versuch einer Classification der Krankheiten des Magens.

Wir hatten drei Gruppen unterschieden, welche die ganze Pathologie des Magens vom physiologischen und chemischen Standpunkte umfassten.

Die erste Gruppe begreift in sich die am besten präcisirten Formen; allen diesen kommt als vorherrschender Charakter die Hyperchlorhydrie zu, die, nachdem sie in der letzten Zeit heftig bekämpft worden war, allen Angriffen Widerstand geleistet und über die heftigsten Einwände biologischer Natur triumphirt hat.

Neben dieser eigentlichen Hyperchlorhydrie muss man in diese Gruppe noch einen andern Zustand hineinbringen, einen krankhaften Zustand, der erst in der allerletzten Zeit erkannt wurde, ich meine die Gastrosuccorrhoe oder andauernde allgemeine Hypersecretion, die unter zehn Fällen neun Mal von Hyperchlorhydrie begleitet ist; in diese Gruppe muss man auch das Ulcus Ventriculi hineinnehmen, welches in allen nicht complicirten Fällen die Hyperchlorhydrie zu seinem Ausgangspunkte nimmt.

*) Klinischer Vortrag, gehalten im Hôtel Dieu zu Paris; publicirt in «Le Bulletin Médical» vom 30. September 1893.

Die zweite chemische Gruppe entwickelt sich, ausser der Hyperchlorhydrie, auf dem Boden der abnormen Gährungen mit oder ohne Bildung von Gas; dieselbe wird unter dem Namen Gährungs- oder Gas-Dyspepsie, den ich vorgeschlagen habe, den chronischen Catarrh, die glandulären Gastritiden, die Cirrhosen, die Atrophien der Schleimhaut und den Krebs zu umfassen haben.

Die dritte Gruppe bezieht sich auf die neuro-motorischen Zustände, ohne — wenigstens primäre — Störungen chemischer Natur. In dieselbe kann man die Magendilatationen hineinbringen, wenigstens diejenigen Theile, bei denen die Dilatation gut ausgesprochen ist; überdies gehören hierher gewisse Gastralgien und endlich das primäre neuro-motorische Erbrechen.

* * *

Anatomische Pathogenese des Ulcus.

Nach diesen Prämissen lasset uns nun auf das Ulcus zurückkommen, welches im Jahre 1830 von Cruveilhier zuerst genau studirt worden ist. Wie Sie wissen, so handelt es sich hier um eine nekrotische Affection, die zuerst an der Schleimhaut auftritt und sich in die Tiefe verbreitet und oft die Gefässe arrodirt, wodurch sich die Hämorrhagien und die Perforationen des Organs erklären.

Man hat das Ulcus oft Ulcus rotundum, Ulcus simplex und Ulcus chronicum genannt; es ist in der That eine Seltenheit, wenn dasselbe eine ausgesprochen längliche Form hat, wenn sein Verlauf ein acuter ist, und wenn es multipel auftritt; nichtsdestoweniger entdeckt man oft neben dem Ulcus noch Narben älterer Ulcera.

Sein Lieblingssitz ist die Regio pylorica, die kleine Curvatur und die hintere Fläche. In diesem zuletzt genannten Falle kann die Arteria lienalis durch den Ulcerationsprocess in Mitleidenschaft gezogen werden.

Das Ulcus präsentirt sich bei der Section unter dem Anblicke eines abgerundeten oder mehr oder weniger ausgezogenen Substanzverlustes mit senkrecht in die Tiefe verlaufenden oder trichterförmigen Rändern mit einer bald gesunden, bald an ihren Rändern indurirten oder sehr vorspringenden Schleimhaut, die eine Schwellung von weinrother Farbe darstellt.

Der Grund des Ulcus kann aus einem grauen, pulpösen Magma bestehen. Häufig unterscheidet man an demselben die blossgelegten Muskelfasern und bisweilen eine klaffende kleine Arterie, welche die Quelle einer Hämorrhagie war.

Erinnern wir uns auch daran, dass die trichterförmige Anlage der Geschwürsränder mit der Beschaffenheit der Endigungen der kleinen Arterien des Magens, die sich in Form von Kegeln verbreitern, in Beziehung zu stehen scheint, und dass die Theorien der Thrombose und der Embolie lange Zeit für die Genesis des Ulcus Ventriculi herangezogen wurden; man findet auf jeden Fall häufig den Zustand der Endarteritis obliterans oder Miliaraneurysmen in den Gefässen der Region, in welcher das Ulcus seinen Sitz hat.

Dies sind in einigen Worten die anatomisch-pathologischen Charaktere des Ulcus; sie gestatten es, das Ulcus von den hämorrhagischen Erosionen zu differenziren, die man in Fällen von Gastritis u. s. w. antreffen kann. Nach der Ansicht mancher Pathologen, wie VIRCHOW und MATHIE, können sich die Erosionen unter dem Einflusse der corrosiven Wirkung des Magensaftes in Geschwüre umwandeln; aber es handelt sich in diesen Fällen meiner Ansicht nach um Ausnahmen; es ist nachgewiesen worden, dass die Erosionen nur sehr selten in den Geschwürszustand übergehen (LANGERHANS).

GERHARDT, der zahlreiche hämorrhagische Erosionen beobachtet hat, konnte nur einen einzigen Fall von Uebergang in Geschwür constatiren.

Was dazu angethan ist, eine Confusion in dieser Angelegenheit hervorzurufen, das ist der Umstand, dass die hämorrhagischen Erosionen Symptome bedingen können, welche denen des Ulcus analog sind und selbst den Tod durch Hämorrhagie bewirken können. Ein Fall dieser Art wurde in necropsia von HAMPELN im Jahre 1891 constatirt.

Trotz seiner Tendenz, sich in die Tiefe auszubreiten, ist das Ulcus Ventriculi dennoch der Heilung zugänglich.

Thatsächlich heilt dasselbe oft, wie es die Narben, die man so häufig bei den Autopsien antrifft, beweisen; besonders ist dies beim Weibe der Fall. Wenn somit der Kranke den gefährlichen Complicationen, die sich hier ereignen können, entgangen ist, und zwar zu einer Zeit, zu der sich das Geschwür in voller Thätigkeit befindet (Hämorrhagien, Perforation des Magens mit darauffolgender Peritonitis, Darmfisteln u. s. w.), so vernarbt das Geschwür; dennoch ist der Kranke von diesem Momente an vor jedweder Gefahr nicht geschützt, denn die Narbe kann durchbrechen, oder wenn sie am Pylorus ihren Sitz hat, eine Verengerung desselben bedingen, die eine mechanische Dilatation des Magens mit allen ihren Consequenzen zum Gefolge hat.

Man sagt gemeinhin, dass der Kranke, der von einem Ulcus Ventriculi ergriffen ist, in den meisten Fällen früher an Magenbeschwerden gelitten hatte; dies trifft zu, wenn man damit die Existenz einer chemischen Störung, welche dem Geschwüre vorangegangen war, andeutet, aber diese Angabe ist nicht mehr zutreffend, wenn man den Ulcerösen von der Bildung des Ulcus als von einer eigentlichen Gastritis ergriffen betrachtet, oder wenn man die Existenz des Ulcus derjenigen der mehr oder weniger ausgesprochenen nervösen Störungen unterordnet.

Was die Gastritis betrifft, so ist es sicher, dass man häufig neben dem Ulcus folliculare Ulcerationen antrifft, welche dem Ulcus rotundum als Uebergangsformen dienen, aber diese Ulcerationen sind secundärer und nicht primärer Natur; sie sind das Resultat der Einwirkung des «hyperaciden» Magensaftes auf verschiedene circumscripte Stellen.

Was die umschriebene Region des Geschwüres betrifft, so ist es sicher, dass sie der Sitz sowohl interstitieller als wie auch parenchymatöser Veränderungen sei, dass man eine Proliferation des interstitiellen Zellgewebes und diverse Affectionen des Drüsenepitheliums constatirt; aber diese Veränderung, die man mit Unrecht als eine Gastritis bezeichnet hat, denn es handelt sich hier um einen degenerativen und nicht irritativen Process — ist ausserordentlich umschrieben. Ausser einer sehr kleinen Zone in der Umgebung des Geschwüres ist die Magenschleimhaut bei den Ulcerösen fast immer normal, im Gegensatze zu dem, was man in den Fällen von Krebs beobachtet.

Mit einem Worte, das einzige prodromale Stadium des Ulcus, das wir anerkennen, ist die Hyperchlorhydrie; sie existirt vor und während der Ulcerationsperiode; sie stellt eine specifisch chemische Störung dar; sie nimmt weder aus einer anatomischen Veränderung (Gastritis) noch aus einem nervösen Zustande ihren Ursprung.

Es ist unmöglich, das erste Auftreten des Ulcus näher zu bestimmen, denn die Phänomene der Hyperchlorhydrie, die ihm vorangehen, bieten natürlich die grösste Analogie mit denen des Ulcus selbst.

(Fortsetzung folgt.)

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

(Fortsetzung.)

Myelopathische Muskelatrophie.

Von den atrophischen Paralysen, die auf Rechnung von centralen Ursachen kommen — den eigentlichen Myelopathien — gibt es drei grosse Gruppen, je nachdem, ob die Affection die oberen Bulbärkerne, oder die unteren Bulbärkerne oder die Rückenmarkskerne betrifft (namentlich diejenigen der Hals- und Lendenanschwellung), indem sie die klinischen Typen darstellt, wie Ophthalmoplegia, Bulbärparalyse und atrophische Rückenmarkslähmung. Alle diese Zellgruppen haben die Tendenz, einzeln oder mit andern zusammen afficirt zu werden, und zwar entweder primär oder in Combination mit anderen Systemerkrankungen. Die Affection, sei es, dass sie in den oberen oder unteren Kernen gelegen sei oder in den homologen Theilen des Rückenmarks, kann eine acute, subacute oder chronische sein u. s. w., und sie haben alle ihre eigenen klinischen Erscheinungen, die ich hier nicht zu wiederholen brauche.

Die wesentliche Ursache der atrophischen Paralyse in jedem Falle ist die Zerstörung der multipolaren Zellen der betreffenden Zellgruppen.

Es ist für die acute Form charakteristisch, dass die Paralyse zum grössten Theil regressiv ist, i. e., dass die initiale Lähmung ausgebreiteter sei, als der spätere Schwund der Muskeln, während bei der chronischen Form der Process mehr dahinneigt, progressiv zu werden, indem er der Reihe nach die einzelnen Zellen befällt, so dass eine Muskelfaser nach der anderen zu Grunde geht, und die Lähmung wird im Verhältniss zum Grade des Muskelschwundes auf diese Art hervorgerufen.

Dieselben Degenerationen werden bei den Muskeln sowohl als wie auch bei der peripheren Neuritis beobachtet, und sie bieten früher oder später die polaren Veränderungen dar, die für die Entartungsreaction charakteristisch sind, und bedingen überdies jene fibrillären Zuckungen, die durch ihre Abwesenheit bei der myopathischen Form der atrophischen Paralyse so sehr in den Vordergrund treten.

Die Vertheilung der Lähmung stimmt nicht mit derjenigen der peripheren Nerven überein, sondern sie hängt von der functionellen oder topographischen Association der afficirten Muskeln in den Bulbärkernen oder Rückenmarkssegmenten ab.

* * *

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42—44, 1893.

Ophthalmoplegia.

Bei der Ophthalmoplegie, welche von einer Erkrankung der oberen Bulbärkerne abhängig ist, können die inneren Augenmuskeln allein afficirt sein (Ophthalmoplegia interna), oder die betreffenden conjugirten Bewegungen können einzeln oder gemeinschaftlich afficirt werden (Ophthalmoplegia externa), oder alle Augenmuskeln können gelähmt und atrophirt sein, in welchem Falle es sich um eine Zerstörung aller Kerne des Oculomotorius und des Trochlearis als wie auch des zu ihnen in Beziehung stehenden Abducenskerns handelt.

Es ist durch die experimentellen Untersuchungen von Hensen und Volckers und durch die klinischen und anatomischen Untersuchungen von Westphal, Siemerling, Bruce und Anderen festgestellt worden, dass der Oculomotoriuskern ein Aggregat von deutlich unterschiedenen Centren darstellt, von denen jedes wahrscheinlich eine specielle Beziehung zu gewissen Augenbewegungen hat. Aber die genauen functionellen Beziehungen einer jeden Zellgruppe sind noch nicht mit aller Sicherheit bestimmt worden.

Es ist jedoch wahrscheinlich, dass sich in der vordersten Zellgruppe (dem antero-lateralen Kerne von Darkschewitsch) die Centren für die inneren Augenmuskeln, für den Ciliarmuskel und für die Iris befinden.

Somit kann eine Affection, welche auf diese Region beschränkt ist, eine Lähmung des Ciliarmuskels mit oder ohne Mitbetheiligung der Iris bedingen.

Es ist wahrscheinlich, dass das Centrum für den Levator Palpebrae superioris in einer Zellgruppe gelegen sei, die sich zwischen dem distalen Ende des Oculomotoriuskerns und des Trochleariskerns befindet, und die in enger Beziehung zu den hinteren Longitudinalbündeln steht (Siemerling). Eine vollkommene Ophthalmoplegia interna et externa bedeutet eine totale Zerstörung der Augenkerne oder der peripheren Nerven. Ophthalmoplegia externa allein, i. e. ohne Mitbetheiligung der inneren Muskeln, spricht zu Gunsten einer Affection des Kerns, dies ist jedoch keine absolut giltige Regel, wenn der von Dammron berichtete Fall correct ist*).

Es war dies ein Fall von completer Ophthalmoplegia externa, abhängig von peripherer Neuritis, und ohne Affection der Kerne, ein Fall, in welchem, wie angegeben wird, die Kraft der Accommodation und die Pupillarreaction erhalten waren.

Es gibt jedoch noch ein anderes Symptom, das man im Zusammenhange mit der nuclearen Ophthalmoplegie antreffen kann, auf die Dr. Hughlings Jackson in der letzten Zeit aufmerksam gemacht hat,**) und welches in einem Falle, der in meiner Behandlung stand, und auf den er sich beruft, gut ausgesprochen war, nämlich das Zusammentreffen der Ophthalmoplegia externa mit Parese des Musculus oculo-facialis, i. e. des Orbicularis oculi und des Frontalis. Der Musculus oro-facialis und der Musculus oculo-facialis können bei einer centralen Erkrankung ganz unabhängig von einander afficirt werden, ein Moment, welches anzeigt, dass diese Theile der Facialismuskeln von verschiedenen Centren aus innervirt werden. Es gibt überdies mehrere Thatsachen, welche es wahrscheinlich machen, dass, abgesehen von den klinischen Fällen, auf die sich Dr. Jackson beruft, — die obere Region des Gesichtes von den oculo-motorischen Centren innervirt wird.

(Fortsetzung folgt.)

*) Citirt von Siemerling, Archiv für Psychiatrie, Bd. XXII, 1891, p. 167.

**) Lancet, Juli 15, 1893, p. 128

Mittheilungen aus der Praxis.

Placenta praevia und Wendung?

Von **Dr. Mensinga** in Flensburg.

Schulmässig denkt gewiss Jeder — wo Placenta praevia vorliegt — ist behufs Erhaltung des Lebens von Mutter und Kind schliesslich einzig die Wendung (auf den Fuss meistens) das richtig indicirte Mittel. Im Folgenden will ich berichten, wie es auch anders kommen kann.

Vormittags um $^1/_2$ 11 Uhr traf ich ein bei der Hökersfrau N. N., wegen starker Blutung vor Beginn der Geburt: wahrscheinlich, laut Nachricht der Hebamme, vorliegende Nachgeburt.

Ich fand das Orificium schwer erreichbar, kaum zweimarkstückgross, in demselben einige Cotyledonen der vorliegenden Placenta. Blutung momentan nicht beträchtlich. Sofortige Einlage des Colpeurynthers. Eigentliche Wehen waren nicht zu notiren gewesen. Ich versprach um 3 Uhr wieder zu kommen. Nach Einlage des Colpeurynthers hatten allgemach starke wehenartige Schmerzen sich eingestellt; die Frau war in grosse Bedrängniss gerathen, so dass meine Ankunft von ihr freudigst begrüsst wurde. Ich entfernte den Colpeurynther; eine kaum nennenswerthe Blutung hatte stattgefunden, es war mir unmöglich das Orificium zu erreichen, weil die volle Urinblase sich davor befand. Patientin wurde aufgefordert spontan zu uriniren, circa ein Liter Urin wurde entleert — grosse Erleichterung, — danach das Orificium thalergross mit den Placentarlappen gefühlt. Wiederum Einlage des Colpeurynthers sehr gegen den Wunsch der Patientin, welche ihre Beschwerden dem Colpeurynther zuschrieb. Verordnung von 1 % Morphiumlösung zur Beruhigung derselben, stündlich 10 Tropfen. Um $^1/_2$ 7 Uhr kam ich versprochener Massen wieder. Die Beschwerden und Schmerzen waren unerträglich geworden. Der Colpeurynther wurde entfernt, wiederum sehr gefüllte Blase. Spontane Entleerung von reichlich einem Liter Urin, keine besondere Blutung. Orificium fünfmarkstückgross, Placentarlappen zu fühlen. Abermalige Einlage des Colpeurynthers. Danach hypodermatische Injection von Morphium. Versprechen um $^1/_2$ 10 Uhr wieder zu kommen. Dies geschah. Patientin hatte sich alsbald ausserordentlich erleichtert gefühlt, hatte mit der Umgebung gescherzt, meinend, nun doch wohl aufstehen zu können; dazwischen etwas geschlafen. Ich entfernte den Colpeurynther, fand zu meinem Erstaunen in dem 6 *cm* weiten weichen Orificium keine Placentartheile mehr vor, sondern die pralle Fruchtblase, dahinter den vorliegenden Kopf. Ich eröffnete allsogleich die Blase, der Kopf kam näher, wenn auch noch sehr hoch liegend. Ich beschloss sofort die hohe Zange anzulegen. (Ich nehme in den letzten Jahren die Patientinnen nicht mehr aus dem Bett, sondern lagere nur das Becken hoch über einem untergeschobenen harten Polster mit gehörig resorbirenden Unterlagen) und, da die Noth mich ambidexter gemacht hat, zur Seite links oder rechts von der Patientin stehend, applicirte ich die hohe Zange ohne Mühe. Mit Hebeltractionen wurde in kurzer Zeit der Kopf mit dem Gesicht nach vorne in die vermittelst des Colpeurynthers gehörig vorbereitete Vagina und sodann durch die Vulva geleitet. Da diese nicht so vorbereitet war wie die Vagina, entstand ein Dammriss, indem der Damm halb eingerissen ward; — es fehlte mir an Zeit, seitliche Einkerbungen zu machen, — das Kind war frisch lebendig, schrie sofort. Die Placenta kam nicht von selbst, musste mit dem Credé genommen werden. Blutung im Ganzen sehr gering. Die Placenta war eigenthümlich gebildet. Die Nabelschnur inserirte sich ganz marginal etwa 5 *cm* von der Circumferenz entfernt; gerade dieser Theil der Placenta hatte vorgelegen, wie an dem mit schwarzen kleinen Blutgerinnseln versehenen rautenförmigen Placentartheile sichtbar war.

Hätte ich nach den Regeln der Kunst die Wendung vorgenommen, so hätte ich durch meine Hand oder den Arm

unbedingt diesen Placentartheil, nebst der daran befindlichen Nabelschnur comprimiren müssen, wodurch das Leben des Kindes in grosse Gefahr gerathen wäre.

Der rasche Entschluss, die hohe Zange an den vorliegenden Kopf anzulegen, mochte ich ihn fassen, in welchem Durchmesser ich wollte, behütete mich vor dieser Gefahr. Den kleinen Dammriss musste ich dafür in den Kauf nehmen, da ich den grössten Durchmesser des Kopfes durchzuzwängen hatte. Den Dammriss reinigte ich ohne ihn durch Naht zu vereinigen. Am fünften Tage war derselbe vollständig verklebt. Das Befinden von Mutter und Kind vortrefflich, aus der Behandlung entlassen. Brüste und Warzen bedurften keiner Specialbehandlung.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 27. Oktober 1893

Prof. Dr. Th. Puschmann: *Ueber ärztliches Vereinswesen in alter und neuer Zeit.*

Die Bundesgenossenschaft entspricht einem in der Natur des Menschen liegenden Bedürfnisse, auf welches schon Aristoteles hingewiesen hat, indem er den Menschen ein Gesellschaftsthier nannte. Diesem Triebe verdanken wir die Gründung von Zünften, Gilden und Vereinen. Die frühesten Anfänge des ärztlichen Vereinswesens reichen bis in das graue Alterthum zurück. In Griechenland begegnen wir zuerst den Asklepiaden, welche sich als Nachkommen des Asklepios ausgaben, von dem sie die medicinische Lehre rein und unverfälscht überkommen hatten. Die Vertreter des ärztlichen Standes erscheinen daher ursprünglich als Geschlechtsgenossenschaft, in der sich die medicinische Kunst forterbte. Mit der Zeit aber gaben sich auch diesen Familien Fernstehende als Nachkommen des Asklepios aus, was meist aus Rücksicht für das Publikum geschah, welches von den Aerzten diese Pietät forderte und dieselbe durch erhöhtes Vertrauen auf ihre Leistungsfähigkeit belohnte. Wer in die Genossenschaft der Asklepiaden aufgenommen wurde, musste einen Eid schwören, dass er seinen Lehrer wie seinen Vater achten, seine Pflichten als Arzt treu und gewissenhaft erfüllen und seine medicinischen Kenntnisse und Geheimnisse keinem Fremden mittheilen wolle. Die Asklepiaden durchzogen theils das Land, theils liessen sie sich dort nieder, wo sie einen Wirkungskreis fanden; doch blieben sie in steter geistiger Verbindung, indem sie sich zu bestimmten Zeiten bei religiösen Feierlichkeiten versammelten, um ihre Zusammengehörigkeit zu zeigen.

Bei den Römern hat der ärztliche Stand niemals jenes Ansehen erlangt wie bei den Griechen. Es lag dies theils in der unselbstständigen Entwicklung der römischen Medicin, die selbst in ihren besten Vertretern die Abhängigkeit von griechischen Vorbildern erkennen liess, theils und hauptsächlich in den Elementen, aus denen sich der ärztliche Stand zusammensetzte, indem die Ausübung der Heilkunde hauptsächlich in den Händen der Sklaven lag. Dazu kam noch eine Menge von Abenteurern, die besonders aus Griechenland zuströmten. Während sich in Rom überall Innungen und Bruderschaften (Collegia) bildeten, ist von einer Vereinigung von Aerzten nur an zwei Stellen Erwähnung gethan.

Einige Schriftsteller nehmen an, dass das Zunftwesen der Römer auch auf das germanische Volk übergegangen sei. Sicher ist es, dass Verbindungen dieser Art schon im frühen Mittelalter bestanden. Dem Zuge der religiösen Romantik folgend, welche diese Periode beherrschte, stellten sich die Aerzte unter den Schutz eines Heiligen, und zwar wählten sie ein Brüderpaar, welches unter Diokletian die ärztliche Praxis ausübte. Zuerst hatten diese Vereine den Zweck der Wahrung ihrer Rechte, später übernahmen sie aber die Ueberwachung des medicinischen Unterrichtes in ihre Hand.

In Paris bildeten die Aerzte bereits im Beginne des 13. Jahrhunderts organisirte Vereinigungen mit Statuten und Gesetzen. Die ärztliche Zunft wurde als medicinische Fakultät der Universität einverleibt und hielt medicinische Prüfungen ab. Ein medicinischer Lehrkörper sonderte sich aus der ärztlichen Zunft erst ab, als man die Nothwendigkeit empfand, den fachmännischen Unterricht vor Unterbrechungen zu sichern. Dabei handelte es sich hauptsächlich um theoretische Vorlesungen, erst später kam es zu praktischen Untersuchungen am Krankenbette.

In Oesterreich überdauerte der religiöse Charakter, welcher den Innungen bei ihrer Entstehung aufgedrückt wurde, das Mittelalter, er äusserte sich dadurch, dass man an bestimmten kirchlichen Festen gemeinsam dem Gottesdienste beiwohnte und Andersgläubige von der Aufnahme ausschloss. Doch trat man auch dafür ein, dass Elemente der ärztlichen Zunft fern blieben, welche in socialer Hinsicht nicht als Gewinn für den Stand angesehen wurden.

Wenig erquicklich war das Verhältniss zwischen Chirurgen und Aerzten. Da der Clerus, welcher im Mittelalter die erste Stelle unter den verschiedenen Ständen behauptete, sich von den Chirurgen abwandte, wurde die Chirurgie zu einer Thätigkeit gestempelt, welche mit deren Bildung und Ansehen nicht im Einklange stand. Auch die Universitäten vernachlässigten die Chirurgie ganz planmässig. Der chirurgische Stand entwickelte sich aus ganz ungleichartigen Elementen und trat im 13. Jahrhundert den medicinischen Zünften bereits als organisirte Körperschaft gegenüber. 1416 wurde die Vereinigung der Chirurgen in Paris als chirurgische Fakultät der Universität einverleibt und erhielt auch später das Recht, akademische Grade zu verleihen, wogegen sich die Internisten aber sehr sträubten.

Allerdings trug der Umstand, dass die Grenze zwischen Chirurgen und Barbieren verwischt und zu manchen Zeiten aufgehoben wurde, auch dazu bei, dass ihnen die chirurgische Achtung, auf welche sie Anspruch erhoben, versagt blieb. Die Barbiere und Bader bildeten schon im 14. Jahrhunderte Innungen, und zwar blieben sie getrennt, so lange jedem der beiden Handwerke ein besonderes Recht zustand. Doch hatten allmälig die Barbiere die Erlaubniss zur Ausübung der modernen Chirurgie erlangt, und zwar in den Wohnstuben der Kranken, während die Bader nur in ihren Badestuben kleine chirurgische Verrichtungen ausführen durften. Die Barbiere dünkten sich mehr zu sein als die Bader und sträubten sich dagegen, dass sie mit den Badern in einer Zunft vereinigt wurden.

In Wien erhielten Bader und Barbiere 1662 eine gemeinsame Ordnung und wurden 1770 zu einer Zunft vereinigt, wodurch das Ansehen der Chirurgen sehr beeinträchtigt wurde.

In Frankreich wurde der Leibchirurg des Königs unter der Zahl der Kammerdiener geführt. Mehr Achtung als in Frankreich und Deutschland genossen die Chirurgen in Italien, England und namentlich in Holland. Die holländischen Chirurgen widmeten der Verbesserung des medicinischen Unterrichtes rege Aufmerksamkeit, und errichteten anatomische und chirurgische Lehranstalten, so dass mit der Zeit die holländische Schule eine massgebende Stellung einnahm. 1755 wurden die Barbiere aus der chirurgischen Zunft ausgeschieden, so dass dieselbe nur aus Chirurgen bestand.

Der sociale Aufschwung des chirurgischen Standes in Frankreich und Deutschland begann im 18. Jahrhundert und wurde begünstigt durch die Gründung chirurgischer Schulen und Akademien. Nach ihrem Muster schuf Kaiser Josef II. das Josephinum in Wien, welches ebenfalls gleichzeitig als Unterrichtsanstalt und Akademie organisirt wurde. Dieses Institut war dazu berufen, die Gleichstellung der Chirurgen mit den Aerzten herbeizuführen, überhaupt war Oesterreich das erste Land, in welchem durch eine sorgfältige Ausarbeitung des Lehrplanes, dieses Ideal erreicht wurde.

Die Zunft der Chirurgen und Aerzte gerieth im Laufe der Zeit in einen Zustand geistiger Erstarrung. Aengstlich bemüht, die von den Vorfahren überlieferten Einrichtungen zu wahren, gelangte sie zu einem übel verstandenen Conservatismus, welcher jede Neuerung unmöglich machte. Leere Aeusserlichkeiten, eifersüchtige Furcht vor Concurrenz, religiöse Unduldsamkeit drängten die edlen Triebe zurück, und sorgten dafür, dass Freiheit und Licht keinen Weg zu ihnen fanden. Durch Umgestaltung des medicinischen Unterrichtswesens verloren die Zünfte fast gänzlich ihren Einfluss

auf die medicinische Bildung und ihre mächtige Stellung im Staate wurde dadurch erheblich geschmälert.

Im Beginne unseres Jahrhundertes hatten sich die ärztlichen Zünfte bereits überlebt. Der nach Freiheit und Selbstständigkeit des Individuums ringende Zeitgeist forderte andere Formen für die Vereinigung der Berufsgenossen und schuf freie Gesellschaften, welche in gemeinsamer Pflege der Kunst und Wissenschaft, der sie dienten, ihr höchstes Ziel erblickten. So entstand schon im 17. und 18. Jahrhundert eine Anzahl ärztlicher Vereine, welche dieser Richtung huldigten. So wurden in Frankreich und England ärztliche Gesellschaften unter Betheiligung des medicinischen Lehrkörpers ins Leben gerufen, welche den Uebergang von der Zunft in den Verein so geschickt zu vollziehen verstanden, dass ihnen die schweren Stürme erspart blieben, welche anderwärts den Bestand der ärztlichen Gesellschaft so sehr erschütterten. Aehnliche Gesellschaften bildeten sich auch in anderen Staaten.

In Deutschland erwachte das medicinische Vereinswesen schon ziemlich früh (1652 zu Schweinfurth), später in Hamburg, Leipzig u. s. w. Heute hat fast jede grössere Stadt einen oder mehrere ärztliche Vereine. Die Mehrzahl hat sich dem 1873 gegründeten deutschen Aerztebunde angeschlossen.

In Oesterreich blieb die ärztliche Zunft länger am Leben als in Deutschland. Die medicinischen Doctorencollegien zu Wien und Prag haben sich durch Pflege der Wissenschaft und Humanität einen hervorragenden Platz unter den ärztlichen Corporationen unseres Vaterlandes errungen. 1838 wurde die k. k. Gesellschaft der Aerzte gegründet, welche hauptsächlich den Fortschritt in der medicinischen Wissenschaft im Auge hatte. Zu diesem Zwecke veranstaltete sie regelmässige Versammlungen mit Vorträgen und praktischen Demonstrationen; sie gab ferner eine Zeitschrift heraus, in welcher werthvolle Arbeiten zur Veröffentlichung gelangten. Neben diesen beiden grossen ärztlichen Gesellschaften ist in Wien im Verlaufe der letzten Jahrzehnte eine Anzahl medicinischer Vereine entstanden, welche theils einzelne Specialitäten der Heilkunde pflegen, theils die Annäherung engerer Berufsgenossen berücksichtigen. Aber auch in anderen Städten der Monarchie entwickelte sich ein reges Vereinsleben unter den Aerzten, die der Mehrzahl dem 1878 gegründeten allgemeinen österreichischen Aerzteverbande beitraten. Endlich hat die Regierung die Errichtung von Aerztekammern, nach dem Muster der in Deutschland bestehenden, bewilligt, welchen ein gewisser Einfluss auf das Sanitätswesen eingeräumt ist. Der parlamentarische Zug unserer Zeit macht sich auch in der med. Vereinsthätigkeit geltend. Die Versammlungen der Aerzte mit ihren Verhandlungen und Debatten bilden neben dem Katheter des akademischen Lehrers, neben dem Krankenzimmer den Boden, auf welchem sich die medicinische Geschichte der Gegenwart abspielt.

Dr. Em. Mandl.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

(Schluss.)

Neben den beiden erwähnten Kategorien von Thatsachen, die man bei der Befruchtung und Infection im Versuche sicher stellen kann, gibt es aber noch eine dritte Gruppe von Erscheinungen, welche die Auslösung auch vom Standpunkte der Quantität zu betrachten zwingen.

Die Untersuchungen über die physikalischen Vorgänge in den Nerven und Muskeln hatten mehr und mehr sichergestellt, dass die Auslösung von der Quantität der Reize derart beeinflusst wird, dass schliesslich PFLÜGER ein allgemeines Reizgesetz entwickeln konnte. Aehnliches stellte sich immer deutlicher für alle anderen Reize der Physiologie heraus und der Ablauf der psychophysischen Vorgänge erwies sich deutlich in Abhängigkeit von denselben Gesetzmässigkeiten. Die Vorstellung eines «Schwellwerthes» der Reize, unterhalb dessen die Reize anders als oberhalb desselben wirken, ist in der neueren Physiologie und Psychologie ganz geläufig. Unbegreiflich ist es nur, dass kein Physiologe bis jetzt versucht hat, derartige Reizgesetze, welche die Reize geradezu mehr als eine Quantität denn als Qualität aufzufassen zwingen, mit dem Energiegesetze in Einklang zu bringen. Aber die Bedeutung dieses Gesetzes geht noch viel weiter. H. SCHULZ ermittelte, dass dasselbe Gesetz auch für die Desinfection gilt und ich selbst fand, dass es ebenso die Heilungsvorgänge beherrscht. Mit der letzten Ermittelung wurden alte, von den Ueberexacten verhöhnte Vorstellungen früherer Aerzte wieder rehabilitirt. Ich fand, dass der berühmte Paracelsus schon derartige Ideen sich auf Grund der Beobachtung über die Wirkung von Arzneimitteln gebildet hatte, dass auch den späteren Klassikern der Heilkunde, wie SYDENHAM, mehr noch SWIETEN und BROWN, derartige Vorstellungen ganz geläufig waren, die von den Isopathen und Homöopathen, allerdings in einem etwas wunderlichen Gewande, gegenüber dem Nihilismus in der Therapie gerettet und deshalb von den Exacten verspottet wurden, bis der weitere Fortschritt in der Exactheit wieder zwingend auf diese alten Lehren hinwies. H. SCHULZ und ich konnten deshalb das Reizgesetz als ein für alles organische Geschehen durchgreifendes Gesetz entwickeln, nach dem jede auslösende Energie unterhalb eines bestimmten Punktes auf Protoplasma reizend und anregend, jenseits desselben aber die Leistungen herabsetzend, vernichtend, tödtend wirkt. Es ist also wieder die Quantität des Reizes, welche uns entscheidend entgegentritt. Und ein solches, das ganze organische Reich beherrschendes Gesetz der Quantität sollte gar keine Beziehungen zum Energiegesetze haben?

Nur STRICKER scheint diese Lücke gemerkt zu haben, wenn er es als Aufgabe der Auslösung betrachtet, dass dieselbe die Hemmung zu überwinden habe. Da im Pulver die Bewegung in irgend einer Weise gebunden, gehemmt ist, sagte er: «Das Pulver zünden, heisst so viel als die Hemmung lösen». Leider war STRICKER mit den Fortschritten der Energetik nicht genügend vertraut, um den ganzen Zusammenhang zu finden. Seine Auffassung, dass die Nervenleistung ein verkleinertes Mass der Muskelleistung sei, ist nur ein Bild und passt gar nicht für die Vorgänge der Befruchtung, Gährung, Infection und für die anorganischen Processe. Aber immerhin hat STRICKER den richtigen Punkt erkannt, an dem der Hebel anzusetzen ist.

Von den Physikern hat meines Wissens nur HELM die schwache Seite erkannt, aber nur im negativen Sinne. Er sagt wörtlich: «Streben», «Tendenz» sind selbstverständlich nur Hülfsvorstellungen, in die wir die Erscheinungen zwingen, um unsere Vorstellungen bequemer zu gestalten. Wenn ein Gewicht auf eine Unterlage gelegt oder an einen Faden gehängt wird, so fällt es sicherlich und hat nicht nur Bestreben zu fallen. Seine Energie der Schwere geht von dem höheren Horizont zum tieferen wirklich über und verwandelt sich dabei in kinetische Form. Gleichzeitig ist aber eine andere Energieart vohanden, — die der Elasticität der Unterlage oder des Fadens. In sie verwandelt sich jene kinetische Energie, um dann wieder durch sie von neuem gebildet zu werden. Dieser Umsatz würde sich unaufhörlich wiederholen, wenn nicht Wärme gebildet würde, wodurch endlich jenes Gewicht zur Ruhe kommt.»

Beim Heben eines Gewichtes wird demselben eine bestimmte Menge potentieller Energie (Arbeitsvermögen) zugeführt; wird nun die Unterlage entfernt oder in anderer Weise durch einen Anstoss das Gewicht zum Fallen gebracht, so ist die kinetische Energie (Arbeit) der potentiellen gleich. Wir wissen aber aus dem Versuche und der Berechnung, dass bei dem Verhindern des unmittelbaren Falles des gehobenen Gewichtes, d. h. bei Verhindern des Ueberganges der potentiellen Energie in kinetische durch eine Unterlage der beiden Energiemengen doch schliesslich nach der Auslösung gleich sind, trotzdem inzwischen Wärme gebildet wird, trotz des hiermit verbundenen Energieverlustes! Es müsste in diesem Fall — nil fit ex nihilo! — die in Form der Wärme verloren gegangene Energie aber aus nichts gewonnen worden sein, wenn sie nachher doch wieder nach Fallen des Gewichtes vorhanden ist! Müssen wir da nicht gezwungen den Energieverlust durch Wärmebildung auf der einen Seite und das Wiederauftreten dieser selben inzwischen verloren gegangenen Energiemenge bei der Auslösung auf der anderen Seite mit eben dieser Auslösungsenergie in ein Identitätsverhältniss

bringen? Ich glaube, dass dies in der That die einzige Möglichkeit ist, um den Vorgang ganz zu verstehen. Die Auslösung führt so viel Energie zu, als zur Ueberwindung der Hemmung, als in specie zur Deckung des Wärmeverlustes nöthg ist. Der Energieverlust, der dadurch entsteht. dass wir potentielle Energie nicht unmittelbar, nicht ohne Auslösung oder Reiz (wobei also die Auslösung Null wird) in kinetische Energie übergehen lassen, muss aber ganz verschieden gross ausfallen je nach der Art und Form der Unterstützung des Gewichtes, grösser wenn es horinzontal gelagert wird, geringer wenn es schräg gelagert wird, grösser mit grösserer, geringer mit geringerer Reibung. Zur Ueberwindung der geringeren Reibung eines schräg gelagerten Gewichtes, d. h. zur Auslösung dieser potentiellen Energie, genügt vielleicht der Druck eines Fingers, während zur Ueberwindung der Hemmung desselben, aber horizontal gelagerten Gewichtes auch die Kraft eines Pferdes vielleicht nicht hinreicht. Die Auslösung erweist sich auch hier als eine Quantität! Die Schneemasse, welche schräg gelagert ist, hat durch ihren Druck auf die Unterlage einen geringeren Energieverlust erlitten, als dieselbe Masse, wenn sie horizonal gelagert ist. Im ersten Falle genügt eine geringe Energiezufuhr durch Sonnenstrahlung, durch den Flügelschlag eines Vogels, durch den Schall einer Stimme, um den Verlust wieder auszugleichen und die Lawine in's Rollen zu bringen, während die andere, gleiche, aber anders gelagerte Schneemasse so gewaltige Einbusse an Energie durch den stärkeren Druck auf ihre Umgebung erlitten hat, dars so geringe Kräfte diesen Energieverlust nicht aufheben, dass sie diese potentielle Energie nicht auslösen.

Der Pyrotechniker, der Sprengungen vorzunehmen hat, weiss sehr gut, dass er einer bestimmten Menge potentieller Energie der Sprengmasse auch eine bestimmte Auslösungsenergie zuweisen muss, weil sonst die Entzündung der Masse unvollkommen wird. Es ist nicht allein die praktische Lagerung der Sprengmasse, die ihn zur Vertheilung zwingt, sondern auch die Beobachtung der unvollständigen Auslösung der Energie bei zu geringer Energiezuführung zur Auslösung.

Die Gerinnung des Käsestoffes erfolgt wohl durch sehr geringe Mengen Lab, aber immerhin muss eine bestimmte Minimalmenge im Verhältnisse zur Menge Milch vorhanden sein, wenn die Gerinnung vollständig werden soll. Wo wir uns auch umsehen, überall tritt die Auslösung uns auch als Quantität entgegen.

Die Möglichkeit der Gewinnung und Aufspeicherung potentieller Energie hängt nun damit zusammen, dass wir den Punkt vermeiden, an dem diese Energie unmittelbar und ohne Auslösung in kinetische übergehen muss, dass wir eine Hemmung einführen. Diese Differenz ist es nun, welche in der Auslösung als Reizgrösse zugeführt werden muss. In einem System sind potentielle Energie plus Auslösungsenergie der kinetischen Energie gleich. Nur für eine ganz bestimmte Versuchsanordnung ist ohne jede Einschränkung die potentielle Energie allein der kinetischen gleich, nämlich dann, wenn die eine Energieform unmittelbar in die andere übergeht. In diesem Fall wird die auslösende Energie gleich Null, sie ist als Grösse, als Menge schon in der potentiellen Energie enthalten und es ist deshalb widersinnig, in diesem Falle überhaupt von Reiz oder Auslösung zu sprechen. Der Reiz ist eine Quantität oder er ist überhaupt nicht vorhanden. Seine absolute Grösse oder Kleinheit ändert an diesem Verhalten nichts und entscheidet nicht über die Auffassung. Wenn man so in dieser meiner Auffassung endlich und zum ersten Male den Reiz und die Auslösung als eine wäg- und messbare Grösse erkennt, so hört er auf unbegreiflich zu sein wie eine Qualität. Er ist damit thatsächlich so gut begreifbar geworden wie jede andere Naturerscheinung und die Grenze seiner Begreifbarkeit liegt da, wo auch die jeder anderen Naturerscheinung liegt, in den uns gezogenen subjectiven Schranken des Erkennens, die uns überhaupt nöthigen in die Energievorstellungen Qualitäten einzuführen als Formen. Durch die neue Vorstellung treiben wir die letzte Entität aus dem Hause der Naturwissenschaft, in dem fortan als Herrin die Vorgänge unbehelligt wohnen. Im Zusammenhange der Erscheinungen ist es möglich, dass von der so gewonnenen kinetischen Energie zufällig gerade so viel zur Auslösung anderer latenter Energie verwendet wird und damit dem ersten System verloren geht, als vorher zur Auslösung der ursprünglichen potentiellen Energie erforderlich war. Aber nothwendig ist dies nicht, es kann auch mehr, es kann auch weniger sein.

Im normalen physiologischen Geschehen wird die potentielle Energie möglichst hoch und von allen bekannten Fällen am labilsten aufgebaut, so dass relativ kleine physiologische Reize zur Auslösung genügen und ein Ueberschreiten dieser Reizgrössen zu krankhaften Erscheinungen führt. Ebenso sucht der Techniker seine Maschine so zu bauen, dass die Auslösung als Reizgrösse möglichst klein wird und eine Kinderhand den gewaltigen Dampfhammer zu regieren vermag. Der Physiker richtet seine Versuche über Energie so ein, dass er gegenüber der Grösse des Wärmeäquivalentes praktisch die Energiemenge der Auslösung in der Rechnung vernachlässigen darf. Aber mit alle dem verchwindet diese Grösse doch nicht, sie wird damit nicht zu einer blossen Qualität. In anderen Fällen die doch eben so gut wie die adäquaten Minimalreize der Physiologie zu berücksichtigen sind, wird aber die Reizgrösse sogar zu einer gewaltigen. Je höher und labiler die potentielle Energie aufgebaut ist, um so geringer wird natürlich die Energiemenge, welche zur Uebwindung der Hemmung als Differenz zugeführt werden muss, aber niemals kann sie zu einer blossen Qualität, zu einer mystischen Entität werden. Bei der Befruchtung sehen wir die Auslösungsgrösse etwa die Hälfte zur kinetischen Energie beitragen, bei der Auslösung der Infection wenig disponirter oder spontan scheinbar immuner Thiere dürfte die Reizgrösse sogar mehr als die Hälfte zur Energie beitragen, die wir als kinetische Energie in Form der specifischen Krankheit auftreten sehen. Gerade solche Vorgänge, welche, wie die Gährungen, eigentlich nur Quantitative Ueberschreitungen des gewöhnlichen physiologischen Geschehens darstellen, oder bei denen, wie bei den Krankheitsprocessen oft ein einfaches Ueberschreiten physiologischer Vorgänge als specivische Qualität imponirt, sind deshalb so geeignet, die Vorstellungen einer blos qualitativen Auffassung der adäquaten Minimalreize zu corrigiren und uns in's Gedächtniss zu rufen, dass sich diese aus den gröberen Massenreizen als Sonderfälle in Folge häufiger Wiederholung erst in langen Zeitperioden entwickelt haben.

Dem hygienisch denkenden Arzte erwächst daraus die Aufgabe, den Ablauf der Erscheinungen so zu leiten, dass ohne Störung der physiologischen Auslösungen die pathologischen Auslösungen erschwert werden, eine Aufgabe, die durchaus nicht aussichtslos ist und unserer Wissenschaft herrliche Ziele für die Zukunft stellt, die ebenso gut anzustreben sind, wie die Bekämpfung der Auslösungserreger, der Mikroparasiten, die man doch nur dann als denkender Arzt erfolgreich bekämpfen kann, wenn man nicht nach neuerdings beliebter Art die vom Wirthsorganismus gebotenen «Ursa hen» als die gegebene auslösbare Energie übersieht. Das Vernachlässigen des letzteren Punktes erschwert das Auffinden «specifischer» Heilmittel.

So führen uns die höchsten Probleme der Erkenntnisstheorie und der exacten Wissenschaften auch immer wieder auf praktische Aufgaben, die ihrerseits wieder die Theorie glücklich beeinflussen können. Die Wissenschaften des Organischen werden durch die Fortschritte der exacteren anorganischen Wissensgebiete auf eine höhere Stufe gehoben. Dadurch wird es ermöglicht, der Mystik der Ontologie, den Resten der Personificationen der Priestermedicin ein Ende zu machen und das Organische und Organisirte von demselben strengen mechanischen und dem alles umfassenden monistischen Standpunkte zu betrachten, wie das Anorganische. Und als Dank dafür lehren die neuen, oft sehr viel schwerer zu fassenden Wahrheiten, welche uns das Lebende kennen lehrt, wie man deren Anregungen auch wieder für die exacten Gebiete verwerthen kann.

Nach der uralten Sage unseres Volkes findet der Held die Sonnenfrau in der Wohnung des Winterriesen nur auf mühseligen, labyrinthischen Gängen, aus denen keine Wiederkehr möglich scheint, und nur in harten Kämpfen mit dem Drachen der Finsterniss vermag er die Strahlende zu befreien und zur lichten Klarheit empor zu führen. So ist auch der Wissenschaft der Sieg oft nur auf schwierigen Wegen, nach vielen Umwegen und

schier endlosem Umherirren unter harten Kämpfen beschieden. Nach Ueberwindung der mystischen Personificationen der Priestermedicin haben wir noch die Reste dieser Weisheit in der Medicin zu überwinden, wie sie uns bis jetzt in den «Entitäten» oder «Wesen» der Krankheitsspecies, der kranken Zellen, der specifischen Infections- und Gährungserreger, aber auch in den reinen Qualitäten der Reize in der Physiologie und der Auslösungen in der Physik entgegen treten. In der Energetik ist ein Rest dieser Auffassungen in den Tendenzvorstellungen geblieben, die mehr dunkle Qualitäten vortäuschen, als bei folgerichtiger Entwickelung der Energieideen thatsächlich vorhanden sind. In der Erkenntnisstheorie und Begriffskritik muss das Verständniss für die Subjectivität unserer Einsicht lebendiger und allgemeiner werden, um die Irrthümer der im unfehlbaren Mysticismus befangenen Gnostiker, welche die Schranken unserer menschlichen Erkenntniss nirgends achten, zu überwinden.

Alle diese Richtungen zusammen enthalten den Kern einer neuen Weltanschauung, die berufen ist, die Menschheit auch sittlich auf eine höhere Stufe zu heben, in der die Erkenntnisstheorie mit ihrer Kritik des Arbeitsinstrumentes der Begriffe und die Energetik als erstes Integralgesetz ausersehen sind, die Führerrolle zu übernehmen.

In diesem Ringen nach Erkenntniss zeigen Naturwissenschaft und Medicin als gleichwerthige Glieder und im innigen Wechsel, wie er vorbildlich gerade in Deutschland sich entwickelt hat, inhaltlich die Berechtigung jener innigen Verbindung, wie sie in formeller Beziehung einen so glücklichen und auch für die Zukunft Erfolg verheissenden Ausdruck gefunden hat in unserer Versammlung der deutschen

Naturforscher und Aerzte.

Allgemeine Sitzung.

Prof. Dr. Adolf Strümpell. (Erlangen): *Ueber die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkte aus.*

(Fortsetzung.)

Ehe ich es versuche, Ihnen, verehrte Anwesende, wenigstens einige der wichtigsten durch den Alkohol bedingten Gesundheitsstörungen, wie der Arzt sie beobachtet, darzulegen muss ich eine kurze allgemein-toxikologische Bemerkung vorherschicken. Dieselbe scheint mir überhaupt für die Auffassung der meisten chronischen Vergiftungen von Bedeutung zu sein. Nehmen wir als Beispiel zunächst eine andere genau bekannte chronische Intoxication — die chronische Bleivergiftung. Wir sehen hier in der Regel, dass die dem verderblichen Einflusse des Bleies ausgesetzten Arbeiter (Schriftsetzer, Maler, Töpfer u. s. w.) täglich nur höchst geringe, dem Gewicht nach oft kaum bestimmbare Mengen Blei durch den Staub, durch verunreinigte Nahrungsmittel und dergleichen aufnehmen. Die Einzelwirkungen dieser alltäglich aufgenommenen sind so unbedeutend, dass sie sich meist nicht durch die allergeringste Störung des körperlichen Wohlbefindens verrathen. Nachdem aber vielleicht Jahre lang diese ununterbrochene tägliche Einwirkung der kleinsten Giftmengen stattgefunden hat, tritt oft fast mit einem Schlage oder in wenigen Tagen irgend ein schweres Symptom der Bleivergiftung eine Kolik, eine Lähmung der Hände, ein epileptischer Anfall oder dergleichen auf. Hierbei muss also nothwendigerweise eine Summation zahlreicher ganz geringer Einzelwirkungen stattgefunden haben, die nun mit einem Male die Höhe eines eingreifenden Reizes oder einer das organisirte Gewebe zerstörenden Kraft gewinnt. Diesee eigenthümliche und in theoretischer Hinsicht sehr interessante Thatsache der Summation kleinster Giftwirkungen findet sich fast bei allen chronischen Intoxicationen und erklärt uns in vielen Fällen das sonst scheinbar unvermittelte plötzliche Aunreten schwerer Krankheitserscheinungen. Auf diese Weise verstehen wir z. B. den plötzlichen Ausbruch der schwersten Urämie bei einem vorher scheinbar im besten Wohlsein befindlichen Nierenkranken, so verstehen wir auch bei einem Trinker das plötzliche Auftreten eines Delirium tremens oder die mit einem Mal sich einstellende Kraftlosigkeit seines geschädigten, aber bis dahin noch völlig rüstig arbeitenden Herzmuskels. Allem Anschein nach ist es vorzugsweise das Gewebe unseres Nervensystems, welches diesen sich summirenden Wirkungen von im Einzelnen scheinbar geringfügigen toxischen Einflüssen am meisten ausgesetzt ist, und es ist vielleicht etwas mehr als ein blosses Spiel der Gedanken, wenn ich diese Summationserscheinungen als eine Art Gedächtniss der Nervenfassern und Ganglienzellen bezeichne und sie bis zu einem gewissen Grade mit dem Gedächtniss für die höheren geistigen Eindrücke vergleiche. Gerade die Betrachtung der chronischen Alkoholwirkung lehrt uns, dass es sich bei dieser im Körper so leicht verbrennbaren Substanz gewiss nicht um eine Summation des toxischen Stoffes selbst, sondern um ein andauerndes Nachbleiben der durch die chemischen Wirkungen desselben einmal eingetretenen, an sich auch noch so geringen Veränderungen in dem Nervengewebe selbst handeln muss. Diese Veränderungen wachsen allmählich immer mehr und mehr an, bis sie schliesslich in den dauernd krankhaften Zustand übergehen.

Für die praktische Beurtheilung des chronischen Alkoholismus ist die soeben angestellte Betrachtung von der grössten Bedeutung. Sie zeigt uns, warum es durchaus nicht stets der häufig wiederholten acuten schweren Vergiftung mit äusserlich bemerkbaren auffälligen Symptomen bedarf, um schliesslich doch ein schweres chronisches Krankheitsbild zu erzeugen, sondern dass hierzu schon verhältnissmässig geringe, sich aber andauernd und regelmässig wiederholende Einwirkungen des Giftes völlig genügen. Darum drängt sich der ärztlichen Erfahrung, je sorgsamer sie sich auf diesen Punkt richtet, immer mehr die überzeugung auf, dass es keineswegs nur die notorischen Vieltrinker und richtigen Trunkenbolde sind, welche den schädlichen Wirkungen des Alcoholismus verfallen, sondern auch zahlreiche Personen, welche die Bezeichnung als «Trinker» mit Entrüstung zurückweisen würden.

Wie bei fast allen anderen acuten und chronischen Intoxicationen, so zeigt sich auch beim Alcoholismus die interessante Thatsache der so ungemein verschiedenen individuellen Veranlagung gegenüber den Einwirkungen ein und desselben Giftes auf den menschlichen Körper. Nehmen wir als Beispiel zunächst wiederum die chronische Bleivergiftung. Von 100 Schriftsetzern, die unter fast vollkommen gleichen Bedingungen in demselben Arbeitssaal bei der selben Beschäftigung täglich ungefähr die gleichen geringen Mengen Blei in ihren Körper aufnehmen, erkrankt der Eine vielleicht schon nach wenigen Monaten an schweren Erscheinungen des Saturnismus und wird immer wieder von Neuem krank, sobald er zur früheren Beschäftigung zurückkehrt, der Andere dagegen erkrankt vielleicht erst nach Jahren, ein Dritter niemals. Und neben dieser verschiedenen individuellen Veranlagung im Allgemeinen besteht zweifellos auch noch eine individuell verschiedene Disposition der einzelnen Organe. Der eine dem Blei Ausgesetzte erkrankt an Lähmung der Hände, der Andere an einem Darmleiden, der Dritte an chronischer Nierenentzündung u. s. w.

Alle diese Thatsachen finden ihr vollständiges Analogon in der Pathologie des chronischen Alkoholismus. Wir können sie nicht genügend erklären, aber wir müssen mit ihnen rechnen. Sie sind theoretisch interessant, weil sie offenbar mit den innersten Verhältnissen unserer Organisation zusammenhängen, praktisch wichtig, weil wir zahlreiche scheinbare Widersprüche in dem Auftreten der Alkoholerkrankungen nur auf diese Weise verstehen. Freilich dürfen wir in der Betonung der individuellen Disposition auch nicht zu weit gehen. Offenbar sind auch noch andere Umstände in Betracht zu ziehen, wenn wir die Verschiedenheiten im Auftreten der Alkoholerkrankungen erklären wollen. Ohne hierauf näher eingehen zu können, möchte ich nur die eine interessante Thatsache hervorheben, dass der Ausbruch der summirten Alkoholwirkung durch gleichzeitige andersartige Schädlichkeiten bedingt sein kann. So sehen wir z. B. bekanntlich oft bei einer acuten fieberhaften Krankheit, nach einem Trauma, nach einem stärkeren Blutverlust mit einem Mal die längst verbreiteten aber bis dahin noch völlig latenten Wirkungen des Alkohols zum Ausbruch kommen. Diese Beobachtung machen wir keineswegs nur, wie längst allgemein bekannt, beim alkoholischen Delirium, sondern auch bei anderen Alkoholerkrankungen. So beobachtete ich z. B. vor kurzem eine typische alkoholische Polyneuritis im unmittelbaren Anschluss an eine acute Pneumonie.

Für die richtige Auffassung der eigentlichen Krankheitsursache sind diese Verhältnisse jedenfalls sehr beachtenswerth.

Wie die meisten toxischen Stoffe überhaupt, wirkt auch der Alkohol in erster Linie auf das Nervensystem ein. Bei der acuten Intoxication treten Lähmungserscheinungen an den höheren psychischen Vorgängen am meisten hervor, weil sie am leichtesten bemerkbar sind. Jede etwas genauere Beobachtung zeigt aber auch schon bei geringeren Graden der Vergiftung die gleichzeitige Beeinflussung der motorischen Innervationsvorgänge, die Unsicherheit der Bewegungen und die Erschwerung der Sprache, während die sensiblen Leitungswege eine weit grössere Widerstandskraft zu besitzen scheinen. Genau entsprechend diesen bekannten Erscheinungen des acuten Rausches sehen wir auch die zwei Hauptformen nervöser Erkrankung in Folge chronischer Intoxication in denselben eben genannten Gebieten auftreten, einmal im Gebiete der höheren Bewustseinsvorgänge in der Form des alkoholischen Deliriums, im Gebiete des motorischen Nervensystems in der Form des alkoholischen Tremors und der alkoholischen motorischen Lähmungen und Ataxien, mit einem der sogenannten alkoholischen Polyneuritis. Letztere ist bekanntlich eine der häufigsten und wichtigsten Formen der grob anatomischen Nervendegeneration in Folge fortgesetzter chemisch-toxischer Einwirkungen. Fraglich und noch unentschieden ist es nur, ob dieses Absterben der peripherischen Nervenfasern durch eine unmittelbare Einwirkung der Alkoholmolecüle auf die Nervenfasern selbst stattfindet, oder ob wir die eigentliche Wirkungsstätte des Giftes in den Zell- resp. Kerncentren der Nervenfasern zu suchen haben, so dass die letzteren also erst secundär in Folge der Schädigung ihrer entfernten Ernährungscentren absterben.

So interessant und wichtig übrigens auch das Studium der beiden eben genannten notorisch rein alcoholischen Erkrankungen, des Alkohol-Deliriums und der alkoholischen Polyneuritis ist, so dürfen wir die praktische Bedeutung derselben doch nicht überschätzen. Die Häufigkeit des alkoholischen Deliriums tritt, mit der Gesammtzahl der Bevölkerung verglichen, nur in einigen grossen Städten hervor, welche von einer zahlreichen schnapstrinkenden Arbeiterschaft bewohnt werden. Da sind freilich die Zahlen traurig genug, wenn man z. B. liest, dass in Hamburg jährlich ca. 150 Deliranten in's allgemeine Krankenhaus aufgenommen werden, während die jährliche Anzahl derselben in der Berliner Charité sogar ca. 500—600 beträgt. In den besseren Bevölkerungs-Schichten und insbesondere bei Biertrinkern ist das alkoholische Delirium eine recht seltene Erkrankung, wenn gleich es freilich auch hier noch oft genug die traurige und aufregende Schlussscene in dem Lebensdrama eines Trinkers bildet. Auch den alkoholischen Neuritiden kommt ihrer relativen Seltenheit wegen keine sehr grosse praktische Bedeutung zu. Immerhin wird ihr Vorkommen weit häufiger erkannt werden, wenn die Kenntniss dieser Krankheit erst noch mehr in die weiteren ärztlichen Kreise eingedrungen sein wird. Namentlich möchte ich auch hier hervorheben, dass ich das Auftreten einer alkoholischen Polyneuritis keineswegs nur bei Schnapstrinkern, sondern wiederholt auch schon bei starken Biertrinkern festgestellt habe.

Auf zahlreiche andere Formen alkoholischer Nervenerkrankungen [1]) will ich gar nicht näher eingehen, theils weil die ätiologischen Beziehungen überhaupt nicht völlig durchsichtig sind, wie z. B. bei den mit dem Alkoholismus in Beziehung gebrachten Formen der Dementia, der Epilepsie u. a., theils weil es sich dabei in der That um wirklich nur vereinzelt auftretende Erkrankungsformen handelt, wie z. B. die alkoholische hämorrhagische Pachymeningitis, gewisse Formen hämorrhagischer Encephalitis u. a. Ich wende mich vielmehr weiter zur Betrachtung des Einflusses des Alkohols auf die übrigen Körperorgane. Freilich tritt uns hier von vorneherein die theoretische Schwierigkeit entgegen, dass wir oft nicht streng zwischen den wirklich primären Organ-Erkrankungen und den erst secundär in Folge abnorm gewordener Innervationsvorgänge entstandenen Organveränderungen unterscheiden können. Doch mag vom praktisch-ärztlichen Standpunkt aus diese Frage unberücksichtigt bleiben.

Nur flüchtig erwähnen, weil allgemein bekannt, will ich die unzählbaren Fälle acuter und noch weit häufiger chronischer Erkrankung der Pharynx-, Magen- und Darmschleimhaut, welche die Folge einer andauernden unmittelbaren Reizung dieser Theile sind. Alle diese Erkrankungen bieten in wissenschaftlicher Hinsicht wenig Eigenthümliches dar, haben aber eine grosse praktische Bedeutung nicht nur ihrer Häufigkeit wegen, sondern vor allem wegen ihrer Folgen für die Gesammternährung des Körpers. Ich glaube, die meisten Aerzte werden mit mir darin übereinstimmen, dass die einfache echte chronische Gastritis und Enteritis bei Erwachsenen so überwiegend häufig alkoholischen Ursprungs sind, dass alle anderen Ursachen derselben dagegen sehr in den Hintergrund treten.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Kurz erwähnen, weil erst wenig bekannt, will ich noch die beim Alkoholismus nicht selten auftretenden tonischen, mehr oder weniger schmerzhaften Muskelkrämpfe (in den Unterschenkeln, Arm-, Handmuskeln u. a.) welche zuweilen an die Tetanie erinnern. Ich sah sie wiederholt im Vereine mit anderen alkoholischen Erkrankungen, z. B. bei Polyneuritis, chronischer Nephritis und dgl.

15 Abtheilung. Chirurgie.

Sitzung vom 11. September 1893

Prof. v. Heineke (Erlangen): *Ueber die Operation des Mastdarmcarcinoms.*

Heineke hat bei derselben den Standpunkt, welchen er vor einigen Jahren präcisirt hat, gänzlich verlassen, glaubt aber jetzt erheblich bessere Resultate zu haben. Er macht nun immer den Medianschnitt vom Sphincter auf die Mitte des Kreuzbeins in hoher Beckenlage bei stark gebeugtem Bein. Erst wird der Sphincter durchschnitten, dann nach nochmaliger gründlicher Reinigung des Darms der Schnitt weitergeführt und das Steissbein in der Mitte durchgesägt. Nun erfolgt die Abtrennung der Bänder vom Kreuz- und Steissbein und eine schräge Abmeisselung des Kreuzbeins in der Nähe des vierten Loches. Dann wird der Darm dicht oberhalb des Sphincters abgeschnitten, zugebunden und nun in gewöhnlicher Weise bis über die obere Carcinomgrenze abgelöst. Der soweit aus dem After herausgeführte Darm wird nun an dem äusseren Umfange des Afters angeheftet und successive durchschnitten. Den Schluss der Operation bildet die Naht des Sphincters und der Wunde bis zur Mitte des Steissbeines; der obere Theil der Wunde bleibt offen und wird tamponirt. Wichtig ist bei dem neuen Verfahren Heineke's, dass das Rectum nur an der Aussenfläche des Afters fixirt wird, um die sonst so häufigen Knickungen des Darms zu vermeiden. Aus demselben Grunde näht Heineke auch nie das Peritoneum. Weiterhin legt er ein grosses Gewicht auf die Durchschneidung des Sphincters mit Rücksicht auf die ersten Defäcationen.

* * *

Dr. v. Büngner (Marburg): *Castration mit Evulsion des Vas deferens.*

Im Anschluss an einen Fall von Nebenhodentuberkulose, in welchem Büngner nach typischer Castration in kurzer Zeit ein Recidiv an dem anscheinend gesund gewesenen Samenstrag erlebte und bei welchem es nach sorgfältiger Isolirung des Vas deferens gelang, über $^4/_5$ des letzteren durch leichten Zug zu entwickeln und abzutragen, hat Büngner eine grössere Anzahl von Leichenversuchen gemacht, über die Grösse des Vas deferens und die Möglichkeit durch Zug am Hodenende dasselbe auszureissen.

Er fand, dass das Vas deferens beim Neugeborenen etwa 15 *cm* lang ist, im 15. Lebensjahr etwa 25 *cm* und beim Erwachsenen circa 50 *cm*. Es gelang in jedem Lebensalter, wenn das Vas deferens nur genau isolirt war, über $^4/_5$ ohne weiteres zu entfernen.

Büngner hat sodann in 7 Fällen klinisch diese Radicaloperation erprobt und sehr gute Erfahrungen damit gemacht. Ein Fall ging an Erysipel zu Grunde, zwei zeigten eine vorübergehende Besserung und drei sind vollkommen geheilt, ein weiterer nicht wieder controlirt.

* * *

*) Nach dem Bericht der Berliner klinischen Wochenschrift.

Dienstag, 12. September.

Prof. Landerer (Leipzig): *Zur Chirurgie des Magens.*

LANDERER ist in 3 Fällen heftigster Magenbeschwerden und Magenkrämpfe, in welchen weder Tumor noch Ulcus nachzuweisen war, operativ vorgegangen. Die Laparotomie ergab in dem ersten Falle einen 3 *cm* breiten und 8 *cm* langen Netzstrang, der sich vom Magen zum Epigastrium hinzog. Derselbe wurde abgetragen und eine vollkommene Heilung der ganz enormen Beschwerden erzielt. Der zweite Fall förderte eine Verwachsung des Magens mit der Leber zu Tage, deren Beseitigung den gleichen guten Erfolg hatte. In dem dritten Fall handelte es sich um einen eingeklemmten Nabelbruch, welcher ein Stück Magenwand enthielt, das mit der Bruchpforte verwachsen war. Durch Ablösung des Magens wurde auch dieser Kranke von den Magenbeschwerden vollständig befreit.

* * *

Dr. Graser (Erlangen): *Unfall als Ursache von Entzündungen und Gewächsen.*

GRASER glaubt, dass eine Anzahl von Phlegmonen nach Traumen (Quetschung, Schlag) sich entwickeln, ohne dass die geringste Spur einer äusseren Verletzung vorhanden, und weist an einer Anzahl von Fällen die Wichtigkeit dieser Möglichkeit für die Unfallpraxis nach. Er erklärt die Entstehung durch die auch anderweitig anerkannte Annahme, dass zeitweilig Staphylococcen im Körper kreisen und an dem Locus minoris resistentiae eine Ansiedelung finden. Auch für die Tumoren glaubt GRASER die Möglichkeit des Zusammenhangs zwischen Trauma und Geschwulst häufiger annehmen zu dürfen, ohne jedoch für die Aetiologie etwas Neues beibringen zu wollen.

In der Discussion tritt Prof. v. BERGMANN den Ausführungen entgegen, indem er speciell für die Tumoren auf die Thatsache hinweist, dass oft geringfügige Carcinome an dem primären Sitz latent bleiben und colossale Metastasen machen, welche leicht als primäre Tumoren imponiren.

* * *

Dr. Garré (Tübingen): *Ueber Aethernarkosen.*

GARRÉ tritt war für die Aethernarkose ein, die bei richtiger Handhabung viele der ihr zum Vorwurf gemachten Nachtheile nicht entwickle. Nothwendig sei, gegebenen Falls vor sehr grossen Dosen nicht zurückzuschrecken. Die in dem Kinder- und Greisenalter gesebene Contraindication kann GARRÉ nicht anerkennen; die nicht seltene Bronchitis ist die Contraindication, nicht das Alter. Als Maske empfiehlt sich am meisten die JUILLARD'sche; Untersuchungen der Maskenluft ergaben einen Sauerstoffgehalt von 17% gegenüber 22 der freien Luft.

* * *

Dr. L. Rehn (Frankfurt a. M.): *Ueber Morbus Basedowii.*

REHN's Erfahrungen über den Morbus Basedowii reichen bis ins Jahr 1883 zurück, wo er bereits auf den Zusammenhang des charakteristischen Krankheitsbildes mit der Schilddrüse hinwies, im Anschluss an einen Fall, in welchem nach Exstirpation einer Kropfcyste durch zurückgelassene Kapselreste ein analoges Krankheitsbild auftrat, das nach Entfernung der Kapselreste verschwand und von REHN als Vergiftung durch Schilddrüsenrückstand aufgefast wurde. Die Arbeiten KOCH's über die Kachexia strumipriva brachten dann die weitere Lehre, dass die Schilddrüse nicht total entfernt werden darf.

REHN verweist sodann auf die noch weniger beobachteten Fälle von beginnendem Morbus Basedowii. Hier stehen meist im Vordergrund die Herzpalpitationen, die dann in dauernde Beschleunigung übergehen. Wie schon erwähnt, fasst REHN die Erkrankung auf als eine krankhafte Function der Schilddrüse, die als Giftwirkung sich äussert, je nach der Intensität der Intoxication von der leichten bis zur schwersten Form des Morbus Basedowii. Als Behandlung empfiehlt sich die chirurgische, nur darf man nicht hoffen, dass mit der operativen Entfernung die Heilung erfolgt ist, diese vollzieht sich nur in sehr langsamer Weise. Die Operation ist ungefährlich, kann aber enorm gefährlich werden.

KRÖNLEIN hat 7 schwere Fälle von Morbus Basedowii operirt und alle geheilt, JUL. WOLFF 6 Fälle halbseitig exstirpirt, 4 davon bedeutend gebessert. SCHMIDT (Polzin) tritt für die elektrolytische Behandlung ein.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Dermatologische Studien. Der ganzen Reihe 17. Heft.

Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer (Hebra'scher) Basis.

Von **Dr. S. Jessner.**

Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. 1893.

Seit dem Umschwung, den die Dermatopathologie im Zusammenhang mit den allgemeinen Fortschritten der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften im Laufe der letzten Decennien erfahren hat, machte sich zu wiederholten Malen das Bedürfniss geltend, von dem alten Systeme HEBRA's, das den Ergebnissen der physiologischen und ätiologischen Forschung kaum mehr Rechnung tragen konnte, abzugehen und nach neuen Grundlagen zu suchen, welche eine richtigere Gruppirung der einzelnen Krankheitstypen ermöglichen sollte.

So entstand das originelle, von tiefem geistvollen Denken zeigende System AUSPITZ (1881), in welchem der Versuch, die Hautkrankheiten auf neuropathologischer Basis einzutheilen, zum erstenmale in weiterem Maasse zum Ausdruck gelangt, dem es aber besonders an einer Einheitlichkeit der Grundidee, einem Gesichtspunkte mangelt, nach welchem die Hauptklassen des Systems aufgestellt wären; so hat SCHWIMMER von der neuropathischen Natur der Hautaffectionen ausgehend, sein einseitig-ätiologisches System aufgestellt, ohne sich jedoch ganz auf dieser Basis halten zu können. da doch die Dermatonosen nur zum geringen Theil zu Nervenstörungen in ätiologische Abhängigkeit gebracht werden können. An diese Eintheilungen schlossen sich die Entwürfe Hans HEBRA's, HILLAIRET's, BERLIOZ', das dem anatomischen von WILSON nachgebildete System von HYDE und in allerjüngster Zeit die semiotisch-nosologische gekünstelte Eintheilung TOMMASOLI's an, die vielfach an die primitiven Systeme PLENK's und WILLAN's erinnert.

Alle diese Systeme, mögen ihnen noch so geistvolle Auffassungen zu Grunde liegen und mögen sie mit noch so grosser Sorgfalt und Gründlichkeit construirt sein, sie erwiesen sich stets überreich an Mängeln und konnten nie den Anforderungen der Wissenschaft und Praxis genügen, kaum bekannt geworden, geriethen sie bald wieder in Vergessenheit, während das viel getadelte durch die Wissenschaftlichkeit seiner Basis und Natürlichkeit seines Aufbaues gleich ausgezeichnete pathologisch-anatomische System HEBRA's, sich andauernd einer allgemeinen Werthschätzung erfreut und heute noch von den meisten Bearbeitern der Hautaffectionen theils ganz, theils mit unwesentlichen Modificationen verwendet wird.

Auf diesem von HEBRA gelegten Fundamente versucht es Verfasser eine neue Systemisirung der Hautkrankheiten zu entwerfen, die sich gleich andern ähnlichen Versuchen wohl als eine in manchen Trakten gelungene Restaurirung des alten Gebäudes präsentirt, keinesfalls aber auf den Werth eines den heutigen Anforderungen vollgenügenden Neubaues Anspruch erheben kann.

Die zwölf Gruppen des HEBRA'schen Systems finden sich in dieser Aufstellung in sechs Hauptklassen vereinigt, die ein gemeinsames pathologisch-anatomisches Band umschlingt. (I. Functionelle Anomalien, II. Anomalien der Blutvertheilung, III. Entzündliche Processe der Haut, IV. Hypertrophiae, V. Neubildungen, VI. Regressive Ernährungsstörungen), während in den Unterabtheilungen die Affectionen bald nach nosologischem (I und II) bald nach rein anatomischem (III und IV) bald nach pathologisch-anatomischem Principe rubricirt erscheinen.

Die Ausschaltung der rein vasomotorischen Erytheme, sowie der Urticaria und Purpuraformen aus der Gruppe der Entzündungen und die Einreihung derselben in die Klasse der Anomalien der Blutvertheilung kann als eine recht zweckmässige bezeichnet werden,

ebensowenig lässt sich gegen die Rubricirung des Prurigo unter diese Hauptklasse, bei der noch wenig präcisirten Pathologie desselben, ein berechtigter Einwand erheben, dagegen ist die Eintheilung der umfassenden Klasse der Entzündungen nach anatomischem Gesichtspunkte als durchaus unnatürlich zu betrachten, indem die anatomischen Gebilde der Haut in der Wirklichkeit kaum je so abgesondert erkrankt befunden werden. Die Ausserachtlassung einer jeden ätiologischen Rücksicht hat es ausserdem zur Folge gehabt, dass die Dermatomykosen und Scabies in der Klasse der Entzündungen — neben Lichen ruber! stehen, während die anderen Zoonosen in diesem Systeme überhaupt kein Unterkommen finden konnten. *N.*

Die Lidrandentzündung und ihre Folgekrankheiten.

Von **Dr. V. Fukala** in Pilsen.

Verlag von M. Breitenstein Leipzig und Wien. 1893.

Verfasser kommt nach eingehenden klinischen Studien zu dem Resultate, dass in vielen Fällen von schwerer scrophulöser Augenentzündung, insbesondere bei geschwürigen Erkrankungen der Hornhaut eine Blepharitis als ursächliches Moment anzusehen sei, namentlich aber solche Fälle von Lidrandentzündung, welche als Blepharitis ulcerosa bekannt, mit der Bildung kleiner, unendlich schwer zu heilender Geschwürchen am Lidrande einhergehen.

Von diesem Grundsatze ausgehend, hat Verfasser in zahlreichen hartnäckigen Fällen von scrophulöser Augenentzündung, oder bei solchen Patienten, welche in Folge von Hornhautgeschwüren nahe daran waren, zu erblinden, den äusseren geschwürigen Lidrand nach FLARER's Methode abgetragen. In allen Fällen ist Heilung des Cornealgeschwüres eingetreten, während früher trotz sorgfältigster localer und allgemeiner Behandlung die Krankheit des Lidrandes sowohl als die der Hornhaut unaufhaltsame Fortschritte gemacht hatte. Auch der kosmetische Effect war kein übler, in vielen Fällen sogar ein äusserst günstiger.

Dem überaus interessanten Schriftchen, welches auch eine originelle Darstellung der Scrophulose und deren Beziehungen zu den Erkrankungen des Auges enthält, ist ein kurzer Aufsatz über die operative Behandlung des Ektropium post Blepharitidem — im wesentlichen eine Modification des SNELLEN'schen Verfahrens — beigegeben. *A. P.*

Klinische Terminologie.

Von weil. **Dr. Otto Roth.**

Vierte vermehrte und verbesserte Auflage.

Verlag von Ed. Bezold (Arthur Georgi). Leipzig 1893.

Dieses nützliche Buch, welches eine Zusammenstellung der zur Zeit in der klinischen Medicin gebräuchlichen technischen Ausdrücke mit Erklärung ihrer Bedeutung und Ableitung enthält, wird seit der 2. Auflage von Dr. H. GESSLER und seit der 3. Auflage von Dr. H. GESSLER und Dr. R. STIEGLITZ herausgegeben.

Ueber das Buch selbst, das längst seine Existenz-Berechtigung, ja Nothwendigkeit erwiesen, ist nichts Neues zu sagen. Erwähnt soll aber werden, dass der Titel «Klinische Terminologie» nicht dem ganzen Inhalt des Werkes gerecht wird, in welchem auch Ausdrücke der theoretischen Fächer in ihrer Bedeutung und Ableitung erläutert werden. Dadurch gewinnt das treffliche Buch, das sich auch in schöner Ausstattung präsentirt, an Werth; und es soll auf's Wärmste empfohlen werden. *F.*

Zeitungsschau.

Aus der dritten medicin. Klinik und Universitätspoliklinik in Berlin.

Prof. H. Senator: Ueber acute Polymyositis und Neuromyositis.

(Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 39, 1893.)

Im Gegensatz zu den secundären Muskelaffectionen, die bei verschiedenen Infectionskrankheiten (wie z. B. Abdominaltyphus) meist symptomlos verlaufen, zeigen die primären Erkrankungen der Muskulatur durch ihnen eigenthümliche Erscheinungen wohlcharakterisirte Krankheitsbilder. Es sind dies seltene Erkrankungen, deren Erkennung, wenn man von der Trichinose als der erstbekannten idiopathischen Muskelerkrankung absieht, der neuesten Zeit angehört. (E. WAGNER, LÖWENFELD, UNVERRICHT.)

Verfasser beschreibt im Folgenden zwei derartige Fälle in ausführlicher Weise und knüpft daran Bemerkungen über die noch ziemlich dunkle Aetiologie dieser interessanten Erkrankung.

Fall I. Patient 50 Jahre alt, Bäckermeister, bis zum Jahre 1885 gesund gewesen. Damals wurde Diabetis mit 2—3% Zuckergehalt constatirt, der durch wiederholte Karlsbader Curen wesentlich gebessert wurde. Anfangs Jänner 1891 Schmerzen im rechten, dann linken Unterschenkel, erschwertes Gehen. Ungemein starke Schmerzhaftigkeit auf Druck der gesammten Muskulatur beider Unterschenkel, später auch der Oberschenkel. Fieberhaftigkeit. Die Schmerzhaftigkeit breitete sich auf die Oberarme, den Thorax, die Unterarme aus. Ueber den ergriffenen Muskeln stellten sich an verschiedenen Stellen der Haut blaurothe, theils mehr diffuse, theils kartenartig umschriebene Flecke ein. Die Athmung wurde infolge der Schmerzen äusserst mühsam, das Fieber nahm typhösen Charakter an.

14. Jänner linksseitige Unterlappen-Pneumonie. Urin reichlich, 4—5 Liter täglich mit 5.8% Zucker. Die Muskeln der Oberschenkel und Oberarme geschwollen und hart. 15. Jänner Exit. let. Section nicht gestattet. Aus dem rechten Biceps Brachii wurde ein Muskelstück zur mikroskopischen Untersuchung entnommen.

Dieses zeigte makroskopisch Anichts uffallendes. Die mikroskopische Untersuchung verschiedentlich gefärbter Präparate ergab eine ungemein starke interstitielle Myositis, characterisirt durch zahlreiche Rundzellen zwischen den Primitivfasern und in dem Bindegewebe zwischen den Muskelbündeln und in der Umgebung der Gefässe. An den Muskelfasern die Querstreifung deutlich, keine Degeneration, aber auffallend viel Kerne. Keine Mikroorganismen, keine Gregarinen (die bei Polymyositis sich bei Schweinen und anderen Thieren vorfanden).

Die Diagnose der primären acuten Polymyositis war in dem beschriebenen Falle unzweifelhaft. Der Diabetes kommt ätiologisch nicht in Betracht, da er durch 6 Jahre ohne besondere Beschwerden bestanden, während die Polymyositis mit acutestem Verlaufe in 14 Tagen zum Tode geführt hatte.

Fall II. Patient 40 Jahre alt, Restaurateur, kräftig, gesund. Jänner 1893 traten nach dem Genusse verdorbener Krebse Mattigkeit, Apetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, ziehende Schmerzen im Rücken und in den Gliedern ein. Zugleich wurde das Gehen und jede Muskelanstrengung beschwerlich. Im Verlaufe der etwa 10 Wochen dauernden Krankheit wurde unter mässigen Fieberbewegungen beobachtet: Schmerzen im rechten Bein, dann im rechten Vorderarm, welche beide geschwollen und unförmlich erschienen, starke Schweisssecretion, später an den geschwollenen Extremitäten erysipelatöse Röthung der Haut, Schmerzhaftigkeit des Rumpfes und des Zwerchfelles und als Folge davon erschwerte Athmung und Meteorismus. Weiterhin Schmerzen beim Schlucken und in den Kiefern. Der Urin eiweiss- und bluthältig, daneben mikroskopisch Cylinder, Nierenepithelien. Später schwollen auch die linken Extremitäten an. Nach und nach verlor sich die Schmerzhaftigkeit der ergriffenen Theile, schwanden Blut und Eiweiss aus dem Urin, so dass Patient Mitte August geheilt erschien. Die anatomische Untersuchung der Muskeln konnte nicht ausgeführt werden. Die Diagnose acute Polymyositis ergab sich aus dem äusseren Befund an der Muskulatur und aus dem Krankheitsverlauf. Die acute Nephritis ist als Complication zu betrachten, die wahrscheinlich durch dieselbe Ursache bedingt war, wie die Erkrankung der Muskulatur. Die Anfangs

vorhandenen gastrischen Erscheinungen liessen an Trichinose denken, doch ergaben sich hiefür keine Anhaltspunkte. Bezüglich der Aetiologie der acuten Polymyositis lässt sich die Entstehung durch Mikroorganismen wahrscheinlich ausschliessen, da solche niemals gefunden wurden, dagegen spricht die Vermuthung für eine vom Verdauungsapparate ausgehende Intoxication. «Ob das Gift, das wohl unzweifelhaft organischer Natur ist, fertig und wirksam von aussen eingeführt oder erst in den Verdauungsorganen selbst infolge abnormer Vorgänge (als Toxin) gebildet wird, muss vorläufig dahin gestellt bleiben.»

Neben der primären acuten Polymyositis unterscheidet Verfasser noch eine acute multiple Neuromyositis, welche dieselbe Erkrankung der Muskeln aufweist. Bei den typischen Fällen von Polymyositis fehlen aber die Lähmungen im eigentlichen Sinne (die Bewegungsunfähigkeit ist Folge der Schmerzen und Schwellungen), es fehlt die Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme und die Anäthesien (welche bei der Neuromyositis sehr bald auftreten), es fehlt weiter die frühzeitige, schnell fortschreitende Muskelatrophie. Umgekehrt fehlt bei der Neuromyositis die Schwellung und das entzündliche Oedem der Muskeln und der Haut, welche der Polymyositis eigenthümlich sind. Doch sind Uebergangs- oder Mischformen nicht ausgeschlossen. *B. S.*

Orville Horwitz: Zwei Fälle von Sterilität und Impotenz nach Seitensteinschnitt. (Journ. of the amer. med. assoc. 1893. April 8. — Centralbl. f. Chirurgie. Nr. 37. 1893.)

2 Fälle von Impotenz und Sterilität in Folge linksseitigen lateralen Steinschnittes kamen HORWITZ zur Beobachtung.

1. 29jähriger verheiratheter Mann mit vollkommen normalen Sexualfunktionen unterzog sich zur Entfernung eines Blasensteins einer Operation. Es wurde von einem Chirurgen der laterale linksseitige Steinschnitt gemacht, und der sehr grosse Stein mit grosser Mühe entfernt. Nach der Operation blieb 3 Monate am Schnitt eine Harnfistel bestehen, die sich endlich spontan schloss. Als der Patient geheilt war, fand er, dass seine sexuelle Potenz erheblich gelitten hatte. Erektionen waren meistens nur schwach, und wenn sie so genügend auftraten, dass sie hätten den Coitus gestatten können, so fehlte jede Samenejakulation. Sein Verlangen nach Kohabitation war unvermindert. Nach und nach wurden die Erektionen schwächer und schwächer, bis er zur Zeit, als er nach $1^1/_2$ Jahren HORWITZ aufsuchte, gänzlich die sexuelle Potenz verloren hatte. Penis und Testikel waren normal, die Wunde am Damm war vernarbt, die Narbe absolut unempfindlich. Bei der endoskopischen Untersuchung der Harnröhre zeigte sich das von der Operationswunde herrührende Narbengewebe in einer Ausdehnung von der Pars membranacea bis zur Hälfte der Länge des prostatischen Theils stark kongestionirt und hyperästhetisch. Aus der Prostata kam eine geringe Menge Schleim. Der Urin enthielt einige Schleimabgüsse der Prostatasinus. Das normale Kaliber der Urethra war 13, des Meatus 10 englischer Massstab. Die Behandlung bestand in gradueller Erweiterung des Meatus bis zur Weite der Harnröhre, in warmen Sitzbädern und abendlichen Dosen von Kal. bromat. Nach 4 Monaten war die Kongestion und Hyperästhesie der Urethra geschwunden, und Morgens hatte der Patient kräftige Erektionen. Unter dem Gebrauch von Auro-natrium chloratum und Strychnin, kalten Sitzbädern, dem konstanten Strom und körperlichen Uebungen wich nach 6 Monaten die Impotenz, aber ein gewisser Aspermatismus blieb. Bei geschlechtlicher Erregung kam es nur zur Aussonderung einer geringen Menge schleimigen Prostatasekretes, nicht aber von Samen. Der Patient blieb steril.

2. 26 Jahre alter Mann, unverheirathet, hatte ein Jahr vorher, ehe er zu HORWITZ in die Behandlung kam, eine Steinoperation durchgemacht. Auch hier war der Stein durch den linken Seitenschnitt entfernt worden. Bald nach der Heilung — in 4 Wochen — merkte Patient, dass seine sexuelle Potenz, die vor der Operation normal gewesen war, sich nur sehr schwach zeigte, und nach einem Jahre war nicht nur die sexuelle Potenz vollkommen geschwunden, sondern auch das sexuelle Verlangen hatte völlig aufgehört. Der bleiche und hagere Patient befand sich darüber in trüber hypochondrischer Stimmung, bot das Bild hochgradigster Neurasthenie. Seine Haut war kalt, mit klebrigem Schweiss bedeckt. Der Gesichtsausdruck sorgenvoll, ängstlich, tiefsinnig. Er war etwas benommen, konnte seinen Sinn nicht auf einen ernsten Gedanken koncentriren und dachte nur an seinen kläglichen Zustand. Die locale Untersuchung der Harnröhre zeigte dieselben Verhältnisse wie im ersten Fall. Auch die Behandlung war dieselbe, aber ganz erfolglos. In beiden Fällen waren somit die Patienten, vor der Operation des lateralen Steinschnittes im Vollbesitz ihrer männlichen Potenz gewesen und wurden dann durch das Messer des Chirurgen steril und impotent.

Dr. Jessner, Specialarzt (Königsberg in Pr.): **Die Principien der Syphilistherapie.** (Separatabdruck aus der St. Petersburger Medic. Wochenschr. Nr. 33, 1893).

In der Frage der Behandlung der Syphilis stehen sich zwei Ansichten gegenüber. Die eine (in Frankreich hauptsächlich durch FOURNIER, in Deutschland durch NEISSER vertreten) fordert die Dauerbehandlung, oder genauer ausgedrückt, die chronisch intermittirende Behandlung (Méthode des traitement successifs), die andere (KAPOSI, CASPARI u. A.) erklärt sich für die symptomatisch durch deutliche Manifestationen der Syphilis begründete Anwendung des Quecksilbers oder Jods.

Verfasser bespricht das Für und Wider beider Anschauungen und sucht schliesslich zwischen ihnen zu vermitteln. Die chronisch intermittirende Behandlung ist nach seiner Ansicht nützlich und bei rationeller Anwendung gefahrlos. Dringend indicirt ist sie erstens bei leichtsinnigen Syphilitikern, um sie an die Chronicität ihres Leidens zu mahnen, da solche Patienten leicht an ihre Krankheit vergessen und dadurch ihre Umgebung gefährden, zweitens bei Verheirateten und Heiratskandidaten, wo die Gefahr der Vererbung droht.

Contraindication ist nicht die sogenannte l e i c h t e Syphilis, weil wir nicht in der Lage sind, über den Grad der Syphilis zu urtheilen, weil nach leichten Secundärerscheinungen und Jahre langen Pausen oft schwere Tertiärerscheinungen zu Tage treten, oder die Syphilis durch die Vererbung sich als ernstes wenn auch schlummerndes Leiden dokumentirt, sondern physisch: schwere Leiden einzelner Organe oder der Constitution, wo der lange Fortgebrauch des Quecksibers nachtheilig werden könnte und psychisch: ein ängstlicher zur Syphilophobie neigender, neurasthenischer Charakter des Patienten. Berücksichtigt man diese beiden Factoren, dann wird man mit der chronisch-intermittirenden Behandlung Gutes leisten. «Man wird sie recht oft einleiten, aber auch zuweilen ausschliessen, denn zuerst kommt der Mensch und dann seine Syphilis.» *B. S.*

Dr. Kolisch: Zur Lehre von den posthemiplectischen Bewegungserscheinungen. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. IV. 14.)

Spontan auftretende, auf eine Körperseite beschränkte, meis choleraähnliche, mitunter athetotische oder Zitterkrämpfe, für deren Zustandekommen eine Reihe von Erklärungsversuchen gemacht wurden. Die bekanntesten sind die Theorie von CHARCOT, der ein choreigenes Bündel supponirt, von GALVAGNI und STEPHAN, die Läsion des Thalamus und die von KAHLER und PICK, die eine Reizung der Pyramidenbahn in ihrem Verlaufe als compactes Bündel annehmen. An der Hand von anatomisch genau untersuchten Fällen und mit Benützung der Literatur weist Verfasser die Richtigkeit der KAHLER-PICK'schen Theorie nach und erweitert dieselbe dahin, dass nicht nur Herderkrankungen, welche die Pyramidenbahn im Bereiche der inneren Capsel betheiligen oder treffen post- oder prohemiplectische Bewegungserscheinungen hervorrufen, sondern auch Herderkrankungen, welche das Pyramidenbündel in seinem Verlaufe im Grosshirnschenkelfusse betreffen. *R. K.*

Michele und Radice: Ueber das Vorkommen des Lustgarten-schen Bacillus in syphilitischen Geweben. (Monatshefte für Praktische Dermatologie Band XVII., Nr. 4.)

Von den 64 zur Untersuchung gelangten Präparaten (Periostitis gummosa radii, Gumma hepatis, Darmsyphilis, Gumma des

Myocards, Arteriosclerosis specifica etc.) ergaben 45 ein positives Resultat. Die Lokalisation des Bacillus in diesen inneren Organen lässt nicht wohl einen Zweifel aufkommen bezüglich Verwechslung mit dem Smegmabacillus. Der Bacillus lag gruppenweise angeordnet in Lymphspalten und -Gefässen, sozusagen nie aber in den Geweben zerstreut, innerhalb oder ausserhalb von Zellen. In Geweben aus früheren Stadien der Affektion waren die Bacillen viel zahlreichlicher vorhanden, als z. B. in Gummaten, wo sie nur an der Grenze von Kranken und Gesunden, nie aber im Centrum zu finden waren. In dieser Lokalisation des Pilzes finden Verfasser eine Erklärung für den Mechanismus der Quecksilberwirkung auf die Syphilis, indem dieser Körper auf dem Lymphwege resorbirt werde.

Oppenheim: Ueber atypische Formen der Gliosis spinalis. (Archiv f. Psych. XXV. 2.)

Während sich die typischen Fälle durch die Symptomentrias 1) Muskelatrophie, 2) partielle Empfindungslähmung, 3) vasomotorisch-trophische Störungen auszeichnen, gibt die verschiedenartige Localisation des Processes innerhalb des Rückenmarkes eine Reihe von Abweichungen vom typischen Krankheitsbilde.

Am wenigsten modificirt ist die Symptomatologie bei der Gliosis unilateralis. (Ergriffensein der grauen Substanz einer Seite.)

Häufiger ist doppelseitige Ausbreitung im Halsmark und Fortsetzung auf einer Seite im Dorsaltheil. Schwierig wird die Diagnose bei diffuser Ausbreitung des Processes im unteren Dorsalmark und Fortsetzung nach oben in einem Hinterhorn. Man hat das Bild einer transversalen Myelitis, während man die Sensibilitätsstörungen in der einen oberen Körperhälfte leicht übersehen kann. Bei Localisation in einer Hälfte des Lendenmarkes kommt es zur Atrophie eines Beines, die progressiv ist (dadurch von der Poliomyelitis zu unterscheiden), während die Verbreitung der Lähmung und die partielle Empfindungslähmung gegen Neuritis spricht.

Bei ungewöhnlich strangförmiger Verbreitung des Processes können der Tabes analoge Bilder entstehen. OPPENHEIM spricht von gliomatoser Pseudotabes, und theilt einen Fall mit, in welchem das typische Bild einer Tabes vorlag, die Section aber eine Gliosis nachwies, die mit Degeneration der Hinterstränge combinirt war. OPPENHEIM ist der Ansicht, dass diese Degeneration nicht eine zufällige Combination ist. Die Diagnose wird klarer, wenn der gliomatose Process auf das Halsmark (bes. dessen vordere Parthien) übergreift.

Zu den atypischen Formen zählt OPPENHEIM endlich auch die in der medulla oblongata localisirten, und zwar diejenigen, deren erste Symptome bulbäre sind. *R K*

Pontoppidan: Die Controle bei der Prostitution und die Ausbreitung der venerischen Krankheiten. (Hospitals-Tidende X 20. — Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 81, 1893.)

Verfasser stellt sich bei seinen Untersuchungen auf einen objectiven, practisch-medizinischen Standpunkt; er weist mit Zahlen nach, dass sich in Kopenhagen seit der strengeren Durchführung der Controle im Jahre 1886 die venerischen Krankheiten bedeutend vermindert haben, besonders die Syphilis und hauptsächlich ihr Vorkommen bei den Frauenzimmern. Als Material benutzte Verfasser die vom Stadtarzt veröffentlichten jährlichen Statistiken sowie die jährlichen Zahlen von 2 grossen Hospitälern. Daraus resultirt weiter eine bedeutende Abnahme der Erkrankungen beim Militär: von der ganzen Kopenhagener Garnison waren dienstuntauglich wegen Syphilis im Jahre 1885: 64 Mann, dagegen nur 22 im Jahre 1889.

Verfasser vergleicht diese Verhältnisse mit solchen in Staaten, wo die Controle bei der Prostitution aufgehoben wurde, das geschah in Italien vor 4 Jahren durch das CRISPI'sche Gesetz. Nach den Mittheilungen italienischer Aerzte und TARNOWSKY's haben die venerischen Krankheiten und besonders die Syphilis bei den Männern an Ausbreitung bedeutend seitdem zugenommen, was sich besonders beim Militär documentirt hat: die Anzahl der venerisch-kranken Soldaten, die ein Jahr vor Erlass des genannten Gesetzes 4·25% der Stärke des Heeres entsprochen hatte, stieg im folgenden Jahre auf 10·23%. Es wurde deshalb im Jahre 1891 das CRISPI'sche Gesetz aufgehoben und eine richtige, nicht ganze rigoröse Controle wieder eingeführt. Aehnliche traurige Erfahrungen hat man auch in Norwegen nach Aufhebung der Controle im Jahre 1888 gemacht; hier sprechen die Zahlen besonders für Syphilis eine deutliche Sprache: die primären Erkrankungen an Syphilis betrugen für die Stadt Christiania für das Jahr 1888 annähernd 182; 1889 — 1 Jahr nachdem die Controle aufgehoben war — 274 und im Jahre 1890 gar 473. Aus den Krankenhäusern von Christiania wurden in demselben Zeitraum als frische Syphilisfälle gemeldet: 1888 die Zahl 100, 1889 schon 140 und im Jahre 1890 gar 243. In Norwegen haben also ebenso wie in Italien die venerischen Krankheiten und besonders die frischen Fälle von Syphilis nach Aufhebung der Controle eine ungeheure Zunahme erfahren und es ist nach Verfasser's Ansicht nur eine Frage der Zeit, wann auch für dieses Land die Controle wird eingeführt werden müssen.

Dr. Brower: Die Behandlung Geisteskranker im Anfangsstadium. (Medical standard, Chicago).

Die mannigfaltigsten Umstände verhindern es oft, dass Geistesgestörte gleich bei Ausbruch ihrer Krankheit einem Irrenhause übergeben werden, und so vergeht nicht selten geraume Zeit, bis es möglich ist, die Kranken einer regelrechten Anstaltsbehandlung zuzuführen. Pflicht des praktischen Arztes ist es daher, gleich im Beginne einer solchen Krankheit energisch einzugreifen, was in vielen Fällen mit gutem Erfolge geschehen kann.

Psychosen verdanken oft genug ihre Entstehung einer «Auto-Infection» von seiten des Verdauungstractes, die Heftigkeit der Erscheinungen kann gemildert, und die Dauer der Krankheit abgekürzt werden durch sorgfältige Rücksichtnahme auf die etwa vorhandenen Störungen der Verdauung. Manchmal empfiehlt sich in solchen Fällen die innerliche Darreichung von Mitteln, welche den Darm desinficiren, als Salol, Salophen oder Bismutsalicylic.

Manchmal entstehen Geistesstörungen zweifellos aus träger Thätigkeit der Nieren und der Schweissdrüsen, oder sie werden wenigstens durch diese Umstände gefördert. Da muss dann die Function der Nieren sorgfältig überwacht, und eventuell die Secretion der Haut durch warme Bäder, nasse Einpackungen und geeignete Massage geregelt werden. Eine besondere Aufmerksamkeit des Arztes erfordert schon von Anbeginn die Ernährung des Kranken. Sowohl bei Depressions- als bei Erregungszuständen, namentlich aber bei den ersteren, nimmt der Kranke zumeist so wenig Nahrung zu sich, dass schon unter normalen Verhältnissen der Stoffwechsel leiden müsste, umsomehr bei Zuständen, welche, wie die eben erwähnten als Folge mangelhafter Ernährung des Gehirn's aufzufassen sind. Man muss den Kranken anfangs auf dem Wege der Ueberredung veranlassen, dass er möglichst viel und Nahrhaftes zu sich nehme, im Weigerungsfalle ist jedoch sofort zur künstlichen Ernährung (durch die Nase) überzugehen.

Der nächste wichtige Umstand ist ausgiebiger Schlaf, wobei man sich aber wohl hüten muss, die Kranken in einen permanent narcotischen Zustand zu versetzen, oder durch die dargereichten Mittel ihren Magen zu verderben. Man muss da wohl zweierlei Typen unterscheiden, den deprisiven und den durch manische Stimmung charakterisirten. Bei Fällen der ersteren Art sind gewisse Schlafmittel, wie Brompräparate und Chloralhydrate nicht angezeigt, wogegen sich Hyoscin, welches sich schon durch Geschmacklosigkeit empfiehlt, ausgezeichnete Dienste leistet.

Opium, besonders wenn es seines eigenthümlichen Geruches, der vielen Kranken zuwider ist, beraubt wird, ebenso wie grosse Codeindosen, erzeugen meist bei Melancholischen guten Schlaf. Bei den manischen Formen wieder gibt eine Mischung von Brompräparaten mit Chloralhydrat zu gleichen Theilen gute Erfolge.

Besondere Aufmerksamkeit ist stets den Verhältnissen der Menstruation zu widmen; bei Geistesstörungen im Anschlusse an das Puerperium ist der Zustand des Uterus sorgfältigst zu überwachen. *A. P.*

Albert Carrier (Detroit): **Die Behandlung des Ekzems bei Knaben.** (Medical record. 16. Sept. 1893.)

Der Verfasser stellt die Behauptung auf, dass viele der kindlichen Ekzeme, die Arzt und Umgebung durch ihre lange Dauer quälen, bei sorgfältiger Behandlung und Pflege in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen seien.

Dass sie überhaupt so oft vorkommen, daran sei die ungeeignete wenig zarte Fürsorge schuld, die bei Neugeborenen geübt wird. Er legt grosses Gewicht auf geeignete Diät und will häufig günstigen Einfluss auf das Ekzem von leichten Diureticis und salinischen Abführmitteln gesehen haben; indessen bleiben viele Ekzeme, auch wenn die «diätetische Ursache» (?) beseitigt ist, bestehen, weil die Haut «daran gewöhnt» ist, und da muss denn doch die locale Application von Arzneimitteln vorgenommen werden.

Das diesbezüglich vom Verfasser Empfohlene enthält zum grossen Theil allgemein Bekanntes.

Hervorgehoben sei die Empfehlung von Antisepticis bei jedem pustulösen, von mercuriellen Mitteln bei jedem mit Infiltration einhergehenden, von «liquor carbonis detergens» bei von Pruritis begleitetem Ekzem. *O. R.*

Collius: Ueber paraesthetische Neurosen. (Medic. Standard, Chicago, 1893, Nr. 3.)

COLLIUS beschreibt Paraesthesien der oberen Extremitäten in paroxysmatischen Unfällen bei sonst gesunden Personen, welche die Hände viel mit Wasser in Berührung bringen, insbesondere bei Wäscherinnen, Dienstmädchen. Aehnliche Anfälle finden sich bei Näherinnen. Sie bestehen in leicht nagenden oder bohrenden Sensationen der Vorderarme und Hände, auch in feinen Nadelstichen und treten besonders Nachts oder vielmehr in den ersten Morgenstunden auf, wo sie die von dem Uebel Befallenen aus dem Schlafe wecken, seltener am Nachmittage. Sie erstrecken sich nicht auf ein isolirtes Nervengebiet, sondern auf die ganze Extremität. Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen fehlen. Desgleichen eigentliche Schmerzen. Schlechte Ernährung und sonstige ungünstige Lebensbedingungen scheinen zu dem Uebel zu prädisponiren. Bei Veränderung der Lebensweise, insbesondere Fernhalten von den ursächlichen Schädlichkeiten, wie Waschen oder Nähen, schwinden die Anfälle bald. Auch von der Anwendung des faradischen Stromes sah COLLIUS gute Erfolge. *W. Sch.*

Huchard: Ueber nervöse Asystolie (Revue Générale de clinique et de thérapeutique Nr. 39, 1893.)

Unter Asystolie versteht HUCHARD nicht das Symptom des Fehlens des ersten Herztones, sondern ganz allgemeine Zustände höchster Verwirrung in der Regulirung der Herzthätigkeit. Er trennt scharf eine «Asystolie cardio-vasculaire» von einer «Asystolie nerveuse».

Erstere entspricht dem Stadium vollständiger Incompensation eines organischen Herzfehlers mit Oedemen, Ascites, Cyanose, quälender Athemnoth, unfühlbaren Puls.

Unter langsamer Steigerung dieser Erscheinungen erfolgt der Tod meist langsam durch chronische Kohlensäureintoxication des Organismus.

Als Typus der nervösen Asystolie können die schweren Fälle von essentieller Tachycardie gelten. Im Vordergrunde steht die Pulsbeschleunigung, Präcordialschmerz, Beklemmung bei Fehlen von Oedemen. Der Tod kann blitzartig durch Syncope erfolgen.

Der Puls ist unfühlbar oder unregelmässig arythmisch bei der cardio-vasculären Asystolie, bei der nervösen Asystolie ist blos die Pulsfrequenz vermehrt, Unregelmässigkeiten des Pulses zeigen dagegen bestimmten Typus, als Pulsus bigeminus, trigeminus.

Dort handelt es sich um mechanische Kreislaufstörungen, verminderten Arteriendruck, erhöhte venöse Spannung, hier um eine schwere Verwirrung in der nervösen Steuerung der Herzbewegungen.

Aus der unvollständigen Entleerung des Herzens bei allen häufigen Contractionen erklärt sich das acute Auftreten von Herzerweiterung bei Basedow, insbesondere des rechten Herzens mit seinen schwächeren Wandungen; in extremen Fällen resultirt daraus eine relative Insufficienz der Tricuspidalklappen — wofür einige Fälle von FRIEDREICH angeführt werden — mit consecutiven Incompensationserscheinungen im grossen Kreislaufe. Hier geht die Asystole nerveuse direct in die Asystolie cardio-vasculaire mit ihren Symptomen über.

Aber auch bei geringeren Graden der Ueberfüllung des rechten Herzens ergibt sich Stauung im Lungenkreislaufe. Dies erklärt das häufige und frühzeitige Auftreten von acutem Lungenödem bei den nervösen Fällen.

Als Aetiologie kommt der BASEDOW'sche Symptomencomplex in Betracht. Andererseits Fälle von Vagusneuritis und von Vaguscompression, endlich Läsionen des Vaguskernes im verlängerten Mark.

Insbesondere weist HUCHARD auf die Verkäsung der Tracheobronchialen Lymphdrüsen hin, welche neben Mediastinaltumoren und Aneurysmen, durch Uebergreifen auf den Vagusstamm die häufige Ursache von Neuritis des Vagus mit nachfolgender Tachycardie bilden.

In therapeutischer Beziehung versagt das Digitalis, weil es hauptsächlich auf den Herzmuskel und auf die nervösen Apparate im Herzen selbst wirken soll. (?) Wirksam sind dagegen alle Mittel, welche auch auf die centralen Nervenorgane wirken, als Coffein, Ergotin, Strychnin. Auch von der Anwendung mässig starker faradischer Ströme — eine Elektrode am Sternum, die andere am Halse in der Nähe des Vagusstammes — sah HUCHARD günstige Beeinflussung der nervösen Tachycardie. *W. Sch.*

Brigidi: Das Epithelioma cysticum und einige Bemerkungen über die Pathogenese des Carcinoms. (Gazzetta d. Ospitali. 1893. Nr. 104.)

Verfasser behauptet, dass häufig als Parasiten des Carcinoms migratorische Zellen, rothe Blutkörperchen, Producte der Zellenkerntheilung und der Degeneration des Epithels beschrieben worden sind, während umgekehrt wirkliche Parasiten mit andern Körpern verwechselt wurden. Die Präparate BRIGIDI's zeigen in der That, dass in und zwischen den Epithelzellen des Carcinoms sich Körperchen *sui generis* finden, die die histologischen Merkmale der Protozoen aufweisen. Diese Körperchen sind deutlich in den verschiedenen Entwicklungsphasen und in grosser Menge zu sehen. Von den Präparaten rühren einige von oberflächlichem Lippenepitheliom, andere vom Carcinom der Glans her.

Betreffs der pathogenen Bedeutung solcher Körper, ist Verfasser der Ansicht, dass man in der Beurtheilung äusserst vorsichtig sein müsse, und dass man sie nicht ohne Weiters als parasitären Ursprungs erklären und als die specifische Ursache der Carcinome betrachten solle. Es fehlen noch positive Ergebnisse.

Unter den Hautepitheliomen sind die cystischen Neoplasmen selten; bei einem Tumor dieser Art hat Verfasser nicht jene Körper nachweisen können, die für Coccidien gehalten werden. Das fragliche Neoplasma rührte sicher von embryonalen Keimen her, die sich wahrscheinlich vom Rete Malpighii losgelöst haben, und in seinen ersten Stadien war es ein reines Papillom mit der Besonderheit, dass die verzweigten Papillen statt an der Hautoberfläche sich zu entwickeln, in das Derma sich vertieften, wo in Folge Degeneration des Epithelgewebes kleine Cysten sich bildeten, den Präparaten von diesen Stellen ein dem Bilde der Schweissdrüsen ähnliches Aussehen, mit denen sie auch möglicherweise hätten verwechselt werden können, verleihend. *A. D.*

Dr. Josef Czajkowski: Berufskrankheiten. Zinkintoxication. (Gazeta Lekarska 21, 22, 24, 1893.)

Als Kohlenberg- und Zinkhüttenwerksarzt verfügte CZAJKOWSKI über ein reichliches klinisches Material dieser Berufskrankheiten. Bedenkt man, dass metallisches Zink der Wirkung schwacher organischer Säuren und selbst des Wassers leicht unterliegt, so kann man sich auch die Entstehung chronischer Zinkvergiftung bei längerem Gebrauche von in Zinkgefässen aufbewahrten Getränken und Speisen leicht vorstellen, daher auch vereinzelte Fälle solcher Vergiftungen nicht gar so selten sind.

Wegen des leichten Eindringens der Zinkdämpfe in den Blutkreislauf sind es hauptsächlich diese, welche die acuten allgemeinen Erscheinungen hervorrufen und in den (62) Beobachtungen des Verfassers, bildeten sie auch die einzige Ursache des Zinkfiebers, da Beimengungen anderer Dämpfe fast gar nicht in Betracht kamen. Der Einfluss des metallischen Zinkstaubes auf die Entstehung dieses Fiebers ist sehr problematisch, da dieser nicht direct in den Blutkreislauf gelangen kann. Diese Krankheit setzt plötzlich, ohne Vorboten mit heftigen Kopf- und Muskelschmerzen und Opression an der Brust ein. Nach 1—2 Stunden heftige Schüttelfröste und darauf hohe 39—40° C. erreichende Hitze, trockene heisse Haut, trockener Husten, heftige Brustschmerzen. Nach einigen Stunden unter reichlichen Schweissen Rücktritt des Fiebers. Manchmal tritt kurz darauf ein zweiter, schwächerer Fieberanfall auf, mit denselben, aber schwächeren Symptomen, der wie der erste bald unter Schweiss endigt. — Die Diagnose stützt sich: 1. auf den plötzlichen Ausbruch, 2. auf die objectiven und subjectiven Symptome, 3. Auf die Kenntniss der Beschäftigung des Patienten, 4. auf den Verlauf der Krankheit. Besonders wichtig für die Diagnose ist der Mangel von Veränderungen an den inneren Organen. Der Ausgang ist gewöhnlich günstig, ob immer, erscheint zweifelhaft, umsomehr als CZAJKOWSKI zwei Todesfälle dabei beobachtet hat.

Acute Vergiftung mit Zinkoxyd wurde nur selten und meist an in Zinkbleichefabriken beschäftigten Arbeitern beobachtet und äusserte sich weniger intensiv, in mehr abortiver Form meist durch locale Symptome: Reizung der Schleimhaut des Magens und der Gedärme, Erbrechen, Durchfall, Kopf-, Muskel- und Brustschmerzen.

Therapeutisch am wirksamsten gegen das Zinkfieber erwies sich JK, JNa, Opiumpräparate und strenge Milchdiät. Am wichtigsten ist die Vermeidung der Noxe.

Die chronische Zinkvergiftung tritt gewöhnlich nach einer 10jährigen Beschäftigung in diesen Anstalten auf und äussert sich anfangs in schlechter Ernährung, Atrophie der Haut und der Muskeln, graulichgelbe Verfärbung der Haut, Blässe der Schleimhäute, zu denen sich später verschiedene nervöse Störungen hinzugesellen, die an Tabes dorsualis erinnern und in einem eigenthümlichen Gang. Verschieden oft wurden ferner beobachtet, bald vereinzelt, bald combinirt Myalgien, Ostalgien, Arthralgien, Gastralgien, Encephalopathien, Neuralgien, Paresen und Koliken. Der Tod erfolgt an Cachexie oder an einer intercurrenten Krankheit. In einem Falle traten die Koliken in der Blasengegend auf und die vorausgegangenen wie die begleitenden Umstände, wiesen auf krankhafte Veränderungen in der Blase hin, wahrscheinlich abhängig von der Zinkvergiftung. Der frisch gelassene Urin enthielt nämlich reines, unverändertes Blut. Unter dem Mikroskope fand man neben rothen Blutkörperchen Leukocyten, Schleimkörperchen, Blasenepithelzellen.

Sehr oft wurde bei solchen Patienten Abnahme der geistigen Fähigkeiten und eine an Melancholie grenzende psychische Depression beobachtet, die vielleicht mit der toxischen Wirkung des Metalles im ursächlichen Zusammenhange steht.

Für die Differenzialdiagnose von der ähnlichen chronischen Bleiintoxication ist wichtig: 1. der Mangel eines cyanotischen oder blauschwarzen Streifens am Rande des Zahnfleisches und der schwärzlichen Verfärbung der Mundhöhlenschleimhaut, 2. des süsslich adstringirenden Geschmackes, 3. das Fötorexore, 4. die Localisirung der Atrophie und der Paresen bei der chronischen Bleivergiftung an den oberen Extremitäten, die bei der chronischen Zinkvergiftung nur selten afficirt sind und 5. der Verlauf, namentlich das frühzeitige Eintreten der Koliken bei der Blei-, das später bei der Zinkvergiftung. Die Prognose hängt davon ab, ob und wann die Beschäftigung aufgegeben wird.

Die Behandlung bezweckt, die Eiweissverbindungen des Metalles zu zerlegen, die Secretionen zu fördern. JK, JNa, 0 5—0 8 2—3 Mal täglich, überwiegende Milchdiät neben warmen Bädern, hatten oft erstaunende Wirkung auf manche Symptome.

Die Koliken und die Kopfschmerzen hingegen konnten nur durch die Abstellung der Beschäftigung günstig beeinflusst werden.

Sp.

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

Original-Correspondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Berlin, den 25 October 1893.

Das 50jährige Doctoren-Jubiläum Rudolf Virchow's.

In dem Heim der Berliner medicinischen Gesellschaft, dem Langenbeckhause, sahen wir heute Abend eine Festversammlung, wie sie kaum zur Einweihung des Hauses, oder aus ähnlichen Anlässen je stattgefunden hat.

Wahrlich eine erhebende, uns Allen unvergessliche Feier! Sie galt der, in aller Stille vorbereiteten, Proclamirung VIRCHOW's zum Ehrenpräsidenten der Gesellschaft.

Aus diesem Anlasse war der Sitzungssaal festlich decorirt; die Präsidialtribüne und Demonstrationstafel prangten in herrlichem Blumenschmucke.

Prof. v. BERGMANN führte den Vorsitzenden und nunmehrigen Ehrenpräsidenten an seinen Sitz. Ein minutenlang anhaltender Beifallssturm erfüllte den Raum, sobald VIRCHOW erschien. Alle Anwesenden erhoben sich von ihren Sitzen und hörten stehend die Begrüssungsrede BERGMANN's an.

Der Redner wies auf die Bedeutung dieses Ehrentages in dem Leben VIRCHOW's hin und auf die besondere Veranlassung, welche die Medicinische Gesellschaft, deren Vorsitzender der Jubilar seit einem Vierteljahrhundert sei, gehabt habe, ihn zum Ehrenpräsidenten zu ernennen. Zweierlei habe, so führte der Redner aus, der verehrte Vorsitzende bei seiner Leitung der Verhandlungen stets im Auge gehabt; einmal, dass die Gesellschaft nicht in eine Anzahl von Specialgesellschaften zerfasere, und zweitens, dass es den Mitgliedern der Gesellschaft stets in lebendigem Bewusstsein erhalten bleibe, wie das Ansehen und die Bedeutung des Arztes nur in seiner engen Verbindung mit der Wissenschaft fest wurzle. Ein reiches, von ungewöhnlichen wissenschaftlichen Erfolgen erfülltes Leben liege hinter ihm. Das seltene Glück, auf zwei biologischen Gebieten bahnbrechend und fördernd gewirkt zu haben, sei dem Jubilar zu Theil geworden, und die Zeit, da er die Leitung der Medicinischen Gesellschaft übernommen, sei für sie eine Zeit des Glanzes gewesen. Was er auf dem Gebiete der allgemeinen Pathologie, der pathologischen Anatomie, der Seuchenlehre, der öffentlichen Gesundheitspflege geleistet, davon sei kein Wort verloren gegangen, es sei vielmehr allgemeines Besitzthum der Wissenschaft, wie der ärztlichen Thätigkeit geworden. Des zum Gedenken habe die Medicinische Gesellschaft beschlossen, ihren allverehrten Präsidenten, auf dessen Geschäftsleitung sie nach wie vor sicher zählen dürfte, zu ihrem Ehrenpräsidenten zu ernennen und ergebe sich der bestimmten Hoffnung hin, dass er der Medicinischen Gesellschaft nicht versagen werde, was er der biologischen gewährt habe. Nachdem v. BERGMANN die prächtige Adresse VIRCHOW übergeben hatte, forderte er die Versammlung auf, in ein dreimaliges «Hoch» auf VIRCHOW einzustimmen.

Der Jubilar dankte in herzlichen Worten den Collegen für diesen neuen Beweis von Liebe und Verehrung. Er meinte, dass der Ehren und Würden genug auf sein Haupt geschüttet seien, und um nicht neuen «Versuchungen» sich ausgesetzt zu sehen, habe er sich an seinem fünfzigjährigen Doctorjubiläumstage von Berlin abseits gehalten. Allein seine Absicht, neuen Ehrenbezeugungen zu entgehen, sei nicht erfüllt worden. Die Medicinische Gesellschaft habe es sogar verstanden, das Mass der auf ihn gehäuften Ehren, das keiner Erweiterung mehr fähig zu sein schien, doch noch um eine neue Ehrenbezeugung auszudehnen. Und so bleibe ihm denn nichts weiter übrig, als die neue Würde anzunehmen. Im Laufe seiner Beantwortungsrede wies VIRCHOW auf seine Doctordissertation hin und hob besonders hervor, wie ausserordentlich viel die Medicin der Tradition verdanke. Er gedachte der grossen Männer SCHWANN, JOHANNES MÜLLER, FRORIEP, denen er so viel verdanke und deren Wegen er gefolgt sei. Sodann ging er zu einer Betrachtung anderer Art über, nämlich zu der Entwicklung der äusserlichen ärztlichen Verhältnisse, die von manchen Seiten her bedroht seien. Er habe sich stets nicht blos als Forscher und Gelehrter, sondern als Arzt gefühlt, und es sei alle Zeit sein Streben gewesen, dem

ärztlichen Berufe zu dem ihm gebührenden Ansehen zu verhelfen. Manches sei erreicht. Noch Vieles sei indessen zu erstreben. Nur, wenn Alle zusammenhielten, würden die Schwierigkeiten überwunden sein. Stets sollen die Aerzte dessen eingedenk sein und bleiben, dass sie in der Pflege der Wissenschaft und der Humanität ihren wahren Beruf zu erblicken hätten. Als VIRCHOW die Andeutung machte, er sehe in dem Ehrenpräsidenten einen Präsidenten «a. D.», da tönte ihm aus allen Reihen ein nicht misszuverstehendes «Nein» entgegen. Die schöne Rede VIRCHOW's rief den stürmischesten Beifall hervor.

Hierauf übernahm der Ehrenpräsident die Leitung der Sitzung und ertheilte seinem langjährigen Freunde und Nachfolger in dem Lehramte für pathologische Anatomie an der Würzburger Hochschule, Prof. RINDFLEISCH, das Wort. Dieser knüpfte an einen am 24. Mai 1851 in der Würzburger Gesellschaft für Naturforschung von VIRCHOW gehaltenen Vortrag «über den Kretinismus in Unterfranken» an und demonstrirte an einem sehr merkwürdigen Schädel, der einem elfjährigen Kinde angehörte, die Richtigkeit gewisser Lehren VIRCHOW's über die Entstehung von Schädelverbildungen und die Beziehungen der Gehirnentwicklungen zu ihnen. Wir müssen darauf verzichten, den fachwissenschaftlichen Theil der Rede an dieser Stelle des Weiteren zu erörtern. Zum Schlusse verlas Prof RINDFLEISCH eine überaus herzlich abgefasste Begrüssungsadresse der Würzburger medicinischen Facultät. In schönen, tiefempfundenen Worten gedachte die Falcultät jener unvergesslichen Zeit von 1849—1856 da es ihr vergönnt war, VIRCHOW unter die Zahl ihrer Lehrer aufzunehmen. Nur einer sei noch aus der Zahl jener Männer, die mit VIRCHOW zusammen gewirkt, am Leben, nämlich ALBERT v. KÖLLIKER. Dessen ganz besondere Grüsse habe er nun dem Jubilar zu übermitteln. Sichtlich gerührt nahm VIRCHOW die ihm dargebotene kunstvolle Adresse entgegen und erwiderte in wenigen, ungemein herzlichen Worten seinem «lieben Freunde» RINDFLEISCH, dem er seine innigsten Grüsse an alle Mitglieder der Würzburger Facultät, namentlich an den grossen KÖLLIKER, von dem der so Vieles gelernt habe, auftrug.

Sodann ergriff Prof. PONFICK-Breslau, Assistent des Jubilars aus den 70er Jahren, das Wort zu einem Beitrage zur Metastasen-Lehre. Er wies an einer grossen Reihe von Knochenpräparaten nach, dass Bacterien, die an irgend einer peripheren Stelle des Körpers Eingang gefunden haben, schliesslich im Knochen, und zwar am ehesten an den unteren Schichten des Periost haften bleiben und hier unter Umständen krankhafte Processe hervorrufen, deren Zusammenhang mit dem ersten Leiden bisher nicht aufgeklärt war. PONFICK bezeichnete seine Funde als Ausläufer der von VIRCHOW begründeten Metastasen-Lehre. Am Schlusse seines Vortrages überbrachte PONFICK die Glückwünsche der Breslauer medicinischen Facultät. *K.*

Briefe aus Ungarn.

(Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Ende October 1893.

Das öffentliche Sanitätswesen, welches in Ungarn ansonst mehrweniger als Stiefkind betrachtet und behandelt wurde, ist von der Zeit an, als HIERONYMI die Ministerschaft der inneren Angelegenheiten angetreten hat, wohin bei uns auch das Medizinalwesen gehört, zu einem förmlichen Enfant gatée herangewachsen. Man kann mit Recht sagen: das Sanitätswesen ist die Lieblingsidee, eine Specialität des gegenwärtigen Bürgermeisters, die sein fachkundiger Adlatus Dr. CHYZER mit den gedeihlichsten und mannigfaltigsten Vorschlägen eifrigst unterstützt. In der Sanitätsabtheilung unseres jetzigen Ministeriums des Innern ist jener schleppende Gang verschwunden, der sich früher im bureaukratischen Leben so heimisch gefühlt, denn jetzt folgt die ausführende That der sich ergebenden Nothwendigkeit allsogleich auf den Fuss: es wird nicht mehr so viel hin- und hergeschrieben, es wird nicht selten auch mündlich und thatsächlich decretirt, und so dem vorliegenden Uebel vorgebeugt oder rasch abgeholfen.

Gegenwärtig wollen wir nur des Berichtes gedenken, den HIERONYMI über die Sanitätsverhältnisse des Jahres 1892 dem ungarischen Landtag vorgelegt hat. Nach der bisherigen Gepflogenheit wäre wohl der Bericht vom Jahre 1888 an der Reihe gewesen, da der letzte Ausweis seines Vorgängers vom Jahre 1887 datirt; HIERONYMI erwartet jedoch mehr Resultate durch Kennzeichnung der unmittelbaren Vergangenheit und wird auch fortan den Sanitätsbericht des abgelaufenen Vorjahres erlegen. Einige Daten des Berichtes, welche auch für den ausländischen Leser von Interesse sein dürften, lassen wir hier kurz folgen:

Es wird mit Befriedigung constatirt, dass das Wechselfieber, welches auf den an Flüssen gelegenen grossen Ebenen des Landes endemisch gewesen, zufolge der Flussregulirungen den «endemischen Charakter» verloren hat und von den meisten Gegenden Nieder-Ungarns fast verschwunden ist.

An der asiatischen Cholera sind im vorigen Jahre in Budapest 889 Personen erkrankt und 499 gestorben. Im ganzen Lande, wo die Krankheit hauptsächlich den Flüssen entlang sich verbreitete, ist dieselbe in 24 Comitaten und 188 Städten und Gemeinden mit 2463 Erkrankungen und 1344 Todesfällen aufgetreten.

Die Zahl der Trachoma-Erkrankungen hat wohl abgenommen, jedoch nur sehr langsam; die grössten Resultate wurden im Klausenburger Comitate erzielt, wo seit 1887 Epidemieärzte bestellt sind und wo die Zahl der wirklichen Trachomakranken in den letzten fünf Jahren von 426 auf 48 reducirt wurde.

Die Vermehrung des ärztlichen Personals ist in Ungarn eine verhältnissmässig geringe und erreicht kaum die Zahl 100 jährlich. Im ganzen Lande waren im Jahre 1892 thätig 3556 Aerzte und 491 Wundärzte, insgesammt also 4047, was im Verhältniss zur Einwohnerzahl ungenügend erscheint, da auf 1000 Einwohner nur 2·66 Aerzte kommen, während in Oesterreich 3·16 und in Deutschland 4·15. An Hebammen herrscht gleichfalls Mangel, gegenwärtig befinden sich in Ungarn 7570; hingegen hat die Anzahl der Apotheken in den letzten fünf Jahren zugenommen, es bestanden Ende des vorigen Jahres 1186, somit auf 12.418 Einwohner und auf 2289 Quadratkilometer je eine Apotheke. Auch das Spitalswesen ist bedeutend vorgeschritten, im Ganzen verfügt Ungarn über 14.535 Spitals-Belegräume. Die Mortalität beträgt durchschnittlich 7·15%; im Ganzen sind 500439 Todesfälle vorgekommen, von welchen 25·5% ärztlich verpflegt wurden.

Die Frequenz der ungarischen Cur- und Badeorte hat sich im Verhältnisse zu den früheren Jahren bedeutend gehoben; in 122 Bädern und klimatischen Curorten sind 77.483 ständige Curgäste und 509.498 Passanten verzeichnet worden.

Dass Minister HIERONYMI auch für die materiellen Interessen der praktischen Aerzte bedacht ist, hat er wieder einmal damit bewiesen, dass er es erst ist, der den längst bemängelten, den ärztlichen Stand fast beschämenden, noch von 1826 herstammenden Gebühren-Tarif für die ärztlichen Leistungen und Verrichtungen ausser Kraft setzen und durch einen neuen zeitgemässen und befriedigenden ersetzen will. Mit der Aufstellung dieses Tarifes hat der Minister schon Anfang dieses Jahres den Landes-Sanitätsrath betraut, den bereits stipulirten auch unverändert angenommen, vor endgiltiger Erledigung denselben jedoch auch noch der «Budapester königl. Gesellschaft der Aerzte» zur Begutachtung herabgesendet.

Die genannte «Gesellschaft» hat nach den langen Ferien ihre regelmässigen Sitzungen wieder aufgenommen. Aus der ersten derselben registriren wir folgende Preisausschreibungen für den nächsten zweijährigen Cyclus: 1. Es mögen über die Wirkung des Blutes auf Grund von Thierexperimenten Untersuchungen angestellt werden; Preis 340 fl. 2. 600 fl. für das zwischen 1. Juni 1893 und 31. Mai 1895 in ungarischer Sprache erschienene beste medizinische Werk. 3. 1000 fl. für die beste zwischen 1. Juli 1893 und 31. Mai 1895 auf dem Gebiete der Hygiene, Bacteriologie und gerichtliche Medizin erschienene Arbeit. Auch der ständige Central-Ausschuss der «Wanderversammlung ungarischer Naturforscher und Aerzte» hat einen Preis von 100 Ducaten auf eine «Landwirthschaftliche Zoologie» und einen von 200 fl. für die «wissenschaftliche Lösung der Meteorologie Ungarns» ausgeschrieben. Die nächste Wanderversammlung wird in Fünfkirchen, die zweitnächste anlässlich der Milleniumfeier im Jahre 1896 in Budapest abgehalten werden. *H. Mangold*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Innsbruck. Der Privatdocent an der Universität in Innsbruck, Dr. Franz Torggler, ist zum Professor der Geburtshilfe an der Hebammenschule zu Klagenfurt ernannt worden.

— Krakau. Dr. Skroczynski habilitirte sich als Privatdocent für Augenheilkunde an der Universität in Krakau.

— Karlsbad. Am 15. v. M. feierte der älteste Karlsbader Curarzt Dr. Gallus Ritter von Hochberger, seinen 90. Geburtstag.

— Dresden. Die Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden ernannte anlässlich der Feier ihres 75jährigen Jubiläums Herrn Hofrath Prof. Dr. Oertel in München zum Ehrenmitglied.

— Kiel. Dr. Georg Hoppe-Seyler ist zum ordentlichen Professor an der medicinischen Facultät ernannt worden.

— London. Der Kliniker Sir Andrew Clark hat einen Schlaganfall erlitten.

— Belfast. Dr. Johnson Symington in Edinburg, der Verfasser des bekannten Atlas der topographischen Anatomie des Kindes, wurde zum Professor der Anatomie an Queen's College in Belfast ernannt. — Dr. W. H. Thomas, ein Schüler Ludwig's, erhielt die Dunville-Professur für Physiologie.

— Edinburgh. Die Jahresversammlung des British Institute of Public Health zu Edinburgh ernannte Herrn Geheimrath von Pettenkofer zum Ehrenmitglied.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 3. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte brachte der Vorsitzende, Hofrath Prof. Dittel, zwei Glückwunschtelegramme von Prof. v. Eiselsberg und Hans Chiari zur Verlesung, worauf er in warmen Worten der verstorbenen Mitglieder Dr. Ulrich und Oberstabsarzt Dr. Fillenbaum gedachte, deren Andenken die Gesellschaft durch Erheben von den Sitzen ehrte. Prof. Lang demonstrirt hierauf eine Patientin, bei der er eine ausgedehnte Transplantation am Unterschenkel vorgenommen hatte, worauf Prof. Weinlechner einen Fall von operirter Cyste des Unterkiefers und einen 52jährigen Mann demonstrirt, bei dem ein Neoplasma aus dem Rachen entfernt wurde. Prof. Chrobak hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Erfolge der Adnexoperationen», in welchem er an der Hand statistischer Daten, sowie des ihm so zahlreich zur Verfügung stehenden Materiales, seine Indicationsstellung präcisirte, sowie die wahren und Scheinerfolge deutlich klarlegte. Vortragender begrüsst es als günstiges Omen, dass der erste Vortrag im neuen Hause einem Specialfache entstamme und spricht den Wunsch aus, dass im neuen Hause die einzelnen Specialfächer wieder ihren inneren Zusammenhang finden mögen. Der interessante Vortrag erscheint in der nächsten Nummer dieses Blattes. — Das med. Doctorencollegium hält am Montag den 6. November seine Eröffnungssitzung ab, u. zw. im Sitzungssaale der österr. Gesellschaft vom rothen Kreuze (I., Herrengasse 23), wobei Prof. Lang einen Vortrag hält: «Ueber succesive chronisch-intermittirende Behandlung der Syphilis».

— Berlin. Virchow-Jubiläum. Die Academie der Wissenschaften in Berlin hat zum 50jährigen Doctor-Jubiläum an Rudolf Virchow eine Adresse gerichtet, die, von Prof. Hermann Munk verfasst, eine knappe Würdigung der wissenschaftlichen Lebensarbeit des Gefeierten enthält. — Die letzte Sitzung der Anthropologischen Gesellschaft gestaltete sich in ihrem ersten Theile zu einer Huldigung für Virchow, den Begründer und jetzigen Ehrenpräsidenten, zugleich wirklichen Präsidenten der Gesellschaft. Geheimrath Prof. Dr. Waldeyer hielt eine Ansprache, in welcher er der Bedeutung des Tages für die anthropologische Gesellschaft warme Worte verlieh. Sodann überreichte er dem Jubilar eine Adresse, in welcher die Glückwünsche der Gesellschaft niedergelegt sind.

* Havanna. Preisausschreibung. Von der Havannesischen Academie der medicinischen-, physikalischen- und Naturwissenschaften sind folgende zwei Preisaufgaben für 1893—94 veröffentlicht worden. 1. Preis, Goyri y Adot: Ueber Krankheiten der warmen Länder, insbesondere über die chronische Diarrhoe (enfermedades de los paises cálidos y con preferencia sobre la diarrea crónica). Der Preis besteht in 700 Pesos in Gold. 2. Preis, «Canongo»: Medicinische Topographie der Stadt Havanna bezüglich der Tuberculose, des Sumpffiebers, Typhus und gelben Fiebers. Preis 250 Pesos in Gold. Der letzte Termin für Einsendung der Arbeiten ist auf den 30. April 1894 festgesetzt und sind dieselben an den Generalsecretär der Academie, Dr. Louis Montané, Calle de Cuba, exconvento de San Augustin, Habana zu adressiren. (Revista de medicina y cirurgia prácticas.)

* Todesfälle. In Wiesbaden Prof. Dr. Frerichs, einer der bekanntesten dortigen Aerzte, Neffe des verstorbenen Geheimrathes v. Frerichs in Berlin, 40 Jahre alt. — In Hannover Dr. Lyman Bartlett Howe, ehem. Professor der Anatomie am Darmouth Medical College.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Der am 24. October in Wien in das Kaiser Franz Joseph-Spital gebrachte Matrose Ferdinand Stepan ist am 27. October Nachmittags gestorben. Die Abnahme der Zahl neuer Choleraerkrankungen in Galizien, welche in der vorigen Woche eingetreten war, dauerte auch noch während der letzten Woche (24. bis 31. October) an. — In Ungarn hat die Cholera sich während der Vorwoche vom 11. bis 17. October wieder weiter ausgebreitet und eine grössere Zahl von Erkrankungen herbeigeführt, nämlich in 73 Gemeinden 274 Erkrankungs- und 136 Todesfälle. — Bosnien und Herzegovina. In der Woche vom 14.—21 October sind in der Stadt Brčka 20 Personen an Cholera erkrankt, 10 gestorben, in verschiedenen Orten des Kreises Dolnja Tuzla 72 Choleratodesfälle angezeigt worden. — Deutsches Reich. Vom 15—21. October wurden im Odergebiete, Stettin und im Elbestromgebiete einzelne Erkrankungs- und Todesfälle an besonderen Stellen gemeldet. — Niederlande. Vom 10. bis 19. October wurden aus der Provinz Over-Yssel 8, aus der Provinz Drenthe 2 Cholerafälle gemeldet. — Belgien. Zwischen 1. und 16. October kamen Choleraerkrankungen (Todesfälle) vor: in Antwerpen 5 (3), Boom 4 (0), Willebröck 1 (0), Dampremy 8 (4), Charleroi 1 (1), ausserdem 8 (4) Verdachtsfälle. — Italien. In Livorno und in Messina soll die Cholera erloschen sein. Aus Palermo wurden vom 22. bis 27. October 65 Erkrankungs- und 36 Todesfälle gemeldet. In Rom kamen einzelne verdächtige Fälle vor. — Türkei. In Constantinopel hat sich die sanitäre Situation nicht geändert, die Choleraerkrankungen treten in beschränkter Zahl und in den verschiedensten Gegenden auf, ohne dass es bisher ausser in der Irrenanstalt in Skutari, und in der Kaserne in Haidarpascha zu einer epidemischen Ausbreitung kam.

Konkurs.

Bei der Stadtgemeinde in Priedor (Bosnien) gelangt mit 1. Jänner 1894 die Stelle des Stadtarztes mit dem systemisirten Bezuge von jährlich 1200 fl. zur Neubesetzung.

Die P. T. Bewerber wollen ihre vorschriftsmässig gestempelten, mit den entsprechenden Zeugnissen instruirten Gesuche, längstens bis Ende November l. J. bei dem genannten Gemeindeamte einbringen.

Gemeinde-Amt
Priedor, Bosnien, am 20. Oktober 1893.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstelle zu Unterdrauburg (Kärnten) mit einer Jahresremuneration von 550 fl. Dem Inhaber derselben kann eine Wohnung von 4 Zimmern mit Zugehör und einem Gemüsegarten gegen einen Jahreszins von 150 fl. zur Verfügung gestellt werden. Verpflichtung: Führung einer Hausapotheke und Einhaltung einer 2 monatlichen Kündigungsfrist. Gesuche bis Ende November an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Wolfsberg.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 12. November 1893.** **Nr. 46.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die Beziehungen der Krankheiten insbesondere der croupösen Pneumonie zu den meteorologischen Vorgängen.

Von **Dr. A. Kühner,** Frankfurt a. Main.

Unser Zeitalter wird beherrscht von der Bakteriologie. Nie ist die Lehre vom Ansteckungsvermögen der Krankheiten so scharf hervorgehoben worden, als in den letztvergangenen Decennien und niemals vorher hat man die Krankheits- und Ansteckungsstoffe so an den Tag zu befördern vermocht, wie jetzt. Aber selbst da, wo Mikroorganismen bestimmte Ansteckungsstoffe und schädliche Wirkungen entfalten, setzt dieser Vorgang voraus, dass sich die Gewebe des Organismus in einem Zustande befinden, welcher dem Eindringen und der Vermehrung der Mikroorganismen günstige Bedingungen gewährt. Die Thatsache, dass die Ansteckungsfähigkeit verschieden ist für verschiedene Menschen, ja für denselben Menschen zu verschiedenen Zeiten, setzt gewisse Momente voraus, welche den Vorgang begünstigen.

Unter diesen Vorgängen ist den meteorologischen von jeher ein wichtiger, wenn auch nicht allenthalben durchsichtiger Einfluss eingeräumt worden. Die Abhängigkeit der Krankheiten von den meteorologischen Vorgängen ist neuerdings von Magelssen in Christiania eingehend erforscht und von demselben, wie er in einem «Ueber die Abhängigkeit der Krankheiten von der Witterung» betitelten Buche*) ausführt, in dem Komplex aller kosmisch-tellurischen Einflüsse den Temperaturwirkungen die grösste Bedeutung beigemessen worden. Dass plötzliche Temperaturübergänge, eine ungewöhnliche Wärme oder Kälte zu Veränderungen des Gesundheitszustandes beitragen können, wird allenthalben eingeräumt, mögen diese Temperaturwirkungen über ein oder mehrere Jahre eine oder mehrere Jahreszeiten, Monate, Wochen oder Tage sich erstrecken. Dass dieses Verhalten nicht nur einer allgemein verbreiteten Annahme nach bei den Respirations- und Erkältungskrankheiten hervortritt, sondern und zwar in noch höherem Grade, sich auch den Infectionskrankheiten gegenüber geltend macht, hat Magelssen an der Hand von eine sehr beredte Sprache redenden Curven erwiesen, eine Thatsache, die im höchsten Grade überraschen muss und unsere Behauptung, dass ausser Mikroorganismen noch Bedingungen vorhanden sein müssen, welche den Vorgang der Infection begünstigen, wesentlich unterstützt. Die Infectionskrankheiten scheinen nach den von Magelssen entworfenen Kurven noch viel mehr abhängig von der Witterung zu sein, als die beiden ersten Krankheitsgruppen. Dieses Abhängigkeitsverhältniss ist im Grunde nicht zu verwundern. Der menschliche Organismus und dessen Eigenwärme muss sich in ein fortwährendes Gleichgewichtsverhältniss setzen mit der Aussentemperatur, muss Wärme abgeben oder aufnehmen. Die Veränderungen, welche Temperaturübergänge in unserem Stoffwechsel in unserem allgemeinen Wohlbefinden bedingen, müssen Ausdruck erhalten in einer vermehrten oder verminderten Empfänglichkeit, Disposition für Krankheiten jeder Art, sie mögen psychisch oder physisch, durch von aussen her kommende Mikroorganismen oder durch Veränderungen innerhalb des Organismus selbst bedingt sein.

Unter allen Infectionskrankheiten hat man am sichersten den Einfluss der Jahreszeiten auf die Frequenz der Pneumonie erkannt. In Zeiten, denen noch die bakteriologische Forschung unbekannt, galten Temperaturschwankungen und zwar über einen grösseren Zeitraum sich vertheilende in Form der Jahreszeiten und Witterung, oder rasche Temperaturübergänge in Form der Erkältung als das einzige ätiologische Moment. Noch heute findet dieses bezüglich der allgemeinen und individuellen Disposition Bestätigung in allen gangbaren Lehrbüchern. In Betreff der allgemeinen Disposition findet man die Angabe, dass auf die Winter- und Frühlingsmonate etwa zwei Drittel, auf die Sommer- und Herbstmonate ein Drittel der pneumonischen Erkrankungen entfallen. Einigermassen verschieden verhalten sich in dieser Beziehung Insularländer, wie England und Irland, gegenüber den kontinentalen; für letztere kommt die grösste Zahl der pneumonischen Erkrankungen auf die Monate März bis Mai, die

*) Eine deutsche Ausgabe, von Walter Berger besorgt, ist vor 3 Jahren bei Thieme in Leipzig erschienen.

geringste auf September bis November; die ersteren ergeben die grösste Erkrankungsfrequenz von Dezember bis Februar, die geringste von Juni bis August.

Der mehrfach angenommene Einfluss der hohen Lage eines Ortes, der rauheren klimatischen Verhältnisse und des Ausgesetztsein's gegen Winde ist nach den diesbezüglichen Zusammenstellungen ZIEMSSEN's zweifelhaft. Ebensowenig lässt sich ein bestimmtes Verhältniss zwischen Frequenz der Pneumonie und Barometerstand oder Temperatur der Luft aufstellen, dagegen scheinen starke Schwankungen der letzteren die Morbidität zu fördern. Der Grad der Luftfeuchtigkeit übt keinen bestimmten Einfluss aus.

Was die individuelle Disposition anbelangt, so hat die vorurtheilslose Untersuchung gezeigt, dass das Leben im Freien und unter der Einwirkung verschiedener Witterungseinflüsse die Neigung zur croupösen Pneumonie nicht vermehrt, sondern dass sie im Gegentheile eher durch eine abgeschlossene Lebensweise gefördert wird.

Diese in den gangbaren Handbüchern vorfindlichen allgemeinen Bemerkungen über die Aetiologie der pneumonischen Erkrankungen sind neuerdings von P. KOLKSKY in einer in Moskau erschienenen Inaugural-Dissertation in Bezug auf die croupöse Pneumonie auf Grund dreijähriger Beobachtungen dahin präcisirt worden:

1. Die Bakteriologie vermag keine Erklärung zu geben über die Vertheilung der Krankheit auf gewisse Jahreszeiten, Monate und Jahre.

2. Die meteorologischen Vorgänge und die mit ihnen in Abhängigkeit stehenden Bedingungen des Wetters spielen in der Aetiologie der croupösen Pneumonie, wenn nicht wie früher angenommen worden, die einzige, doch eine wichtige Rolle.

3. Um präcise den Einfluss der Witterung auf die Entstehung der croupösen Pneumonie festzustellen, ist nicht nur ein reiches klinisches Material, sondern auch eine längere Beobachtungsdauer der verschiedenen Schwankungen der Witterung nothwendig.

4. Croupöse Pneumonie wird am häufigsten beobachtet unter eine gewisse Zeitperiode andauernden Bedingungen, die abweichen von dem normalen Ablauf der Regel.

5. Die häufigste Zahl von Fällen an croupöser Pneumonie ist für Moskau zu verzeichnen, wenn die Temperatur und die täglichen Schwankungen derselben eine Zeit lang unter dem Normalen stehen, bei niederem Barometerstand während vorherrschender Nordwinde und während verhältnissmässig geringem Regenfall.

6. Alle diese meteorologischen Vorgänge sind innig mit einander verbunden, entsprechen dem meteorologischen Ausdruck und stehen in Zusammenhang mit dem Vorherrschen der Westwinde und Ostwinde.

7. Das Studium des Zusammenhanges der croupösen Pneumonie mit den West- und Ostwinden, als Factoren bei der Veränderung des Wetters wird die Aufgabe der Zukunft bilden.

8. Schwankungen in der Temperatur der Nachbarschaft von 0° R. und C. (32° Fahrenheit) begünstigen die Entstehung der Krankheit.

9. In milderen Wintern werden daher mehr Fälle beobachtet, weil die Temperatur oft um 0° (32°) schwankt.

10. Die Annahme der Erkältung als ein ätiologisches Moment der croupösen Pneumonie findet in den neuesten Beobachtungen eine Bestätigung.

11. Die Häufigkeitscurve dieser Krankheit verlief während einer Beobachtungsdauer von einigen Jahren nahezu parallel mit der Aufzeichnung der barometrischen Curve.

12. Die Erforschung des Einflusses der relativen Feuchtigkeit ergibt in Betreff der Jahreszeiten widersprechende Resultate; es scheint, dass die Extreme die Entstehung der Krankheit begünstigen.

13. SEIBERT's Angabe, nach welcher die Häufigkeit der croupösen Pneumonie einerseits, sowie die Curven der Temperaturschwankungen der relativen Feuchtigkeit nicht coincidiren, nicht parallel verlaufen, sondern divergiren, hat sich nicht bewährt.

14. Die Ansicht, dass die Krankheit an Frequenz zunimmt während des Vorherrschens heftiger Winde wird durch statistische Erhebungen nicht gestützt.

15. Jahrgänge mit heftigen Windströmungen entsprechen vielmehr Jahrgängen leichter Entwickelung der Krankheit.

16. MASSON's Methode betreffend die Feststellung der Abhängigkeit der croupösen Pneumonie von der Witterung hat den Vorzug, dass sie uns ermöglicht, die Ergebnisse der Beobachtungen von verschiedenen Orten nach verschiedenen Zahlen je nach der Verbreitung der Krankheit zu vergleichen.

17. Um eine wissenschaftliche Forschungsmethode über den Zusammenhang der croupösen Pneumonie mit dem Wetter auszuarbeiten, ist die Mitwirkung der Meteorologen wünschenswerth.

18. Die Curven der meteorologischen Monatswellen und Jahreswellen coincidiren in ihrem Maximum mit der Häufigkeit der Krankheit und divergiren während der Periode ihres Minimums.

Formen und Diagnose des Ulcus Ventriculi.

Von

Prof. Germain Sée in Paris.

(Fortsetzung *)

Zwei Hauptformen des Ulcus rotundum. Das blutende Ulcus und das einfache peptische Ulcus.

In fünfzig Procent von Fällen von Ulcus rotundum (EWALD) tritt das Ulcus in der hämorrhagischen Form auf, i. e. in der Form der Hämatemesis oder der Melaena. Diese häufig primäre Form tritt ohne irgend welche Vorboten zum Vorschein; ohne irgend welches andere Zeichen, als das der Hämorrhagie, die das Resultat der Einwirkung des Magensaftes auf eine freiliegende kleine Arterie in dem trichterförmigen Geschwüre darstellt. Bisweilen ist der Blutverlust, der in einem geraden Verhältnisse zu den Dimensionen des arrodirten Gefässes steht, ein so ausgesprochener, dass er den Tod durch Hämorrhagie oder durch Bluterguss in die Magen-Darmhöhle nach sich ziehen kann.

Der Kranke wird blass und von Syncope und von Schüttelfrösten ergriffen; bald darauf spürt er, dass eine heisse Flüssigkeit sich in seinen Oesophagus hinaufergiesst, und das Blut wird dann von dem Kranken in einer erschreckenden Art erbrochen. Das Blut ist in seiner Masse roth gefärbt und unterscheidet sich dadurch von dem schwarzen Erbrechen, dem kaffeesatzartigen Erbrechen in Fällen von Krebs.

Dennoch kann auch beim Ulcus ebenso ein schwarzes Erbrechen vorkommen, nämlich, wenn das Blut in geringen Quantitäten an der Oberfläche der Schleimhaut liegen geblieben ist und der Einwirkung des Magensaftes ausgesetzt war, der das Hämoglobin zerstört hat.

Die Hyperchlorhydrie findet sich thatsächlich ein wenig vor und ein wenig nach dem Erbrechen. JAWORSKI und KORCZINSKI fanden die Acidität bedeutend erhöht, woraus der Schluss abzuleiten ist, dass sich das Oxy-hämoglobin schnell in salzsaures Hämatin umwandelt, welches dem Blute eine dunkelbraune Farbe verleiht.

Die Hämorrhagien mittlerer Intensität recidiviren oft, weil der Thrombus, der das Gefäss verstopft, zerfällt, oft chemisch, und zwar durch den Magensaft; endlich tritt eine Obliteration ein, — wenn das Organ geschont wird — durch die Narbe der Arterie.

Aber früh oder spät, wenn das Ulcus nicht vollkommen geheilt ist, tritt die Hämorrhagie von neuem auf, häufig in Folge einer Abweichung im gewöhnlichen Regime.

---

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 45, 1893.

Wenn das Blut durch den Mund entweder gar nicht oder nur unvollständig entleert wird, so gelangt ein Theil in den Dünndarm, geht dort mit dem Chymus eine Emulsion ein und es resultirt daraus im Dickdarm, an der Stelle, an der sich die Faeces bilden, diese braunschwarz gefärbten Massen, die an der Oberfläche ein lackirtes Aussehen haben und deren Ursprung nicht zu verkennen ist.

Im Allgemeinen findet diese innige Mischung von Faecalmassen und von Blut nur bei den Hämorrhagien der oberen Theile des Darmes statt. Ueberdies ist noch zu bemerken, dass beim Darmulcus grosse Massen Blutes mit den Stühlen abgehen können, ohne dass Hämatemesis vorhanden sein würde; diese Fälle sind von grossem klinischen Interesse, denn diese Hämorrhagien können, ebenso wie das Ulcus, unbemerkt vor sich gehen. Kleine Quantitäten Blutes, z. B. 100 Cubikcentimeter, können der Untersuchung entgehen, wenn das Blut noch keine ausgesprochen theerartige Farbe besitzt; hier kann man die Diagnose nur durch die Untersuchung des Hämatins anstellen.

Andererseits kann die schwarze Färbung der Faecalmassen auf Rechnung von Eisen, Rhabarber, Kaffee in grossen Quantitäten, rothem Wein, Zimmt gesetzt werden; wenn die Hämorrhagie nur einen geringen Grad erreicht, so tritt keine Hämatemesis auf, aber der Mageninhalt mischt sich mit dem Blute, welches, wenn die Massen zufällig ausgeworfen werden, durch die früher erwähnten Färbungen sich manifestirt. Das Blut ist dann je nach dem Grade der Verdauung verändert, und zwar in dem Sinne, dass sich das Hämoglobin unter dem Einflusse der Salzsäure in eine Art von Globulin und Eisenhämatin spaltet. Das Mikroskop zeigt dann braune Pigmentmassen, die wie Kaffeefragmente aussehen.

Kleine Hämorrhagien finden sich bisweilen im Darm unter der Form von färbenden Massen des Blutes oder von rothen Blutkörperchen in den Faecalmassen (SCHMAUS). Diese Momente sind häufig das Zeichen einer perniciösen Anämie.

* * *

Symptome des blutenden Ulcus.

Wir wissen, dass es ein foudroyantes, letales Ulcus gibt, oder das Ulcus, welches nun einmal demaskirt worden ist, öffnet sich wieder durch verschiedene Ursachen, durch ein excitirendes Nahrungsmittel, sehr heisse oder sehr kalte Getränke. Es kann sich auch ereignen, dass das Coagulum, das sich im Ulcus oder im Blutgefässe gebildet hat, sehr wenig adhärent ist und sich leicht ablösen kann, wenn die Herzaction das Normale überschreitet.

Leichte Hämorrhagien bewirken nur eine psychische Verstimmung, grosse Hämorrhagien, namentlich wenn sie ziemlich schnell aufeinander folgen, bedingen eine beträchtliche Anämie mit allen ihren Consequenzen, wie z. B. blasse, wachsgelbe Hautfarbe, kleinen frequenten Puls, Ohrensausen und Schwindelanfälle mit Verlust des Bewusstseins, vorübergehende leichte Delirien, vollständige Anorexie, Sehnenzittern und kleine Convulsionen, wie nach Choleraentleerungen.

Heilungsfähigkeit. Trotz dieser Schwere und trotz dieser so grossen Gefahren der Anämien in Folge von runden Magengeschwüren, tödten dieselben nur selten, besonders im jugendlichen Alter. Charles HOOD, in London, hat im Jahre 189_ in seiner Statistik aus dem GUY's Hospital betreffend die Zeit von 1870 bis 1890 nachgewiesen, dass die Mehrzahl der Erkrankungen des Magens und der Magengeschwüre, die unter dem 30. Lebensjahre auftreten, die Weiber betreffen, und dass unter diesen Umständen ein Todesfall in Folge von gastrischer Hämorrhagie kaum vorkommt. Von 66 Fällen dieser Art, hatten 29 noch nicht das 30. Lebensjahr erreicht, und unter diesen fanden sich nur 2 Männer, während 21 Fälle im Alter von 30 bis 40 Jahren 11 Männer betrafen; alle genasen. Bei 7 anderen Kranken, die als directe Folge der Hämorrhagie letal endeten, schwankte das Lebensalter zwischen 33 und 53 Jahren. Es ist kaum anzunehmen, dass die Prognose der Hämatemesis gerade zur kritischen Zeit des Krankheitsverlaufes eine schwerere wird; es muss im Gegentheil bemerkt werden, dass bei den Hämorrhagien in den Fällen junger Frauen keine schlechte Prognose vorhanden sei; bisweilen geben dieselben sogar eine gewisse Erleichterung mit Abnahme der schmerzhaften Symptome an, und später constatirt man eine Verbesserung des Blutes, dessen rothe Blutkörperchen rapid von zwei auf drei und sogar auf vier Millionen steigen können, während zu gleicher Zeit der Hämoglobingehalt von 31 auf 51 Procent in die Höhe gehen kann.

Wenn Exitus letalis eintritt, so ist dies zumeist die Folge eines Durchbruchs des Ulcus und einer Usur der Arteria lienalis oder der Arteria pancreatica, der Vena Portarum oder des linken Herzens oder eines kleinen Aneurysmas der Arteria coronaria (FOWELL).

* * *

Diagnose des hämorrhagischen Ulcus.

Allgemeines.

Die Diagnose im Allgemeinen könnte mit der Sonde nicht vorgenommen werden, von dem Momente an, in welchem sich auch die allergeringste Spur einer Hämorrhagie zeigt; ich habe schon seit langer Zeit auf die Gefahr, die Hämorrhagie von neuem anzufachen, oder eine Perforation zu verursachen, hingewiesen.

LEUBE hat ebenso wie ich auf diese Gefahr und auf die diesbezügliche Unerfahrenheit der Aerzte hingewiesen; die jungen Aerzte haben diese Lehre in's Lächerliche gezogen, und es bedurfte, um diesen Uebermuth zu rächen, mehrerer Katastrophen, des Todes mehrerer Kranken (citirt von CORNILLON und DAGNET). Seit jener Zeit hat man, wie ich glaube, auf dieses brutale Vorgehen Verzicht geleistet.

Diese Frage reducirt sich jetzt auf gewisse Schwierigkeiten, denen man in manchen Fällen begegnet, die aber selten vorkommen:

a) Wenn die Hämatemesis eine beträchtliche ist, so muss man an die Varices des Oesophagus denken, als Folge von Lebercirrhose.

Die Venen des Oesophagus stellen für das Blut der Pfortader ein Divertikel dar; wenn das Blut in den Magen zurückfliesst, um dann ausgeworfen zu werden, so kann man eine veritable, idiopathische Hämatemesis annehmen. Viele Autoren, BLUME, DEBOVE, STONY, WILSON, SACHS, WELKEL und EWALD haben diesbezügliche Fehlgriffe beschrieben, die man durch die Untersuchung der Leber vermeiden kann.

b) Veränderungen in den Gefässwänden. Diese Veränderungen geben zu Varices oder zu einer atheromatösen Degeneration der Gefässe des Magens oder zu einer amyloiden Degeneration Veranlassung, die eine Hämorrhagie heraufbeschwören können.

Aber, wie eben EWALD bemerkt, wenn es sich um eine beträchtliche und ausgedehnte Atheromatose handelt, wie sie bei Greisen vorkommt, so führt dieselbe nicht zu gastrischer Hämorrhagie.

Die Varicen, die man bei den Greisen, namentlich bei den Potatoren beobachtet, können Hämorrhagien des Magens bedingen (LETULLE). Diese fallen natürlich, oder wenigstens oft, mit den Oesophagealvaricen zusammen.

Aneurysmen, als Ursache für eine beträchtliche Hämatemesis, wurden von GALLARD und von WELCH SACHS beobachtet.

c) Die wahre Schwierigkeit in der Diagnose der Hämorrhagie bezieht sich auf den Krebs oder auf das krebsige Geschwür.

Wir werden dieses Problem bei Gelegenheit des Ulcus pepticum simplex lösen oder discutiren. Das hämorrhagische Ulcus unterscheidet sich vom Carcinom insoweit, als die Hämatemesis des Carcinoms im Allgemeinen eine wenig reichliche ist, das Blut ganz und stets zersetzt ist und eine kaffeeschwarze oder chocoladebraune Farbe besitzt. Diesbezügliche Ausnahmen gibt es nur für die Hämorrhagien des Krebses

der Cardia, der brüsk und heftig unter der Form einer letalen Hämorrhagie zum Ausbruche kommt, analog der des Krebses des Oesophagus.

d) Die menstruelle Hämatemesis muss ebenfalls in Betracht gezogen werden.

e) Die foudroyante Anämie des Ulcus ähnelt bisweilen bis zu einem gewissen Grade derjenigen des Krebses; man kann auf der Anämie keine Diagnose aufbauen.

f) Das Oedem der Extremitäten nach Ermüdungen kommt beim Ulcus selten vor.

g) Die Amaurose, die bei den intestinalen Hämorrhagien auftritt, denjenigen Hämorrhagien, welche 65 % aller Hämorrhagien bilden, die aber mit der Hämatemesis in keiner bestimmten Beziehung stehen; die Amaurose findet sich bei den Hämorrhagien in Folge von Ulcus häufig, wird aber beim Krebs völlig vermisst.

h) Hämatemesis ohne Gefässveränderung, ohne Zeichen eines sicheren Ulcus. Es gibt endlich Hämatemesen, bei welchen es unmöglich ist, das Vorhandensein einer Geschwürshämorrhagie mit Sicherheit anzugeben.

Hood hat Hämorrhagien beobachtet, die sich bei jungen anämischen Mädchen und Frauen wiederholten, und in welchen eine rapide Besserung auftrat, ohne dass sich in der Krankengeschichte irgend ein Zeichen, das für Ulcus spricht, und ohne dass sich irgend ein diesbezügliches objectives Zeichen vorgefunden haben würde. Man hat Hämorrhagien häufig ohne Grund auf Ulcus bezogen.

i) Traumatismus. Endlich kann die Hämorrhagie auf Rechnung eines Traumas kommen, wie z. B. Sturz auf den Boden ohne äussere Verletzung (Hafner), das Eindringen eines spitzen Körpers (Heilbrun 1891), eine Contusion des Epigastrium (Sée).

Wenn die Hämorrhagie ausgesprochen ist und nicht so weit gedeiht, um eine Hämatemesis hervorbringen zu können, so kann sie auf Rechnung einer glandulären Gastritis kommen, und in diesem Falle handelt es sich dann um eine einfache active Congestion, so wie man sie auch bei gewissen Krankheiten des Herzens findet, wo sie selten den grossen Typus der Hämorrhagien erreicht.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 3. November 1893

Prof. Lang demonstrirt ein 26jähriges Mädchen, bei welchem mehrere Recidiven von luetischen Ausbrüchen hintereinander erfolgten, welche jeder antiluetischen Behandlung widerstanden, so dass sich Vortragender vor 5 Monaten zu einer chirurgischen Behandlung entschloss. An der linken Wade bildete sich eine Gruppe von kastaniengrossen gummösen Infiltraten, welche mit dem scharfen Löffel ausgeschabt wurden; der 12 *cm* lange und 8 *cm* breite Defect wurde durch Epidermis des gesunden Beines gedeckt. Anheilung gelang vollkommen. Narbe sehr resistent.

* * *

Prof. Weinlechner stellt ein 8jähriges Mädchen vor, bei dem ein am unteren linken Kieferwinkel sitzender billardgrosser Tumor subperiostal resecirt wurde. Heilung, Dank dem erhaltenen Periostsacke, in welchem Weinlechner einen 7 *cm* langen federkielartigen Elfenbeinstift eingelegt hat. Der Tumor zeigt auf dem Durchschnitte viele mit Blut gefüllte Hohlräume verschiedener Grösse, ist somit ein Kystom, welches in Folge eines degenerirten Zahnkeimes entstanden ist (Prof. Kolisko).

Der zweite Fall ist ein 52jähriger Taglöhner, welcher 1892 zum ersten Male wegen aufgetretenen Schlingbeschwerden und schliesslicher Heiserkeit auf seine Abtheilung aufgenommen wurde. Es fand sich ein rechtsseitiges Pharynxepitheliom, welches auf die Epiglottis übergegriffen hatte. Es wurde nun nach prophylactischer Laryngotomie am Lgt. convides die rechtsseitige Pharyngotomie vollzogen und der Kranke durch ein dickes durch die Wunde in den Schlund eingeführtes Rohr ernährt. Zwei Monate darauf Entfernung der Larynxkanüle, wobei feste Speisen besser hinuntergingen als flüssige. Die zurückbleibende Pharynxfistel wollte aber nicht zurückgehen.

Im September 1893 kam Patient mit einem Drüsenrecidiv in der rechten Halsgegend. Der Larynxbefund war derselbe, nur hatte sich in unmittelbarer Nähe der inneren Fistelmündung ein Büschel Haare entwickelt, welches zeitweilig durch Aushusten auf die Zunge zu liegen kam. Exstirpation des ganzen Drüsenconglomerates, wobei der Halstheil der Vena jugularis com. mit dem Vagus resecirt wurde, ebenso die Endäste der Carotis ext. wegen der zwischenliegenden Carcinommassen. Nun ist der Kranke geheilt. Die Haare konnten nur von einem Hautstücke sprossen, welches während der Ausbildung der Pharynxfistel hineingezogen wurde. Auch jetzt besteht noch ein 3 *cm* langer freier Fistelgang nach aussen hin.

* * *

Prof. R. Chrobak: *Ueber die Erfolge der Adnex-Operationen.*

Vortragender betont, dass es die wichtigste Aufgabe sei, mit vollständiger Objectivität die Indicationen für die in Rede stehenden Operationen zu prüfen und zu sichern. Rosthorn hat bereits über 40 Fälle, die in der Zeit von 1888—1890 an der Klinik operirt wurden, berichtet, wozu im Laufe der Zeit noch 106 Fälle dazukamen. Auf ausgeschickte Fragebogen hat nur die Hälfte der Operirten geantwortet. Im Angesichte der Schwierigkeiten, welche die Beantwortung dieser Fragen mit sich bringt, hat sich Chrobak entschlossen, die Arbeitsfähigkeit als Kriterium zu betrachten die in erster Linie bei der Beurtheilung der Erfolg ins Auge zu fassen ist.

Bezüglich der Indicationsstellung des operativen Eingriffes kommen folgende Fragen in Betracht:

1. Welche Gefahren für das Leben bringen diese Krankheiten?
2. Welche Folgen können sie erzeugen?
3. Welche Gefahr bringt die Operation?
4. Sind wir im Stande durch die Operation die Gefahren und Beschwerden dauernd zu beseitigen?
5. Erzeugen wir durch den operativen Eingriff andere Beschwerden oder Functionsstörungen?

Abgesehen von den Neubildungen bildet die grosse Masse von Beschwerden, die Blutungen und Eiterungen die häufigste Todesursache. Die akute Lebensgefahr ist zwar gering, um so schwerer die Beschwerden; nicht wenig fällt auch ins Gewicht die Sterilität, die Gefahr der Operation ist nicht gross: Winter verzeichnet 3·5 %, Schauta und Chrobak circa 4·1 % Mortalität. Nicht gleichgiltig ist der durch die Operation geschaffene anticipirte Klimax und hie und da auch psychische Veränderungen.

Chrobak hat schon früher einmal sehr schwere Bedingungen für die Indication der Operation aufgestellt und operirt nur, wenn es die unbedingte Nothwendigkeit erheischt und mehrere der conservativen Heilmethoden ohne Erfolg geblieben sind, da selbst in den verzweifeltesten Fällen die Heilkraft der Natur zu einem günstigen Ziele führen kann.

Zu diesen Indicationen gehören Adnexgeschwülste, deren Inhalt Eiter ist (Pyosalpinx, Ovarialabscess), Einbeziehung der Adnexe in die Bildung der Abscesswand, Achsendrehung der Tube, Incarceration, Hämatosalpinx bei verschlossenem Uterus, Blutungen, denen andere Mittel nicht gewachsen sind. Besonders schwer ist die Complication eines Pyosalpinx mit Perforation in das Darmrohr, was allerdings nicht häufig ist, da Schauta unter 216 Fällen nicht einen einzigen aufweist, während Vortragender im Ganzen 9 unter seinen Fällen verzeichnet; von diesen kamen 4 an der Klinik, 5 in der Privatpraxis vor. Besonders schwer gestaltet sich dann die Schliessung des Darmes. Chrobak erklärt sich ferner auch mit der Anschauung Schauta's einverstanden, in jenen Fällen,

wo der Tubensack Staphylo- oder Streptococcen enthält, vom Schlusse der Bauchhöhle abzusehen und die Drainage vorzunehmen.

Gegenüber der Massage muss man sehr vorsichtig sein, besonders wenn eine Andeutung einer Sackbildung vorliegt; allerdings zeigt sie oft sehr schöne Erfolge.

Auf die ausgeschickten Fragebögen antworteten von den letzten 106 operirten Fällen (von denen 5 gestorben sind) im Ganzen 48, und zwar folgendermassen:

1. Subjectives Befinden? = 8 gut, 34 gebessert, 3 unverändert.

2. Arbeitsfähigkeit? = 26 arbeitsfähig, 16 gebessert, 6 arbeitsunfähig.

3. Ernährungszustand? = 29 gebessert, 1 gleichgeblieben, 13 abgemagert.

Von den 40 von ROSTHORN publicirten Fällen sind nach der ersten Forschung 2 im Anschlusse an die Operation gestorben, 20 geheilt, 13 gebessert, 4 ungeheilt, von 1 Falle fehlt jede Nachricht. Bei der jüngsten Forschung haben nur 30 Nachricht gegeben, und zwar 19 vollkommen geheilt, 4 gebessert und 4 ungeheilt, 3 gestorben. Es muss daher angenommen werden, dass sich mit der Zeit die Erfolge bessern, und zwar kommt auch viel auf den Wegfall der menstrualen Function. Mehr als die Hälfte der Fälle gibt einen vollen Erfolg — ein Resultat, welches mit dem von SCHAUTA erhaltenen nicht stimmt, wohl aber mit dem Anderer. Freilich ist es möglich, dass dieses Resultat verschoben wird durch Fälle, die keine Nachricht von sich geben. Jedenfalls ist der Erfolg als ein idealer zu betrachten.

Prof. SCHAUTA: Die Sterblichkeit bei Pyosalpinx sei so klein, dass man glauben könnte, derselbe sei eine wenig gefährliche Erkrankung. Aber die damit behafteten Frauen können sich einer vollkommenen Euphorie erfreuen; tritt dann die Ruptur ein, so kommen die Erscheinungen der Perforationsperitonitis so rasch, dass die Frauen nicht transportfähig sind und oft schon nach 2 Tagen sterben, so dass wenig solche Fälle ins Spital kommen. Die anatomischen Veränderungen allein geben für SCHAUTA nicht die Indication zur Operation ab, sondern in Combination mit sehr schweren Symptomen. In vielen Fällen sind schwere Störungen des Centralnervensystems vorgekommen und es sei leicht möglich, dass ein causaler Zusammenhang desselben mit dem Genitale besteht. Die Pyosalpinxoperation soll nicht zu weit hinausgeschoben werden, da sich mit der Zeit die Chancen verschlechtern. Massage wendet SCHAUTA nur im Beginne der Erkrankung an.

Auf seine Fragebogen konnte SCHAUTA bei 213 Ueberlebenden nur von 121 etwas erfahren: 100 antworteten in vollständig günstigem Sinne, bei 17 war kein vollständiges Verschwinden der Symptome, 4 waren ungeheilt. Jedenfalls fordern diese Resultate auf, diese Operation weiter zu verfolgen. *Dr. Em. Mandl.*

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 6. November 1893.

Prof. Englisch: *Demonstration eines neuen Apparates zur Blasenausspülung.*

Der demonstrirte Apparat besteht aus einem Katheteransatze, sowie zwei weiteren unter einem rechten Winkel gebogenen Ansätzen, deren gemeinschaftliches Abflussrohr mit einem nur um 90° drehbaren Hahn in Verbindung steht. Dieser kann so gedreht werden, dass er ein Rohr verschliesst, indem er in das andere einen freien Zufluss gestattet. Die Menge der zu injicirenden Flüssigkeit wird nach einem graduirten Reservoir bestimmt. In der Privatpraxis kann man sich eines graduirten, an einem Halbliterglase angeklebten Papierstreifens bedienen. Der Apparat gestattet es, unter einem gleichmässigen Drucke die Flüssigkeit einfliessen zu lassen: auch wird der Lufteintritt in die Blase verhindert, dem ENGLISCH überdies keine allzu grosse Bedeutung beimisst. Ausserdem ist der Apparat so einfach und so leicht zu regieren, dass man ihn getrost jedem Patienten in die Hand geben kann.

Besondere Dienste leistet derselbe bei der chronischen Harnverhaltung, bei welcher, soll es nicht zu einer bedeutenden Hämaturie und Hyperämie mit nachfolgender Cystopyelitis kommen, die Blasenentleerung besonders vorsichtig vorgenommen werden mus. ENGLISCH entleert in solchen Fällen die Blase in der Weise, dass er 300 *ccm* abfliessen lässt, um sogleich 150 *ccm* nachzufüllen; dies wiederholt er so lange, bis die Blase entleert ist. Der Katheter wird dabei einmal eingeführt und liegen gelassen. Es genügt, wenn sich das die Injectionsflüssigkeit enthaltende Reservoir ca. 3 Fuss über der Horizontalebene des liegenden Patienten befindet.

* * *

Prof. Dr. Ed. Lang: *Beleuchtung der successiven oder chronisch-intermittirenden Behandlung der Syphilis.*

Die von ALFRED FOURNIER in Paris inaugurirte chronisch-intermittirende Behandlung der Syphilis hat, nachdem sie ihren Ausgangspunkt von Frankreich genommen, fast überall Anhänger und Lobredner gefunden, ja es scheint, dass diese Methode in immer weitere Kreise dringt. FOURNIER geht von der Vorstellung aus, dass eine chronische Krankheit auch einer chronischen Behandlung bedürfe; er will den Krankheitserscheinungen vorgreifen und nennt daher seine Methode eine Präventivbehandlung, allerdings nicht im idealsten Sinne, da oft nach langen Jahren bei fortgesetzter Cur schwere Recidiven auftreten können. Während aber FOURNIER im Anfange seiner Publikationen eine Cur von nur 9—10 Monaten für genügend erachtete, um die Recidiven zu verhindern, kommt er im Laufe der Zeit, quasi durch Selbstlicitation dazu, die Behandlungsdauer von 2 auf 4 und endlich sogar auf 6 Jahre auszudehnen. Der Kranke erhält demnach mit Einhaltung einzelner Pausen, nach FOURNIER durch 3 Jahre Mercur, durch 2 Jahre Jod und endlich alternirend Jod und Mercur. Fragen wir aber nach den Resultaten der FOURNIER'schen Behandlungsmethode, dann muss man dieselben, wenn man objectiv vorgeht, für höchst verderblich halten. Es ist ferner auch nicht zu übersehen, dass der Verlauf der Syphilis bei verschiedenen Individuen verschieden ist, und diese daher in jeder Phase zur Ausheilung kommen kann.

FOURNIER stellt in mehreren Tabellen eine Statistik zusammen, welche zu Gunsten seiner Behandlungsmethode sprechen soll. Nach einer Tabelle sollen die tertiären Erscheinungen durch die Behandlung seltener werden und ebenso die Cerebrallues sich verringern. LANG weist nun nach, dass FOURNIER dieser Beweis auf Grund seiner Tabellen nicht gelungen sei. FOURNIER selbst verschweigt nicht, dass viele Luetiker selbst bei der correctesten Einhaltung seiner Methode oft recht bald an schweren Recidiven erkranken.

LANG bemerkt, dass es unter der von FOURNIER vorgeschlagenen Behandlung viel früher zum Ausbruche schwerer Recidiven kommt, als bei anderen Methoden, die nervösen Erscheinungen, die Schlaflosigkeit, die Dyspepsie als Begleiterscheinungen der mercuriellen Behandlung sind Jedem zur Genüge bekannt und der verschlimmernde Einfluss dieser Therapie in die Augen springend.

Die von FOURNIER am ersten internationalen dermatologischen Congresse zu Paris vorgelegte Tabelle, aus welcher hervorgeht, dass gerade in den ersten 3 Jahren der Behandlung die schwersten tertiären Formen beobachtet werden, spricht am allerwenigsten für die Präventivcur ebensowenig wie die horrende Zahl von Nervensyphilis, wie sie derselbe beobachtet haben will, indem bei ihm fast jeder 3. Mann an derselben leidet, fast jeder 4. Mann, wenn man die Tabes, sowie andere Nervenkrankheiten, die FOURNIER durch Syphilis bedingt hält, ausschliesst. Es regt auch ferner zum Nachdenken an, wenn man erfährt — und wie dies FOURNIER selbst zugesteht — dass man oft nach einer einmaligen Behandlung dieselben gleich günstigen Resultate erzielen kann wie mit der chronischen Behandlung.

Das rasche Anwachsen der tertiären Formen in den ersten Jahren der Behandlung dürfte wohl seine Ursache darin haben, dass die präventive Behandlung schon sehr früh zu Ausbrüchen schwerer Syphilisformen disponirt und dies trifft auch bei den meisten Fällen FOURNIER's zu. Die Erwartungen, welche FOURNIER auf seine Behandlungsmethode gesetzt hat, haben sich keineswegs erfüllt, ja noch mehr, die zahlreichen Nervenaffectionen sind mehr auf Rechnung der Therapie als der Krankheit zu setzen.

Die Reinfection, welche den Beweis liefert, dass die Syphilis eine heilbare Krankheit ist, und welche den Massstab für den Werth einer Behandlungsmethode abgibt, hat FOURNIER in keiner Weise für seine Methode verwerthet.

Oft kommt man in die Lage, Kranke zu behandeln, welche durch Jahre hindurch die eingreifendsten Curen durchgemacht haben und bei denen die eingetretenen Recidiven zu einer specifischen Cur einladen würden, da aber deren Körper durch die vorausgegangene grosse Jod- und Quecksilberzufuhr für diese Mittel bereits abgestumpft ist, so muss man von der Therapie in einem Augenblicke abstehen, wo der Patient dieselbe gerade dringend benöthigen würde. Vortragender schliesst mit den Worten: die FOURNIER'sche Methode bringt für den Syphilitiker dieselbe Gefahr, wie der bewaffnete Friede für den Staat, welcher den Krieg fernhalten will. Das syphilitische Gift soll durch die eindringenden Mittel unschädlich gemacht werden, der Körper derselben erhält aber durch dieselben eine solche Alteration, dass eventuelle Recidiven für ihn verhängnissvoll werden können.

Discussion. Doc. Dr. FINGER: Die Statistik FOURNIER'S ist weder pro, noch contra zu benützen, da sie kein Percentualverhältniss aufweist. Doch die Thatsache, dass bei der intermittirenden Behandlung die tertiären Erscheinungen in den ersten drei Jahren häufiger auftreten als anderswo, beweise nichts gegen dieselbe, da dies nach dem Ausspruche hervorragender Forscher auch bei der symptomatischen Behandlung der Fall sei. Von den nervösen Erkrankungen, die FOURNIER anführt, müsse man einige abziehen, die nicht auf Rechnung der Syphilis kommen. Die Dyspepsien finden sich bei den Franzosen häufiger als sonst, da dieselben das Mercur meist nur intern verabreichen. Diese Erfahrung spreche nur gegen die alleinige interne Applicirung.

Da Fälle bekannt sind, in denen sich Patienten mit schweren tertiären Erscheinungen inficirt haben, so sei die Reinfection nicht immer beweisend für die Heilung von Syphilis.

Dass leichte secundäre Erscheinungen oft von raschen und schweren Recidiven gefolgt sind, hat wohl seinen Grund darin, dass man die Behandlung dem leichten secundären Stadium adaptirt hat. Sicher ist es, dass die tertiären Erscheinungen bei nicht behandelten Fällen in einem grösseren Percentverhältnisse auftreten, als in behandelten Fällen. Die Recidiven, welche nach 3—4 Jahren auftreten, beweisen, dass aus dem Organismus durch die Behandlung nicht das ganze syphilitische Virus eliminirt wurde und dass der zurückgebliebene Rest sich mit der Zeit vermehrt und so Recidiven herbeigeführt hat. Der aus dieser Thatsache sich logischerweise ergebende Gedanke, continuirlich durch 3 Jahre die Behandlung fortzusetzen, ist nicht realisirbar, weil 1. der Organismus eine so grosse Anhäufung von Mercur nicht verträgt und daher gewisser Pausen bedarf, um dasselbe zu eliminiren und 2. weil sich der Körper mit der Zeit gegen das Mittel abstumpft. In jedem einzelnen Falle muss daher individualisirt werden und die Therapie resp. die Menge des einzuführenden Mercurs, sowohl der Schwere der syphilitischen Erscheinungen, als auch der Constitution des Kranken angepasst werden. Unter dieser Behandlungsmethode, die FINGER bereits mehrere Jahre übt, bekam er nur selten hereditäre oder tertiäre Erscheinungen, Abortus nie zu sehen.

Prof. GERSUNY bemerkt, dass viele luetische Leiden chirurgischen Krankheiten ähnlich sehen und daher dem Syphilidologen entgehen. Die Thatsache, dass die Syphilis später ausbricht, erkläre er sich dadurch, dass es vielleicht eine Form derselben gibt, die nicht im Körper circulirt, sondern analog den tuberkulösen Drüsen an einem Orte eingekapselt ist, um bei Gelegenheit auszubrechen.

Doc. Dr. EHRMANN erklärt sich mit der Annahme GERSUNY'S, sowie mit den Ausführungen FINGER'S einverstanden, nicht aber mit denen LANG'S. Schlechte Erfahrungen habe er mit der Präventivbehandlung nur bei herabgekommenen Individuen (Scrophulose, Potus, Anämie u. dgl.) gemacht. Besonders anzurathen sei sie bei extragenitalen Sclerosen, weil sie sowohl die Behandlungsdauer, als auch die gesellschaftliche Stigmatisirung abkürzt. Leiden, die im Gefolge der Präventivcur vorkommen, treten wohl auch bei anderen Erkrankungen oder gar spontan auf (Fall von Mittelohrsclerose) und man sei gerne geneigt, solche der intermittirenden Behandlung zuzuschreiben. Die Jodbehandlung dagegen, welche zu Atrophie der Drüsen führt, könnte wohl auch eine Bindegewebsneubildung, z. B. im Rückenmarke bedingen. Die intermittirende Behandlung ist die beste uns bis jetzt zur Verfügung stehende Methode, doch darf sie nicht allein auf den internen Gebrauch beschränkt, sondern muss im Sinne FINGER'S den jeweiligen Umständen accomodirt werden.

Prof. LANG stellt die Harmlosigkeit des Mercur auf das Centralnervensystem, wie immer es auch eingeführt werden mag, in Abrede, zumal es den Darm schädigt und eine Anhäufung desselben im Organismus nicht so leicht verhindert werden kann. Die extragenitalen Affectionen seien meist das Product einer schon längere Zeit im Körper hausenden Syphilis und es könne daher von einer Präventiveur nicht gut die Rede sein. Mit seinem heutigen Vortrage habe LANG nur den Zweck verfolgt, auf die Bedenklichkeiten der chronischen Behandlung hinzuweisen und die Beweismittel FOURNIER'S für dieselben auf ihren wahren Werth zurückzuführen.

(Fortsetzung der Discussion in der nächsten Sitzung.)

Dr. Em. Mandl.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 8. November 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. Kahane stellt einen Fall von kaltem Abscess vor, welcher nach MOSETIG mit Teucrin behandelt wurde. Die Eiterung hat gänzlich aufgehört und es blieb nur eine Fistel übrig, die nicht zuheilen will, sowie jede andere Fistel, welche vom Knochen ausgeht. Geheilt ist der Fall insoferne, als keine Secretion mehr stattfindet.

SPIEGLER findet es hier nicht berechtigt, von Heilung zu sprechen, dies könne erst der Fall sein, wenn die Fistel vollkommen geschlossen und die Secretion versiegt ist.

BUM bemerkt, dass MOSETIG ein grosses Gewicht darauf lege, dass bei seiner Behandlung die pyogene Abscessmembran zur Abstossung gelange, und aus der Fistel sich nur seröser Inhalt entleert. Es liesse sich darüber streiten, ob man einen solchen Fall als geheilt betrachten soll.

* * *

Docent Dr. Schiff stellt ein kleines Kind mit einer Sclerose am Urethalrande vor, die als eine frisch acquirirte zu bezeichnen ist; die benachbarten Inguinaldrüsen sind geschwellt, am Anus finden sich suspecte Affectionen. Dies komme hier und da bei der Circumcision mit inficirten Instrumenten vor. Da aber eine solche hier nicht vorliegt, so ist der Fall von forensischem Interesse, weil sich Derjenige, der die Infection verschuldet hat und nach dem gefahndet wird, zu verantworten haben wird. Die Eltern des Kindes zeigen keine specifischen Krankheitssymptome.

* * *

Dr. Bauer demonstrirt einen Fall mit einer spastischen Spinalparalyse. Der Patient bewahrt eine starre Haltung; die Fussknöchel fest aneinander gepresst, Reflexe äusserst erhöht, Blasen- und Mastdarmstörungen nicht vorhanden, Sensibilität normal. Polyurie. Vor 12 Jahren acquirirte Patient eine schwere Luës. Im Sinne OPPENHEIM'S wäre der Fall als Meningomyelitis syphilitica zu bezeichnen.

NOBEL bemerkt, dass sich ähnliche Affectionen nicht selten in unmittelbarem Anschlusse an eine luëtische Infection anschliessen und berichtet über einen ihm bekannten Fall, bei dem eine sechswöchentliche antiluëtische Behandlung eine wesentliche Besserung erzielte. Leichte Sensibilitätsstörungen waren vorhanden.

ERBEN äussert sein Bedenken darüber, dass es sich hier um eine Meningomyelitis syphilitica handelt.

* * *

Dr. Bickeles demonstrirt einen Patienten, bei dem sich an beiden oberen Extremitäten ein Ausfall in der Motilität in der Weise bemerkbar macht, dass weder die Abduction noch die Adduction der Finger möglich ist. Keine Atrophie. Rechts ist die Affection stärker als links. Elektrische Erregbarkeit normal. Bedeutender Ausfall der Schmerzempfindung, so dass Stiche an der unteren Körperhälfte bis in die Höhe des Nabels nicht gespürt werden;

links ist dies auffallender als rechts. Ausfall der Temperaturempfindungen an einzelnen Stellen. Rechts bedeutender Fussklonus. Der Gang ist spastisch und unsicher. Syringomyelie ist auszuschliessen. Die Erkrankung trat plötzlich vor 2 Monaten nach einem Sturze ein. Es dürfte sich hier um eine Hämatomyelie handeln.

* * *

Dr. Spitzer demonstrirt einen 17jährigen Burschen, welcher in seinem 4. Lebensjahre an Fraisen erkrankte, und dann an epileptiformen Krämpfen mit Schwund des Bewusstseins litt, denen auch eine Aura vorangieng. Spricht der Patient, so beginnt er zu stottern, wirft die Schultern zurück und springt einige Schritte nach rückwärts. Wiederholt Patient das gesprochene Wort noch einmal, so ist das Stottern nicht so stark. SCHRÖTTER bezeichnet den Fall als Fussstottern. Es handelt sich hier um einen generalisirten Fall von Tic convulsif.

HOCK spricht sich gegen die Diagnose Tic convulsif aus, da solche Patienten die einzelnen Worte nicht wiederholen, wie es bei dem demonstrirten Patienten der Fall sei. Es können ähnliche Symptome auch bei Sclerose en plaques vorkommen.

SCHLESINGER widerspricht der Anschauung HOCK's, da weder die Sprache des Patienten scandirend, noch die Patellarreflexe erhöht sind. Beim Tic convulsif treten Zuckungen auf, welche die Muskeln immer in derselben Reihefolge befallen, was in dem vorliegenden Falle wirklich zutrifft.

* * *

Dr. Weidenfeld: *Ueber intermittirende Albuminurie*

Vortragender hält die sogenannte physiologische Albuminurie, wie die transitorisch physiologische und sogenannte intermittirende Form der Albuminurie als zu einer Gruppe gehörig, da diese Formen vielfach in einander überzugehen vermögen.

Er definirt die intermittirende Albuminurie als das Auftreten von Eiweiss im Harn in regelmässigen Intervallen und Wiederverschwinden aus demselben. — Der vorgestellte Fall, eine Patientin, die an Hysterie und Asthma leidet, gleicht, nach seinen Eiweissausscheidungen zu schliessen, ganz denen, die bisher als intermittirende Albuminurie beschrieben wurden. Nach längerem Eingehen auf die Differentialdiagnose der pathologischen und physiologischen Albuminurie, muss auch bei diesem Falle diese Albuminurie als physiologisch — nach der landläufigen Ansicht über physiologische Albuminurie — angesehen werden.

In weiterer Folge kommt aber Redner zu einer anderen Auffassung. Die Experimente, die Redner an Patientin angestellt, ergaben, dass man bei derselben die Eiweissausscheidungen in Zusammenhang zu bringen hat mit ihrem Leiden, das auch hier, wie in den bis nun beobachteten Fällen, eine Erkrankung des Nervensystems ist. Die Intensität dieser Erkrankung gibt auch den Massstab für die Auffassung der Albuminurie als einer schweren oder leichten Erkrankung ab. Redner glaubt daher auch alle anderen sogenannten physiologischen Albuminurien in einen ähnlichen Zusammenhang mit dem Nervensystem zu bringen, eine Annahme, deren Berechtigung er in den Uebergängen der einzelnen Albuminurien zu einander zu finden glaubt.

Die physiologische Albuminurie bei Soldaten sieht er als auf ähnlichen Ursachen beruhend an, nur müssen bei der erhöhten Gesundheit dieser die Impetus auf das Nervensystem stärker sein. Je afficirter dieses ist, desto leichter wird dieser Reflexvorgang der Albuminurie ausgelöst. Dagegen nimmt die intermittirende Albuminurie die höchste Spitze in der Reihe der physiologischen ein, da bei ihr geringe Einflüsse schon eine Albuminurie bewirken können, wie Bettaufsetzen etc., was als ein Hinüberneigen zur pathologischen, oder selbst als pathologische Albuminurie angesehen werden muss.

Redner kann nach seinen jetzigen Untersuchungen nichts über den Nerveneinfluss aussagen, doch glaubt er Circulationsstörungen als nächstes Moment für die Albuminurie schlechtweg läugnen zu müssen, da in seinem Falle Circulationsstörungen gesetzt wurden und der Nachtharn nach den asthmatischen Anfällen eiweissfrei gefunden wurde.

Discussion. Prof. KRAUS reiht die intermittirende Albuminurie in die Gruppe der persistirenden Albuminurie ein, da es Fälle von jahrelanger Dauer mit demselben Cyclus gibt. Die für dieselben geforderten Schwankungen, sowie der ungetrübte Gesundheitszustand sei nicht massgebend, da einerseits alle Albuminurien gewisse Schwankungen zeigen (Schrumpfniere), welche sowohl abhängig als unabhängig von der Harnsecretion sein können, und andererseits viele Menschen mit schweren Nierenleiden, anscheinend ganz gesund herumgehen geben können.

Eine stricte Definition der intermittirenden Albuminurie ist nicht möglich; will man zu einem halbwegs befriedigenden Resultate der Frage kommen, dann muss man sich an die geschichtliche Entwicklung der Frage halten. Zuerst müssen alle transitorischen Albuminurien ausgeschlossen werden; die intermittirende Albuminurie ist aber nicht etwas transitorische, sondern bleibende. Desgleichen muss die Albuminurie des Fötus und des Säuglings ausgeschlossen werden. Die Beobachtung hat ferner gezeigt, dass die intermittirnde Albuminurie besonders häufig vom 14. bis zum 24. Lebensjahre, also bei wachsenden Personen vorkommt. Es frägt sich, ob nicht etwa der vegetative Einfluss diese Form der Albuminurie beeinflusst, da sich bei solchen Personen oft Anämie, gesteigerte Herzthätigkeit, sowie überhaupt neurasthenische Beschwerden einstellen.

Für gewöhnlich sind es die Nucleoalbumine, welche im Harn auftreten, wenn sich in den Geschlechtswegen des Mannes oder des Weibes irgend welche irritativen Vorgänge zeigen. Die früheren Forschungen sind nicht von grossem Belang, da es erst in jüngster Zeit gelungen ist, die Globuline von den Nucleinen zu trennen.

Die Behauptung, dass bei der intermittirenden Albuminurie der Harn von ganz anderer Beschaffenheit sei und ihm das Sediment fehle, ist nicht richtig, da man mit der Centrifuge ein solches, selbst mit hyalinen Cylindern erzeugen kann.

Die Albuminurie gilt immer als ein gefürchtetes Symptom; es finden sich bei ihr immer mehr pathologische als physiologische Symptome. Sie kann nach einer Nephritis zurückgeblieben sein, oder in eine solche übergehen. Nie ist das pathologische Moment aus dem Auge zu lassen. (Fortsetzung der Diskussion in der nächsten Sitzung). *Dr. Em. Mandl.*

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

Allgemeine Sitzung.

Prof. Dr. Adolf Strümpell, (Erlangen): *Ueber die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkte aus.*

(Schluss.)

Allein, seine wesentliche und weit bedeutungsvollere Einwirkung entfaltet der Alkohol erst, wenn er in die Circulation aufgenommen ist und nun in unmittelbare Berührung und Wechselwirkung mit den Gewebszellen der verschiedenen inneren Organe tritt. Gleich nach seiner Resorption sind die in der Peripherie der Leberläppchen gelegenen Zellen die ersten, welche von dem alkoholhaltigen Blut der Pfortader-Capillaren umspült und einer toxischen Beeinflussung daher direct ausgesetzt werden. Es gibt wenige krankhafte Processe, an welchen wir den Vorgang des primären Zelltodes im eigentlichen Organgewebe durch eine unmittelbare chemische Schädigung mit allen ihren in dem widerstandskräftigeren interstitiellen Stützgewebe sich abspielenden Folgezuständen so klar übersehen können, wie bei der alkoholischen Lebercirrhose. Diese war auch überhaupt eine der ersten Krankheiten, deren Entstehung durch chronische Alkoholvergiftung selbst einer noch ätiologisch ungeübten ärztlichen Beobachtung auffallen musste. Doch ist die praktische Bedeutung der Lebercirrhose im Verhältniss zu den gleich nachher zu besprechenden Krankheitszuständen gering, da auch sie, wenigstens in ihren entwickelteren Formen, in der Regel nur durch die Einwirkung concentrirterer Alkohol-Lösungen, und daher bei der grossen Masse der Biertrinker im Ganzen nur selten auftritt. Welche Häufigkeit sie im Uebrigen annehmen kann, beweist eine Mittheilung aus dem Leipziger pathologischen Institut, wonach dort typische Lebercirrhose bei nahezu **3** Procent aller zur Section kommenden männlichen Leichen gefunden wird.

Diejenigen Organveränderungen, welche meiner ärztlichen Erfahrung und Ueberzeugung nach bei weitem in erster Linie genannt

werden müssen, wenn von dem schädlichen Einfluss der alkoholischen Getränke auf unsere Gesundheit die Rede ist, sind die Erkrankungen des Herzmuskels und seiner nervösen Apparate, die Erkrankungen der Arterien und die Erkrankungen der Nieren. Die alkoholische Erkrankung der Arterien, die chronische alkoholische Endarteriitis, lässt sich jedoch praktisch nicht genau umgrenzen, da hierbei in Wirklichkeit meist die mannigfachsten Krankheitsursachen zusammen einwirken. Auch macht sich ihre klinische Bedeutung weniger in selbständigen Krankheitsformen, als in secundären Folgeerscheinungen geltend. Darum sind es vor allem die muskulären Herzleiden und die Nierenerkrankungen, deren ungemein häufiges Auftreten im Zusammenhange mit dem chronischen Alkoholismus meine Aufmerksamkeit seit Jahren auf sich gelenkt und mir durch eine lange Reihe trauriger Erfahrungen den Kampf gegen die ihnen zu Grunde liegende Ursache zur Pflicht gemacht hat.

Während die toxisch-alkoholische Entstehung der meisten bisher genannten Erkrankungen, wie insbesondere des Delirium tremens, der multiplen Neuritis, der Lebercirrhose u. a. längst allgemein anerkannt wird, ist die häufige Entstehung chronischer Herz- und Nierenleiden durch den fortgesetzten Alkoholgenuss eine meines Erachtens noch lange nicht genügend ins allgemeine Bewusstsein der Aerzte eingedrungene Thatsache. Und doch ist die praktische Bedeutung gerade dieser Formen des Alkoholismus — ganz abgesehen von ihrer Häufigkeit — eine so ungemein grosse, weil gerade sie keineswegs nur durch die concentrirten alkoholischen Getränke, sondern ganz vorzugsweise durch den anhaltenden unmässigen Biergenuss hervorgerufen werden. Darum sind es viel umfassendere Bevölkerungsschichten, bei denen diese Zustände beobachtet werden, keineswegs nur die ärmeren und geistig tiefer stehenden Classen unseres Volkes, sondern gerade die wohlhabenderen und gebildeteren Stände, vor Allem freilich, namentlich bei bei uns in Bayern, der durch Beruf und Geschäft zu der Brauindustrie in näherer Beziehung stehende relativ grosse Theil unserer Bevölkerung. Nichts ist vom ärztlichen Standpunkte aus falscher, als zu glauben, dass durch die zunehmende Verdrängung anderer alkoholischer Getränke durch das Bier der verderbliche Einfluss des Alkoholismus vermindert wird, dass letzterer seine Opfer vorzugsweise nur in denjenigen Länder findet, wo der Branntwein einem auf niedriger Culturstufe stehenden Volke seine Armuth und seine Noth vergessen helfen soll. Nein, gerade unter der täuschenden Maske eines scheinbar leichten wohlschmeckenden und dabei noch nahrhaften Genussmittels hat der Alkohol seinen verderblichen Eingang gefunden in Kreise, welche ihm sonst vielleicht ganz verschlossen geblieben wären. Während schon das Wort «Schnaps» in guter Gesellschaft ungern genannt wird, während man mit dem Begriff eines Branntweintrinkers überall den Gedanken an eine sittlich verkommene, ihrem geistigen und körperlichen Verfall sich unaufhaltsam nähernde Existenz verbindet, herrschen über den Biergenuss fasst allgemein in den unteren und den höchsten Schichten unseres deutschen Volkes Ansichten, welche jeder vernünftigen und vorurtheilslosen ärztlichen Einsicht zuwiderlaufen. Denn nicht nur die hundertfache Erfahrung sondern die einfachste Ueberlegung der thatsächlichen Verhältnisse lehrt uns, wie die unleugbar vorhandenen Vorzüge des Bieres gegenüber anderen alkoholischen Getränken leider reichlich aufgewogen werden durch die Nachtheile, welche der so häufige sinnlose Masseugenuss dieses Getränks hervorruft. Hierdurch wird nicht nur der verhältnissmässig geringe procentische Alkoholgehalt in eine keineswegs bedeutungslose absolute Menge verwandelt, sondern noch ein zweites besonderes Moment hinzugefügt, nämlich die Einführung ganz hervorragend grosser Mengen von Flüssigkeit und von Nahrungsstoffen, welche sich meist zu der gewöhnlichen Nahrungs- und Wasseraufnahme noch hinzuaddiren.

Alle diese Momente spielen meines Erachtens ihre grösste Rolle bei der Entstehung der musculären Erkrankungen des Herzens, welche wir daher auch ganz vorzugsweise bei starken Biertrinkern beobachten. Die anatomisch hauptsächlich nachweisbare Veränderung ist dabei die Hypertrophie des Herzmuskels und zwar zunächst vorzugsweise am linken Ventrikel. Jede derartige Hypertrophie kann nichts anderes sein, als der Ausdruck und die Folge einer andauernd erhöhten Arbeitsleistung des Herzens. Welche Momente es aber sind, welche dem Herzen des starken Biertrinkers eine übermässige Arbeitslast aufbürden, lässt sich leicht nachweisen. In erster Linie ist es gewiss die grosse Wassermenge selbst, welche, ehe sie durch Nieren, Haut und Lunge wieder ausgeschieden wird, vom Blut aufgenommen und durch das Herz in Bewegung gesetzt werden muss. Welche Flüssigkeitsmengen aber bei starken Biertrinkern dem Kreislauf täglich zugeführt werden, ist wirklich zuweilen kaum glaublich. Schon eine tägliche Menge von 3—4 Liter d. h. 6—8 Pfund Flüssigkeit über das gewöhnliche Mass hinaus kann auf die Dauer nicht ohne Einfluss auf das Herz bleiben. Nach zahlreichen von mir angestellten Erkundigungen ist es aber, wenigstens bei uns in Bayern, durchaus keine Seltenheit, dass insbesondere die durch ihren Beruf der Versuchung zum starken Trinken ausgesetzten Personen Jahre lang fast unausgesetzt täglich 8—10 Liter d. i. 16—20 Pfund Flüssigkeit ihrem Körper zuführen. Von noch grösseren Mengen will ich hier gänzlich schweigen. Dass eine derartige Mehrbelastung des Kreislaufs um eine die normale mittlere Blutmenge fast um's Doppelte übersteigende Flüssigkeitsmenge zur Hypertrophie, dann aber zur vorzeitigen Erlahmung des Herzmuskels führen muss, ist nicht schwer verständlich. Daher bei uns in Bayern die Häufigkeit der sogenannten idiopathischen Herzvergrösserungen, wie sie zahlenmässig namentlich durch Bollinger und Bauer in München festgestellt ist und wie ich sie durch meine eigenen, wenn auch weniger umfassenden Beobachtungen durchaus bestätigen kann.

Die übermässige Flüssigkeitszufuhr zum Blut ist jedoch hierbei nur eine der mannigfachen Factoren, welche das Zustandekommen des hypertrophischen «Bierherzens» erklären. Daneben ist vor allem auch der Gehalt des Bieres an festen Nährstoffen in Betracht zu ziehen, zumal da es sich hier wieder um die grossen Gesammtmengen handelt. Bei einem Gehalt des Bieres von nur 5 Procent Extractivstoffen (die Münchener Biere enthalten nicht selten 6 Procent) repräsentiren 5 Liter Bier bereits eine Menge von 250 Gramm Kohlehydraten. Bedenkt man, dass der tägliche Gesammtbedarf an Kohlehydraten eines erwachsenen sich gut nährenden Mannes nur etwa 500 Gramm beträgt, so erkennt man sofort die bedeutende Vermehrung der Zufuhr von Nahrungsstoffen, welche der starke Biertrinker seinem Körper darbietet. Auch diese Ueberlastung des Blutes und der Gewebe mit Nährmaterial bringt eine Reihe schädlicher Golgen mit sich, indem hierdurch das specifische Gewicht des Blutes dauernd erhöht, die Herzarbeit somit wiederum erschwert, verner wahrscheinlich ein vermehrter Reiz auf die kleinen Gefässe und dadurch eine neue Ursache arterieller Drucksteigerung hervorgerufen wird. Die Unfähigheit der Gewebszellen, das im Uebermass zugeführte Ernährungsmaterial völlig zu verbrauchen, führt zu der unnöthig grossen Aufspeicherung desselben und so entsteht jene allgemein bekannte Fettleibigkeit der Biertrinker, welche als solche ihrerseits wiederum eine neue Reihe die Circulation und die Athmung erschwerender Umstände mit sich bringt. Zu dem allen kommt nun schliesslich noch die specifisch-toxische Wirkung des Alkohols hinzu. Fünf Liter Bier enthalten mindestens 100—150 Gramm reinen Alkohols, welchem wahrscheinlich eine Hauptrolle bei der Entstehung der mit der Hypertrophie häufig verbundenen myodegenerativen und nervösen Veränderungen zukommt.

Vielleicht noch häufiger als die Affectionen des Herzmuskels sind die Nierenerkrankungen der Alkoholisten und zwar wiederum, wie ich nach meinen ärztlichen Erfahrungen hervorheben muss, keineswegs nur der Wein- und Branntweintrinker, sondern ganz vorzugsweise auch der Biertrinker. Auch hierbei wirken wahrscheinlich verschiedenartige Umstände in dem gleichen Sinne schädigend ein. Neben der zu starken Wasserdurchtränkung und Secretionsüberbürdung der Nierenepithelien ist wohl die grösste Bedeutung der specifischen Alkoholeinwirkung auf diese Epithelien selbst zuzuschreiben. Vom klinisch toxikologischen Standpunkt scheint mir die doppelte Form im Auftreten der Alkohol-Nephritis interessant zu sein. Am längsten bekannt und von den Aerzten allgemein anerkannt ist die ganz allmählich entstehende und langsam fortschreitende Epitheldegeneration der Nieren, welche ihren grob-anatomischen Ausdruck schliesslich in der Entwicklung einer so-

genannten Nierenschrumpfung (granulirte Niere) findet. Weniger allgemein bekannt, von mir aber wiederholt beobachtet ist die acute alkoholische Nephritis, acut in dem Sinne, dass hierbei die Summation lang fortgesetzter chronischer Intoxications-Wirkungen zu dem plötzlichen Ausbruch einer schweren Functionsstörung der Nierenepithelien führt. Wie die alkoholische Nephritis, so tritt demnach auch die alkoholische Nephritis zuweilen als scheinbar primäre acute Krankheit auf, obwohl ihre Entstehung von langem her vorbereitet ist und vielleicht erst eine anderweitige äussere Veranlassung — eine Erkältung oder dergleichen — den letzten Anstoss zu ihrem Auftreten gibt. Die acute alkoholische Nephritis ist im Gegensatz zu vielen infectiösen und anderen toxischen Nephritiden meist nicht hämorrhagischer Natur. Sie geht oft mit starker Oedementwicklung einher, kann rasch zum Tode führen oder in eine chronische Nephritis übergehen. Völlige Heilungen scheinen nur seiten zu sein.

Bestimmte Zahlenangaben über die Häufigkeit der Herz- und Nieren-Erkrankungen bei Biertrinkern lassen sich nicht machen. Ich will auch gerne zugeben, dass man sich vor Uebertreibungen in Acht zu nehmen hat, da die Verhältnisse im einzelnen Fall oft complicirt und schwer zu beurtheilen sind. Oft wirken mehrere krank machende Schädlichkeiten zu gleicher Zeit ein. Allein, selbst bei völlig unbefangener Prüfung erscheint einem doch immer wieder die Menge des auf diese Weise durch Schuld, Leichtsinn und Mangel an Ueberlegung entstehenden Unglücks erschreckend gross!

Schliesslich muss ich noch auf eine vom klinisch-physiologischen Standpunkte aus besonders interessante Gruppe von Erkrankungen hinweisen, bei deren Entstehung ebenfalls der übermässige Genuss alkoholischer Getränke eine wichtige, wenn auch bis jetzt erst wenig verständliche Rolle spielt. Zu den zahlreichen bisher bekannten hemmenden, die normale Function der Organzellen schädigenden und herabsetzenden Giftwirkungen des Alkohols gehören auch gewisse Einflüsse auf den Ablauf der der allgemeinen Stoffwechsel-Vorgänge. Bekanntlich ordnen wir diese letzteren in drei grosse Hauptgruppen, je nach der chemischen Natur der drei hauptsächlichsten Arten von Nahrungsstoffen, welche dem Organismus zu seiner Erhaltung zugeführt werden müssen. Wir unterscheiden und untersuchen im einzelnen die chemischen Umsetzungen der Eiweisskörper, der Kohlehydrate und des Fettes. Dem entsprechend gibt es auch drei hauptsächlichste Anomalien des Stoffwechsels, je nachdem die Störung sich auf die eine oder die andere der drei genannten Gruppen von Nährstoffen bezieht. Die krankhafte Aenderung in dem Umsatz der Eiweisssubstanzen tritt uns unter den klinischen Erscheinungen der echten Gicht (der abnormen Harnsäurebildung, der Arthritis urica mit ihren zahlreichen Nebenerscheinungen) entgegen, die krankhafte Störung in der Verbrennung der Kohlehydrate bezeichnen wir als Diabetes mellitus (Zuckerharnruhr), während endlich die Anomalien des Fettumsatzes als krankhafte Fettleibigkeit und Fettsucht auftreten. Bei allen diesen genannten Krankheitszuständen handelt es sich um eine Herabsetzung, eine Hemmung und Unvollständigkeit der normaler Weise nothwendigen chemischen Umsetzungen. Den Grund hiervon müssen wir aber in letzter Hinsicht stets in einer Verminderung der chemischen Energie, der chemischen Leistungsfähigkeit gewisser bestimmter oder aller Organzellen suchen. Irre ich nicht, so kommen hierbei im wesentlichen zwei Factoren in Betracht: einmal angeborene, d. h. mit der von vornherein gegebenen Körperconstitution zusammenhängende Schwächezustände der Zellen, wodurch diese früher oder später nicht mehr im Stande sind, die ihnen zukommenden chemischen Aufgaben in genügender Weise auszuführen; sodann aber auch im Verlaufe des Lebens erst entstandene, d. h. durch äussere Schädlichkeiten erst herbeigeführte krankhafte Veränderungen der Zellen, welche in gleicher Weise die normalen Zellfunctionen beeinträchtigen. Zu der letztgenannten Gruppe von Schädlichkeiten gehören vor allem, wie zahlreiche klinische und toxikologische Erfahrungen uns gelehrt haben, die Einwirkungen ganz bestimmter chemischer Gifte. So ist z. B. das Auftreten einer echten typischen Gicht in Folge chronischer Bleivergiftung eine allgemein bekannte Thatsache, so kennen wir zahlreiche Gifte (Phloridzin u. A.), die zu einem künstlichen Diabetes führen, so lassen sich endlich mehrfache Thatsachen anführen zu Gunsten einer Beeinflussung des Fettumsatzes durch gewisse Gifte, wie z. B. Arsen, Phosphor u. A.

Für die uns hier interessirende Frage ist es nun besonders wichtig, dass eine aufmerksame klinische Beobachtung meines Erachtens mit grösster Wahrscheinlichkeit auch der chronischen Alkoholintoxication eine Reihe derartiger hemmender Einflüsse auf den Stoffwechsel zuschreiben muss. Von der Gicht (dem Podagra, «Zipperlein») ist es ja eine längst allgemein gewordene Anschauung, dass dieselbe besonders häufig — wenn auch freilich keineswegs immer — in Folge einer zu üppigen Lebensweise im Verein mit andauerndem reichlichen Alkoholgenuss entsteht. Von der abnormen Fettleibigkeit ist es ebenso allgemein bekannt, dass sie bei Trinkern und zwar Biertrinkern ganz vorzugsweise entsteht. Nun liegen hier natürlich die Verhältnisse insofern anders, als man selbstverständlich in erster Linie nicht dem Alkohol als solchem, sondern dem quantitativen Uebermass der zugleich zugeführten Nährstoffe die Hauptrolle bei der Entstehung der abnormen Fettleibigkeit zuschreiben wird. Bei genauerer Beobachtung und Ueberlegung lassen sich auch hier in gewissen Fällen Momente nachweisen, welche anscheinend deutlich auf eine ungenügende Fettverbrennung im Organismus hinweisen. Es wäre in der That meines Erachtens höchst wünschenswerth, durch genauere, bisher noch nicht ausgeführte Stoffwechseluntersuchungen nachzuweisen, in wie weit eine solche herabgesetzte Fähigkeit des Organismus, das ihm zugeführte oder in ihm gebildete Fett zu verbrennen, besteht und insbesondere durch den Einfluss chronischer Alkoholintoxication hervorgerufen werden kann.

In Bezug auf die dritte der oben erwähnten Stoffwechselanomalien, den Diabetes mellitus, muss ich auf Grund meiner eigenen klinischen Erfahrungen auf das Bestehen einer besonderen mit Alkoholismus zusammenhängenden Form ganz entschieden hinweisen. Ich rechne hierzu fast nur solche Fälle, welche den Aerzten unter der Bezeichnung «Diabetes der Fettleibigen» längst bekannt sind und welche ich ganz vorzugsweise bei übermässigen Biertrinkern und zwar, was ich besonders hervorhebe, wiederholt im Verein mit sonstigen ganz typischen alkoholischen Erkrankungen, so namentlich auch mit alkoholischer Polyneuritis beobachtet habe. Eine ganze Reihe interessanter klinischer Complicationen des Diabetes, wie z. B. ausser der schon erwähnten Fettleibigkeit und Polyneuritis mit chronischer Nephritis, mit echter Gicht, mit Lebercirrhose u. A. werden uns klarer und verständlicher, wenn wir auf diese Möglichkeit einer gemeinsamen coordinirten toxischen Entstehung der genannten Zustände mehr achten, als es bisher meist geschehen ist.

Ich bin mir sehr wohl bewusst, Ihnen verehrte Anwesende, im Vorstehenden nur in flüchtigen und skizzenhaften Ausführungen einige der mir am wichtigsten erscheinenden allgemeinen Gesichtspunkte und ärztlichen Thatsachen in Bezug auf die Alkoholfrage angeführt zu haben. Jedenfalls schien es mir wünschenswerth zu sein, einmal vom rein ärztlichen Standpunkt aus ohne alle Nebenrücksichten die Frage genauer in's Auge zu fassen, in welcher Weise und in welcher Ausdehnung sich der schädliche Einfluss alkoholhaltiger Getränke auf unsere Gesundheit geltend macht. Ich weiss, dass bei der Beantwortung dieser Frage im Einzelnen noch vieles zweifelhait ist und dass die Complicirtheit der thatsächlichen Verhältnisse auch hier nur zu leicht unser Urtheil erschwert und irreleitet. Allein, selbst wenn wir von zweifelhaften Beziehungen des Alkoholismus auch ganz absehen, glaube ich Ihnen im Vorhergehenden immer noch zur Genüge dargethan zu haben, wie gross das Gebiet gesundheitsschädlicher Wirkungen ist, welchen sich Tausende unserer Mitmenschen oft ahnungslos aussetzen. Wenn wir ferner bedenken, dass ausser den oben im einzelnen angeführten schweren Folgeerscheinungen des chronischen Alkoholismus selbstverständlich noch reiche leichtere, ihrem Wesen nach oft nur schwer deutbare Krankheitszustände aus entsprechender Ursache entstehen, dass der Alkoholismus ausserdem noch die mannigfaltigsten secundären, Folgen nach sich ziehen kann, so erscheint uns die Summe des gesammten durch den Alkohol angerichteten Uebels wohl gross genug um uns Aerzten als ernsteste Mahnung zu dienen, hier mit allen Kräften helfend einzugreifen. Wie manchen schwierigen und fast aussichtslosen Kampf müssen wir kämpfen theils gegen ganz unbe-

kannte und verborgene, theils gegen zwar bekannte, aber unseren Waffen gegenüber übermächtige Feinde. Hier aber kennen wir den Feind und seine Angriffsweise genau. Hat er erst einmal gesiegt, dann freilich ist der von ihm angerichtete Schaden oft nie wieder gut zu machen. Aber seine Abwehr ist im Grunde eine so leichte. Es gehört nichts dazu, als etwas Einsicht und fester Wille! Und da sollten wir die Gelegenheit, so unendlich viel Unglück zu vermeiden, nicht freudig ergreifen, und sollten müssig zuschauen, wie ein werthvolles Leben nach dem andern dem Gegner zum Opfer fällt?

Ich muss leider betonen, dass die Indolenz, mit welcher noch immer die Alkoholfrage häufig auch von ärztlicher Seite aus behandelt wird, kaum zu begreifen ist. Doch wird es hoffentlich anders werden, wenn erst die Kenntniss von den zahlreichen schädlichen Folgen der chronischen Alkoholintoxication noch viel lebhafter und eindringlicher den ärztlichen Kreisen zum Bewusstsein gekommen sein wird, wenn zahlreiche irrige Vorstellungen über die Unschädlichkeit, ja sogar über den Nutzen und die vermeintliche Heilkraft des Alkohols erst beseitigt sind. Vor allem wird es dann auf die hygienische Belehrung ankommen, welche der Hausarzt in den seiner Obhut sich anvertrauenden Familien ausüben soll. Dabei lege ich einen besonderen Werth auf das Verbot alkoholischer Getränke bei Kindern. Es ist kaum glaublich, mit welchem Leichtsinn und Unverstand schon bei kleinen Kindern die Angewöhnung an den Genuss alkoholischer Getränke durch die Erwachsenen eingeleitet und befördert wird. Vor nicht langer Zeit konnte ich in meiner Klinik eine alkoholische Polyneuritis bei einem 5 jährigen Gastwirthssohn beobachten, welcher nachgewiesenermassen täglich mehr als einen ganzen Liter Bier zu trinken erhalten hatte!

Ich schliesse mit dem Wunsche und der Hoffnung, dass auch bei den hier versammelten Aerzten meine Worte vielleicht nicht ganz ohne Wirkung verhallen und dann doch in etwas dazu beitragen werden, die Noth und das Elend der Welt zu vermindern. Das Gefühl des Unwillens über den Spott, welchen wir Alkoholgegner nicht selten von einer gedankenlosen Menge zu ertragen haben, schwindet vollständig, wenn man sich sagen kann, dass man thatkräftig und mit fester Ueberzeugung für eine gute und nützliche Sache eingetreten ist.

I. Sitzung der Abtheilung für Pharmakologie am 14. September.

Dr. F. Schilling (Nürnberg): *Ueber antagonistische Ausgleichung der Nebenwirkung einiger Arzneimittel.*

1. Redner verweist zunächst auf seine Abhandlung in Nr. 3 des ärztlichen Intelligenzblattes vom Jahre 1883, wonach die unangenehmen Erscheinungen von Hyperämie im Gehirn und Gehörorgane beim Gebrauche von Salicylpräparaten durch die gleichzeitige Darreichung von Mutterkorn aufgehoben werden. In 75 Procent einer grossen Reihe so behandelter Fälle sei jegliche Erscheinung von Eingenommensein des Kopfes, Schwindel, Ohrensausen etc. ausgeblieben, so dass für ihn die prophylactische Wirkung des Secale gegen die toxischen Erscheinungen bei Einverleibung von Salicylsäure feststehe. Umgekehrt habe er in einem sehr schweren Falle von Ergotismus von Natrium salicylicum als Antidot gegen die Mutterkornvergiftungserscheinungen so vorzüglichen Erfolg gehabt, dass er nicht anstehe, dasselbe als Gegenmittel bei acuter Mutterkornvergiftung zu empfehlen. Er goss in den ausgeheberten Magen eines Patienten, der ein Secaleinfus von 10·0 : 150·0 auf einmal genommen und schwere Vergiftungserscheinungen bekommen hatte, 4 *gr* Natrium salicylicum; in 100 *gr* Wasser gelöst, ein, und nach kurzer Zeit waren sämmtliche Intoxicationserscheinungen verschwunden. Die Wirkung dieses Antidots erklärt Redner dahin, dass die durch das Mutterkorn zusammengezogenen und leer gewordenen Arterien des Gehirns, des Herzens etc. durch die eine Gefässhyperämie erzeugende Salycilsäure wieder reichlicher mit Blut versorgt würden, wodurch der normale Tonus der Arterien und in Folge hiervon der Status quo ante wiederhergestellt werde.

2. Redner nimmt an, dass in Folge seiner Mittheilung, in Nr. 52 des Jahrganges 1885 der «Münchener medicinischen Wochenschrift» das Amylnitrit allgemein als Antidot bei Cocaïnintoxication anerkannt sei. Umgekehrt habe er eine acute Amylnitritvergiftung mittelst einer Cocaïneinspritzung sehr rasch zum Verschwinden gebracht. Eine gesunde Dame, der wegen Hämikranie Amylnitrit ordinirt war, hatte etwa 2½ *gr* davon auf's Kleid in der Brustgegend geschüttet. Kurz danach waren ernste Vergiftungserscheinungen aufgetreten: Heftiger Kopfschmerz, Schwindel, Herzklopfen, verminderte Sehschärfe, Gelbsehen, taumelnder Gang etc. Eine schleunigst gemachte subcutane Injection von 1 *gr* einer fünfprocentigen Cocaïnlösung liess die Erscheinungen in wenigen Minuten schwächer werden, nach 15 Minuten vollständig verschwinden. — Vortragender nimmt an, dass das gefässverengernde Cocaïn die vom Amylnitrit erweiterten Blutgefässe des Kopfes schnell constringirte und somit die Erscheinungen der Amylnitritvergiftung auf antagonistischem Wege beseitigte.

3. Der bekannten Thatsache, dass das Chloroform auf das Herz ungünstig einwirkt, indem nach GASKELL und SHORE das Sinken des Blutdrucks während der Chloroformnarcose durch eine Erschlaffung der Herzbewegung bedingt wird, indem WINOGRADOFF eine Erkrankung der Herzganglien als Folge der Chloroformverwendung gefunden hat und überhaupt nach DJAKONOW Herzverfettung am häufigsten als Ergebniss der Section von in Chloroformsyncope Verstorbenen sich findet, suchte SCHILLING dadurch zu begegnen, dass er in einer Reihe von Fällen bei Leuten, die mit Klappenfehlern, Fettherz, chronischer Myocarditis etc. behaftet waren, vor der Chloroformnarcose zur Regulirung der ungenügenden Herzaction prophylactisch Digitalis gab; 2·0 : 180·0 in Infus zweistündlich 1 Esslöffel einige Tage vor der geplanten Operation hindurch. Nach Redners Erfahrung haben die betreffenden Patienten die Narcose, die zuweilen bis zu 2 Stunden dauerte, so vorzüglich überstanden, dass er diese prophylactische Medication gegen die Gefahren des Chloroforms dringend empfehlen zu sollen vermeint. — Resumirend empfiehlt SCHILLING Salicyl bei acutem Ergotismus, das Cocaïn bei Amylnitritvergiftung, sowie die Digitalis als Präservativ bei Chloroformnarcose bei Personen mit Herzaffectionen.

61. Jahresversammlung der „British Medical Association“.

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

(Fortsetzung.)

Dr. Robert Barnes: *Antiseptische Geburtshilfe.*

Es wird am Platze sein, wenn die anwesenden Collegen ihre Erfahrungen betreffend einige der hauptsächlichen antiseptischen Massregeln und Agentien, die man jetzt als zuverlässig betrachtet, zum Ausdrucke bringen werden.

Dies wird zweckmässig auf die Art geschehen, dass wir die Massregeln besprechen, die man in der letzten Zeit in den Gebärkliniken angenommen hat. Diese Massregeln finden natürlich auch in der häuslichen Praxis ihre Anwendung:

1. Jede Kranke soll ein Zimmer für sich haben.
2. Das Zimmer, wenn es benützt wurde, soll vierzehn Tage leer stehen und einer Reinigung unterzogen werden.
3. Die Wände sollen angestrichen, nicht weiss gewaschen sein.
4. Für Luft und Sonne muss reichlich gesorgt sein.
5. Jod-, Brom-, Chlor- und Salzsäuredämpfe und Dämpfe von Untersalpetersäure erweisen sich als nützlich, um die Krankheitskeime zu zerstören.
6. Unter allen antiseptischen Agentien glaube ich, dass die zerstäubte Carbolsäure das beste Mittel sei. Diese soll während und nach der Geburt gebraucht werden.

Die diesbezüglichen Erfahrungen auf der britischen Gebärklinik sind speciell lehrreich. Seit 1881 gab es dort kein Puerperalfieber. Die Zahl der schweren Fälle, welche eine Operation erheischten, betrug 8 Procent. Die Todesfälle während vierzehn Jahren betrugen 1 : 176. Der Carbolspray bleibt fortwährend in Function, und Dr. BARR erzählt, dass TARNIER seit dem Besuche, den er dieser Klinik abgestattet hatte, dieses Verfahren von Dr. FRANCOURT BARNES in seiner «Maternité» in Anwendung gebracht hat.

Ich glaube, dass in dieser Zerstäubung der Carbolsäure, abgesehen von ihrer Eigenschaft, die Krankheitskeime zu sterilisiren,

noch ein anderer Vortheil liegt, nämlich, wenn die Carbolsäure inhalirt und dann vom Blute resorbirt wird, so wirkt dieselbe als ein Antidot oder als ein Correctiv jedem Gifte gegenüber, das sich im Organismus entwickeln kann, oder in denselben hineingebracht wurde. Während der Choleraepidemie des Jahres 1866 führte ich ein ähnliches Verfahren an Bord des Dreadnought ein, und ich glaube mit gutem Erfolge.

Es ist dies eine ausgezeichnete Art und Weise, präventive und active Mittel in Anwendung zu bringen.

Ein wichtiges Argument zu Gunsten der dampfförmigen oder Luft-Desinfection ist der Umstand, dass nicht bloss die Puerpera, sondern auch der Arzt und die Umgebung des Kranken an Leib und Kleidern desinficirt werden. Ein Moment, das von grosser Bedeutung ist, betrifft die Auswahl eines wirksamen und ungefährlichen Antisepticum. Ich führe hier eine Liste der gebräuchlichen wichtigsten antiseptischen Mittel an, die ich in folgender Art classificire:

1. Einfache Körper: Sauerstoff, Jod, Chlor, Brom Schwefel, Holzkohle, Quecksilber.

2. Mineralsäuren und Salze: Salpeter-, Chrom-, Bor-, Schwefel- und arsenige Säure; Chlorzink, Chlorkalk, schwefelsaures Eisen, salpetersaures Silber, salpetersaures Blei, Alaun und Jodkalium.

3. Organische Verbindungen: Acidum hydrocyanicum, Acidum tannicum, Acidum gallicum, Jodoform, Kampher, Chloral, Eucalyptol, Menthol, Theer, Theeröl, Salicylsäure, Tolu, Benzoin, Chinin, Aether und Carbolsäure.

Einige dieser jetzt aufgezählten Mittel können ohne Schaden ausser Acht gelassen werden. Die ausgewählten Mittel können auf drei oder mehr Arten gebraucht werden:

1. Aeusserlich in der Form von Gas oder Spray; zur Abspülung, um giftige Keime, welche die Puerpera befallen könnten, zu zerstören.

2. Sie können als Waschungen, Pulver oder Unguente in den Genitaltract hineingebracht werden, um die Entwicklung septischer Massen hintanzuhalten oder dieselben zu zerstören, wenn sie sich bereits gebildet haben.

3. Sie können als gewöhnliche Medicamente gebraucht werden, nämlich direct in den Organismus eingeführt, durch Inhalation, durch Absorption, durch die Haut, per os oder durch Injection in die Venen oder durch subcutane Injection.

Einige Mittel wirken in zwei oder mehr der genannten Arten. Welche von diesen sollen wir wählen? Diejenigen, bei welchen wir die meiste Erfahrung haben, sind Karbolsäure, Jod, Chlor, Quecksilber und Schwefel. Alle besitzen schätzbare Eigenschaften. Aber die erste Bedingung geht dahin, dass sie in passenden Fällen und in einer überlegten Art gebraucht werden sollen.

Wenn wir auch unwiderlegliche Beweise dafür haben, dass die Karbolsäure in verschiedenen Formen von hohem Werthe sei, so ist aber andererseits auch bekannt, dass, wenn sie in zu grosser Menge resorbirt wird, sie Hämoglobinurie und sogar den Tod bewirken kann. Kali chloricum wirkt bis zu einem gewissen Grade wie ein Heilmittel. Das Sublimat, welches von TARNIER so sehr gerühmt wird, und mit dem er und Andere so glänzende Resultate erzielt haben, hat auch seine Gefahren. Vergiftungsfälle in Folge des Gebrauches desselben sind nicht selten. Man kann es Hebammen und Krankenpflegerinnen kaum anvertrauen. Es ist dringend nothwendig, das man für die Concentration und für die Art seines Gebrauches definitive Regeln aufstellt.

HOFMEIER und ANWARD haben gefunden, dass eine Complication mit Nephritis die Gefahr des Gebrauches des corrosiven Sublimats stark erhöhete. Jodoform in Pulver auf die Wunde applicirt, hat sich bisweilen als Gift erwiesen.

Terpentin, ein altmodisches Mittel, als intravaginale oder rectale Injection, ist ziemlich gefahrlos. Jod ist, wie ich glaube, das schätzbarste Antisepticum, im Verhältniss von 5 : 1000 Wasser. Eucalyptus wird, wie ich höre, in der Maternité in Glasgow gebraucht.

Die Discussion dieser und anderer verwandter Momente, die ich vielleicht nicht erwähnt habe, liegt nun in Ihren Händen. Ich bin überzeugt, dass diese Discussion an Thatsachen und Argumenten fruchtbar sein wird und die unvollkommene Art, auf die ich die mir zugefallene Aufgabe gelöst habe, mildern wird.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Malaria-Parasiten.

Auf Grund fremder und eigener Beobachtungen dargestellt von **Dr. Julius Mannaberg** (aus der I. medicinischen Klinik in Wien).

Der durch seine Arbeiten über die Malaria-Parasiten bereits bekannte Autor gibt in dem vorliegenden Werke eine erschöpfende Darstellung des gegenwärtigen Standes der Malaria-Plasmodien-Frage. — Abgesehen von der klaren Diction und den vorzüglichen Abbildungen, gewinnt das Buch einen besonderen Werth dadurch, dass der Verfasser auf Grund seiner eigenen reichen Erfahrungen, die er in den südlichen Malariagegenden Oesterreichs zu sammeln Gelegenheit hatte, die ganze bisherige Literatur kritisch bespricht und ausserdem durch wichtige neue Funde über eine Reihe bisher unklarer Punkte Aufschluss bringt.

Das erste Capitel enthält eine historische Uebersicht, in welcher vor Allem auf die Priorität LAVERAN's gegenüber den Ansprüchen italienischer Autoren hingewiesen wird.

Was die Untersuchungstechnik anlangt (II. Capitel), empfiehlt Verfasser neben der Untersuchung des frischen Präparates und der Färbung mit Boraxmethylenblau, die von ihm angegebene Methode (Fixation mit Pikrinsäure, Eisenessig, Färbung in Hämatoxilin), bei welcher die Structurverhältnisse der Plasmodien sehr schön zum Ausdruck kommen.

Aus dem Capitel «Morphologie der Parasiten» sei als besonders interessant der Abschnitt über die LAVERAN'schen Halbmonde hervorgehoben, die MANNABERG auf Grund zahlreicher Beobachtungen als Copulationsformen (Syzygienbildungen) ansieht. Indem zwei amöboide Körperchen mit einander verschmelzen, entsteht ein Halbmond.

In der vielumstrittenen Frage, ob die bei den verschiedenen Formen der Malaria gefundenen Parasiten identisch sind, oder ob den einzelnen Fiebertypen verschiedene Species entsprechen, tritt Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen der letztgenannten Ansicht bei und theilt die Parasiten in folgende Gruppen ein:

I. Malaria-Parasiten ohne Halbmonde (i. e. ohne Syzygienbildung)

a) Quartanparasit
b) Tertianparasit

II. Malaria-Parasiten mit Halbmonden (i. e. mit Syzygienbildung)

a) pigmentirter Quotidianparasit
b) unpigmentirter Quotidianparasit
c) maligner Tertianparasit.

Zur Gruppe I. gehören die bei gutartigen Fällen vorkommenden Parasiten, während die in Gruppe II. angeführten den malignen Formen entsprechen.

Das Vorkommen von Halbmonden weist immer auf einen chronischen oder malignen Verlauf der Krankheit hin.

Für den Praktiker von besonderem Interesse ist das VI. Capitel, in welchem der Entwicklungsgang der verschiedenen Parasitenformen eingehend geschildert und an zahlreichen Beispielen gezeigt wird, dass man aus dem Blutbefunde allein den Typus erkennen, und den Zeitpunkt des nächsten Anfalles ungefähr voraus bestimmen könne.

Die letzten Abschnitte enthalten nebst Beobachtungen über Spontanheilung der Malaria und über die Chininwirkung eine Reihe wichtiger therapeutischer Angaben.

Das Buch, das dem Kliniker sehr viel Interessantes und Werthvolles bringt, wird für Jeden, der sich mit dem Gegenstande eingehender befassen will, unentbehrlich sein. *Dr. A. H.*

Lehrbuch der Augenheilkunde.

Bearbeitet von **Dr. Adolf Vossius,**
Professor in Giessen.
Mit 214 Figuren im Text und 1 Durchschnitt des Auges
2. vermehrte und verbesserte Auflage des «Grundriss der Augenheilkunde».
Verlag von Franz Deuticke, Leipzig 1893.

Der seinerzeit so beifällig aufgenommene Grundriss präsentirt sich in 2. Auflage entsprechend vergrössert als Lehrbuch. Wir wollen gleich vorweg nehmen, dass das Werk des Verfassers sich ebenbürtig den übrigen grossen Arbeiten über Augenheilkunde anreiht. Es ist vorwiegend der therapeutische Theil des Buches, den der Autor besonders gründlich, und den Bedürfnissen des Praktikers entsprechend, ausgeführt hat. Mit grosser Objectivität hat Verfasser dabei alle üblichen Methoden kritisch beleuchtet, um schliesslich aus dem reichen Schatze seiner Erfahrungen zu schöpfen, und besonders bewährte Verfahren zu empfehlen. So z. B. in der Trachomfrage. Verfasser hat während seines Aufenthaltes in Königsberg mehr Gelegenheit gehabt als irgend ein Anderer, die jedem Arzte so wichtige Krankheit zu studiren, und empfiehlt auf Grund seiner Beobachtungen entschiedenst die operative Behandlung, von der er nur Vortheile gesehen hat.

Die Krankheiten des Augenhintergrundes sind mit grossem Verständnisse behandelt, und insbesondere bei diesem Kapitel ist es die angenehme Schreibweise des Verfassers, das fortwährende Betonen der Beziehungen zwischen Auge und Gesammtorganismus, die die Lectüre zu einer anregenden gestalten.

Nicht der geringste Vorzug des Werkes sind die zahlreichen, wohlgelungenen Illustrationen des Buches, von denen namentlich die pathologisch-anatomischen Bilder hervorzuheben sind.

Das Werk wird sich gewiss in seiner neuen Form viele neue Freunde erwerben. *Dr. A. P.*

Gynäkologisches Vademecum für Studirende und Aerzte.

Von **Dr. A. Dührssen.**
Berlin 1893.

Das Büchlein, das in dem verhältnissmässig kurzen Zeitraum von zwei Jahren nun schon in dritter Auflage erscheint, gehört sammt dem von uns bereits besprochenen geburtshilflichen Vademecum desselben Autors zu den besten dieser Art. Man kann freilich von einem Werkchen, das auf kaum 170 Klein-Octavseiten die ganze Gynäkologie behandelt, nicht eingehende Details verlangen — so finden sich z. B. nur die an GUSSEROW's Klinik üblichen Operationsmethoden — aber seinem Zwecke, den Studenten zum Besuche der gynäkologischen Klinik vorzubereiten, entspricht das Buch ebenso wie dem Bestreben, dem Bedürfniss des praktischen Arztes durch Beschreibung der kleineren Operationen, Technicismen und der Assistenz bei den gangbaren gynäkologischen Operationen Rechnung zu tragen. Die vorliegende dritte Auflage des hübsch ausgestatteten Buches ist durch einige Abbildungen und kleine Zusätze vermehrt worden. *Dr. W.*

La pratique des maladies des enfants dans les hopitaux de Paris.

Von **Paul Lifort.**
Paris J. B. Baillière et fils.

Das hübsch ausgestattete Büchlein ist unter der Mitarbeiterschaft von nicht weniger als 85 Primarärzten der Pariser-Spitäler entstanden. Weniger gross ist die Zahl der besprochenen Krankheiten, da, wie in der Vorrede gesagt wird, nur die alltäglich am Krankenbett sich darbietenden Fragen in Betracht gezogen wurden.

So haben wir über den Keuchhusten z. B. 11 verschiedene Abschnitte, — den einzelnen Aerzten entsprechend — deren jeder mit einer oder der anderen Abweichung dasselbe wie der vorhergehende enthält, während die Hautkrankheiten keinen Platz gefunden haben. Abgesehen von dieser Raumverschwendung ohne Vollständigkeit finden wir in dem kleinen Werk viel des Interessanten. Ausführlich und mit Rücksichtnahme auf die neuesten Forschungsresultate sind die hygienischen Fragen behandelt, während wir bei manchen der übrigen Kapitel nur die Ueberzeugung gewinnen, dass die Behandlungsprincipien der einzelnen Autoren sehr von einander abweichen, ohne dass uns einige Worte über die Motive in jedem Fall aufklären würden.

So enthält der Abschnitt Scoliose von SAINT GERMAIN nichts als die Worte:

«Seebäder sind Scoliotischen zu verbieten», während JULES SIMON nach vielen Contraindicationen gerade die Rhachitis — und diese ist doch wohl eine häufige Ursache der Scoliose — als durch Seebäder besonders günstig beeinflusst anführt.

Dies Ein Beispiel für viele.

Das «Manuel» erfüllt also wohl seinen Zweck für denjenigen, der sich für die Verschreibungsweisen der einzelnen Pariser-Autoren interessirt; — wer sich über die Therapie in den französischen Spitälern orientiren will, dem wird wohl ein einheitlicher gearbeitetes Buch, anzurathen sein, für das vorliegende gilt das nicht gerade Empfehlende: Multa, non multum. *Dr. O. R—.*

Zeitungsschau.

Dr. G. Wolzendorff (Wiesbaden): **Der Aderlass.** (Eine zeitgeschichtliche Skizze). (Deutsche Medicinalzeitung, Nr. 76, 1893.)

Mehr als zweitausend Jahre alt ist der Aderlass und doch ist bis heute der Kampf der Meinungen über ihn nicht entschieden. — Zu Zeiten misbraucht, zu anderen fast gänzlich verworfen, gerāth er doch nie vollkommen in Vergessenheit, nur über das Mehr oder Minder kann keine Einigung erzielt werden. Die Indicationen, die in Deutschland gelten, sind im Wesentlichen folgende: Pneumonie unter besonders das Leben bedrohenden Umständen bei gefährlichen Hyperämien der Lunge, Capillarbronchitis mit beginnendem Lungenödem, Convexitäts-Meningitis mit sehr acutem Charakter bei kräftigen Personen, Endocarditis, wenn Lungenödem im Anzuge ist, Gehirnblutung bei kräftigen Personen und schliesslich die Lungenblutung bei hochgradiger Hyperämie der Lunge und kräftiger Herzthätigkeit.

Doch auch diese Indicationen bestehen mehr theoretisch; praktisch geübt wird der Aderlass auf deutschen Kliniken gar wenig.

Anders in Belgien, Amerika, Italien. Da hat der Aderlass zahlreiche und entschiedene Anhänger, die ihn nicht nur unter den früher genannten Umständen als ein lebensrettendes Mittel schützen, sondern auch als Heilmittel bei den verschiedensten entzündlichen Krankheiten empfehlen.

SCHUBERT (in Reinerz) erhielt auf eine von ihm erlassene öffentliche Aufforderung von 21 deutschen Aerzten Mittheilungen über ihre Erfahrungen mit dem Aderlass. Die Erfolge waren verschieden, doch scheinen sie im grossen Ganzen zu Gunsten desselben zu sprechen. — Venäsecirt wurde bei den verschiedensten Leiden.

Vortheilhaft erwiesen sich die Blutenziehungen bei entzündlichen Krankheiten, besonders Pneumonie, dann Pleuritis, Endocarditis, Meningitis, weiters bei verschiedenen Zuständen wie bei den Beschwerden des Klimacteriums, bei Kopfschmerzen, bei Influenza, bei älteren Beingeschwüren und totalem Eccem des Unterschenkels.

In neuester Zeit wurden Blutentziehungen bei der Behandlung der Chlorose empfohlen.

Diese Behandlungsweise der Bleichsucht ist nicht neu, sie wurde schon im 18. Jahrhundert vielfach geübt, doch gerieth sie in Vergessenheit, bis sie 1848 wieder von Oberstabsarzt DYES aufgenommen wurde, dem später WILHELMI (in Güstrow), SCHOLZ (in Bremen), SCHUBERT (in Reinerz) hierin folgten.

Die drei letztgenannten Autoren behaupten bei Chlorosis und zwar gerade bei den schwersten Fällen durch einen Aderlass oft ganz überraschende Erfolge gehabt zu haben.

Von Wichtigkeit ist der nach dem Aderlass auftretende Schweiss, der noch durch Diaphoretica unterstützt werden soll.

Die Operation selbst wird an dem im Bett liegenden Kranken ausgeführt und muss danach einige Tage Bettruhe bewahrt werden.

— Es werden 80—100 *gr* Blut entleert (nach DYES etwa 1 *gr* auf ein Pfund Körpergewicht). Die Blutentziehung kann nach 4, eventuell bei schwachen Personen nach 8 Wochen wiederholt werden. Die Cur wird durch Eisen und Bäder passend unterstützt.

Der Aderlass hat durch Verringerung der Blutmasse depletorische, derivatorische und auch bis zu einem gewissen Grade durch Nachströmen von Gewebsflüssigkeit in die Gefässe resorbirende Wirkung.

Weiter wurde Ansteigen der Pulszahl, Herabsetzung des Blutdruckes (durch 3—4 Stunden, bei grösserer Blutentnahme auch durch 24—36 Stunden), Zunahme des Lymphstroms (bei kleinen Blutentziehungen um 10—31%, bei wiederholten Aderlässen um das Doppelte und mehr) bei Thieren beobachtet.

BAUER (Zeitschrift für Biologie, Bd. 8) hat gefunden, dass durch Aderlässe einerseits die Eiweisszersetzung erhöht, die Kohlensäureausscheidung herabgesetzt, anderseits die Zersetzung des Fettes vermindert ist, was reichliche Fettanhäufung zur Folge hat.

Ausserdem wurde von Anderen auch eine geringe Steigerung des respiratorischen Stoffwechsels wahrgenommen.

Grössere Blutverluste bewirken zuerst ein Absinken, hierauf Steigerung der Temperatur (um $^1/_2$—2°).

All' dies beweist, das der Aderlass nicht bloss einfach mechanisch durch Herabsetzung der Blutmasse wirkt, sondern dass durch denselben zugleich ein mächtiger Reiz auf das Nevensystem ausgeübt wird, der eine bedeutende Aenderung des Stoffumsatzes zur Folge hat, (Aehnlich wie z. B. der günstige Einfluss des kalten Bades beim Abdominaltyphus nicht allein in der Wärmeentziehung und Temperaturherabsetzung, sondern auch in der Anregung des Nervensystems beruht).

Die Erhöhung des Stoffwechsels, die bei Thieren als Folge der Blutentziehungen beobachtet wurde, dürfte ebenso auch beim Menschen eintreten. — Temperatursteigerung konnte zwar bei Bleichsüchtigen von SCHUBERT nicht constatirt werden, doch kann man (die physiologische Hautthätigkeit ist ja bei dem zu den Experimenten hauptsächlich verwendeten Hunde eine ganz andere, wie beim Menschen) den nach der Blutentziehung eintretenden Schweiss als Aequivalent der Temperaturerhöhung ansehen.

B. S.

F. M. Oberländer: Beitrag zur Lehre von primären Carcinom der Urethra. (Int. Centr.-Bl. der Phys. und Path. der Harn- und Sex.-Organ. Bd. IV, Heft V, 1883. — Allgemeine Medicinische Central-Zeitung Nr. 76, 1893.)

Bis jetzt ist es noch nicht gelungen, das primäre Carcinom der Harnröhre, eine überaus seltene Erkrankung, vor der Operation zu diagnosticiren. Es ist eine Aufgabe der Urethroscopie diese Affection rechtzeitig zu erkennen. Der von dem Autor beobachtete Fall ist daher ein Unicum, weil es der erste Fall von Harnröhren-Carcinom ist, der durch die Endoscopie entdeckt und rechtzeitig dem Operateur zugeführt werden konnte. Das Leiden ist noch fast gar nicht bekannt, in der Litteratur sind im ganzen 7 Fälle beschrieben worden. Die Diagnose ist am Lebenden nicht leicht zu stellen. Die Krankengeschichte ist in kurzem Auszuge folgende:

Ein 72jähriger, gut conservirter Herr ist seit 40 Jahren leidend und zwar an chronischer Gonorrhoe, Stricturen und Blasencatarrh. Der Zustand besserte sich allmählich und blieb einige Jahre erträglich. Als sich der Patient nach längerer Pause wieder zur Untersuchung vorstellte, entdeckte der Autor an der Pars bulbosa des Penis eine Haselnuss grosse, härtliche Geschwulst, welche zuerst als eine Callusbildung angesehen wurde. Beim Catheterisiren stellten sich Blutungen ein und die Geschwulst war einen Monat später deutlich gewachsen. Die Oberfläche zeigte sich hart und mit der äusseren Haut nicht verwachsen. Endoscopisch sah man am Bulbusende eine halbmondförmige weisse Narbe von trockener Schleimhaut umgeben. Bis zur Eichel fanden sich ebenfalls kleinere Narben in der ganzen Harnröhre vor. An einzelnen Stellen waren Falten erkennbar und zerstreute reizlose Drüsenausführungsgänge. Die Geschwulst repräsentirte sich hinter der Narbe. Sie erschien als eine hochrothe, an der Oberfläche unregelmässig hügelige, himbeerähnliche Masse. Bei dem Versuche den Tubus über die Geschwulst zu bringen, zeigte sich eine Neigung zur Blutung. Die Untersuchung von Geschwulstpartikeln stellte die Anwesenheit eines Carcinoms fest, welches die Tendenz zum raschen Wachsthum zeigte.

Die Operation wurde von RUPPRECHT in Dresden ausgeführt. Man öffnete die Harnröhre bis zum Bulbus, dort zeigte sich die Geschwult in der Grösse einer Kastanie. Die Urethra wurde ober- und unterhalb des Tumors $1^1/_2$ *cm* weit abgetragen und die Enden mit einander durch Catgutnähte vereinigt.

Die Heilung erfolgte innerhalb 3 Wochen per primam in linearer Verwachsung. Nach einem Jahre war noch kein Recidiv erfolgt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Plattenepithelialcarcinom mit grossen Zellen.

Die Carcinome der Harnröhre wurden in den Jahren zwischen 52—72 beobachtet. Die Patienten waren meist Gonorrhoiker und Stricturkranke. Es localisirte sich stets am Damm und erstreckte sich bei der Weiterverbreitung nach dem prostatischen Theile der Harnröhre. Es beginnt unter Stricturerscheinungen und Blasenbeschwerden, infiltrirt zunächst die Harnröhre und greift dann auf die Corpora cavernosa über. Hier sass es noch mit intacter Oberfläche auf der Mucosa.

Der Zerfall des Tumors führt zu Phlegmonen am Damme und Harnfisteln. Differentialdiagnostisch kommen die primären Carcinome der COWPER'schen Drüsen in Betracht, von denen bis jetzt drei Fälle bekannt sind. Die Urethroscopie kann hier eine sichere Diagnose stellen. In der Regel sind die Urethracarcinome diffus, während diejenigen der COWPER'schen Drüsen circumscript sind. Als erstes Symptom waren in diesem Falle Blutungen bei dem Catheterisiren aufgetreten, erst später merkte man die Bildung eines kirschengrossen Tumors. Das schnelle Wachsthum wurde auch in den früheren Fällen erwähnt, im Gegensatz zu dem Carcinom der Blase, dessen Entwickelung sich über Jahre hin erstrecken kann. Die Inguinaldrüsen wurden hier vorsichtshalber entfernt, erwiesen sich jedoch als gesund, so dass schon vorn vornherein die Diagnose als eine gute zu bezeichnen war, man konnte also das Carcinom in diesem Stadium als heilbar betrachten.

J. Assmuth: Ueber senile Dysurie. (St. Petersburger medicinische Wochenschrift 1893. No. 9. — Monatshefte für Praktische Dermatologie Band XVII. No. 5.)

Es ist irrig, jede Dysuria senilis auf eine Prostatahypertrophie zurückzuführen, da diese oft fehlt, sogar nicht selten eine Atrophie statthat. Andererseits gibt es oft bedeutende Grade von Prostatahypertrophie ohne dysurische Beschwerden. Wie ist nun der häufige Harndrang bei geringer Blasenfüllung bei alten Leuten zu erklären? LAUNOIS brachte 1885 die Beschwerden zuerst in Beziehung zur Arteriosklerose, jedoch konnte CASPER 1891 an 28 anatomisch untersuchten Fällen nachweisen, dass die allgemeine Arteriosklerose sich nicht regelmässig auf die Gefässe des Urogenitaltractus erstreckt und auch die Atheromatose die gesteigerte Miktionsfrequenz nicht erklärt. 1892 hat dann BOGDANOWITZ gezeigt, dass trotz fehlender allgemeiner Arteriosklerose doch bei alten Leuten eine bindegewebige sklerotische Entartung der Blasenmuksulatur bestehen kann. Ist nun der Sphincter vesicae in dieser Weise pathologisch entartet, dann tritt natürlich der Harndrang häufiger auf, indem der Harn leicht in die Pars prostatica eindringt. Dadurch werden die Miktionsintervalle verkürzt; die Macht der Gewohnheit steigert dann diese Verkürzung noch. Tritt der Harndrang besonders lebhaft in der Nacht ein, dann deutet das auf eine Anomalie der Prostata, da die Rückenlage die venöse Hyperämie derselben zu steigern scheint; bei Cystitikern und Kalkulösen wirkt die Rückenlage ja gerade beruhigend auf die Blase. — Einige Fälle illustriren das Gesagte.

Dr. Schüle: Die Lehre von der spastischen Spinalparalyse. (D. Zeitschr. f. Nervenh. IV. 3.)

Verfasser schildert ausführlich drei Fälle obiger Erkrankung, die ERB beobachtete. Alle boten das typische Bild der spastischen Spinalparalyse: Parese der Beine, spastischer Gang, erhöhte Sehnenreflexe, Muskelspasmen. Keine Atrophie, keine Sensibilitätsstörung,

keine cerebralen Symptome. Die Erscheinungen bestehen 8 bis 17 Jahre ohne Complication.

Das pathologisch-anatomische Substrat für dieses klinische Bild sucht SCHÜLE in einer primären Lateralsclerose im Sinne ERB's. Hierher gehörige Sectionsbefunde sind von MINKOWSKI, DRESCHFELD berichtet.

STRÜMPELL hat als «spastische Form der combinirten Systemerkrankung» die Sclerose der PyS, KHS, GoS, beschrieben, die er in mehreren Fällen beobachtete, die während des Lebens lange Zeit nur Symptome der ERB'schen Spinalparalyse darboten. Charakteristische Symptome für die Erkrankung der KHS und GoS sind bisher übrigens nicht sicher bekannt.

SCHÜLE glaubt auf Grund des verliegenden Materiales an dem Krankheitsbilde «spastische Spinalparalyse» festhalten zu können.

Man kann es diagnosticiren, wenn die Symptome desselben jahrelang bestehen, ohne dass Sensibilitätsstörungen, Blasenstörungen, Atrophien etc. dazutreten. *R. K.*

Priestley Smith: Toxische Jodoform-Amblyopie. (The American Journal of the médical sciencés. Nr. 257, September 1893.)

PRIESTLEY SMITH berichtet von einem 31 jährigen Mann, der wegen bestehender tuberkulöser Erkrankungen Jodoform innerlich genommen hatte. Seine tägliche Dosis betrug nahezu 2 *dcgr* und er hatte in 41 Tagen 6 *gr* Jodoform genossen, als Vergiftungserscheinungen, speciell Amblyopie auftraten. Mit dem Augenspiegel konnte man in beiden Augen eine leichte Verschleierung der Papille nachweisen, das Sehvermögen war bedeutend herabgesetzt, und es traten Skotome auf, ganz ähnlich denen bei Tabaks-Amblyopie. Das Jodoform wurde sofort ausgesetzt, und nach ungefähr 4 Wochen waren unter gleichzeitigem Gebrauch von Strychnin und Eisen die Sehstörungen geschwunden.

Gleichzeitig mit letzteren litt der Kranke an Kopfschmerz, Schwindel, Gefühl von Schwäche, und an einem fortwährenden Geruch und Geschmack von Jodoform. Auch leichte Ptosis, grosse Schwäche, Zittern der Extremitäten wurden constatirt. Tabakvergiftung schliesst der Verfasser mit Sicherheit aus. *A. P.*

Noble: Ueber die Ursachen der Frauenkrankheiten. (Journ. of Amer. Med. Association Vol. XXI, Nr. 12, 1893.)

Als wichtige Ursachen der Frauenkrankheiten führt NOBLE neben Gonorrhoe, septischen Puerperalprocessen, Verletzungen der Weichtheile während der Geburt noch die unvollständige Entwicklung der Sexualorgane und unzweckmässige Lebensweise an.

Persistiren der infantilen Geschlechtsorgane wird durch geistige Ueberanstrengung, wie durch schwere körperliche Arbeit bei mangelhafter Ernährung während der Pubertätszeit in gleicher Weise begünstigt. In der Folge stellen sich verschiedene Formen von Dysmenorrhoe ein, sowie eine Prädisposition zur Sterilität, zu Dammrissen — ja sogar zu chronischer Ovaritis und Ovarialcysten.

Allzu reichliche Mahlzeiten bei mangelnder Bewegung mit nachfolgender Stuhlverstopfung, sowie die üble Gewohnheit des Miedertragens und des Bindens der Röcke um die Mitte — statt sie an der Schulter zu befestigen — rufen venöse Stauungen in den Beckenorganen und eine Erhöhung des normalen nitra-abdominellen Druckes hervor. Dadurch begünstigen sie Lageveränderungen und Vorfall des Uterus und der Ovarien.

NOBLE weist der Prophylaxe, in die Hände eines gewissenhaften Hausarztes gelegt, eine wichtige Aufgabe für Verhütung von Frauenkrankheiten zu. *W. Sch.*

Aus der Abtheilung des **Dr. Dunin** im Spitale zum Kindlein Jesu in Warschau.

Dr. W. Dabrowski (Assistent der Abtheilung): **Ueber die antimalarische Wirkung des Methylenblau.** (Gazeta Lekarska Nr. 4, 1893.)

Von den sechs vom Verfasser mitgetheilten Beobachtungen von Malaria trat in einem Falle nach der ersten Darreichung von Methylenblau kein weiterer Anfall mehr auf, in 4 weiteren Fällen kam es noch zu je einem abortiven Anfalle mit manchmal hoher Temperatur aber ohne den quälenden Schüttelfrost. In dem 6. Falle hatte Patient noch 3 Anfälle und selbst am 6. Tage fanden sich noch Plasmodien im Blute, die eine Recidive befürchten liessen. Dieser unvollständige Erfolg muss hier einerseits der geringen Widerstandsfähigkeit des Patienten zugeschrieben werden, der physisch schwach entwickelt, schlecht genährt und blass war, andererseits dem Krankheitskeime, den Plasmodien selbst, die hier in solcher Masse vorhanden waren, wie in keinem der bis dahin vom Verfasser beobachteten Fälle. In diesem Medikamente haben wir also ein neues Mittel gewonnen von unzweifelhafter und umso vollständigerer Wirkung, je besser der allgemeine Zustand des Patienten ist. Dies bezieht sich jedoch nur auf die regelmässigen, intermittirenden Formen der Malaria, während über die Wirkung dieses Mittels in den schweren Formen die Ansichten und die Erfahrungen widersprechend sind. DABROWSKI reichte davon 0·125 pro dosi, 0·50 pro die. Das Mittel wurde von allen Patienten sehr gut vertragen mit Ausnahme eines einzigen, bei dem nach 8 tägiger Behandlung Uebelichkeiten und Erbrechen auftraten, die nach Aussetzung des Medikamentes sich nicht mehr wiederholten. Der Harn zeigte keine weitere Veränderung, als eine grünlich-blaue Farbe, die auf Zusatz von Kalilauge verschwand. Wenn die Wirkung durch die Untersuchung des Blutes nicht sichergestellt werden kann, dann soll man sich mit dem Aufhören der Anfälle nicht begnügen, sondern nach dem trefflichen Rathe GUTTMANN's das Methylenblau noch weitere 10 Tage nach dem Sinken der Temperatur darreichen. *Spira.*

Dr. E. Monin (Paris): **Die Abführmittel in der Augenheilkunde.** (Société d'Éditions scientifiques 1893.)

Die Wirkungssphäre der Abführmittel, insbesondere der salinischen Cathartica, dehnt sich über die Mehrzahl der organischen Apparate aus. Vor Kurzem habe ich drei Fälle von albuminurischer Retinitis, Oedem der Papille und Hämorrhagie der Macula in Behandlung gehabt, bei welchem der regelmässige Gebrauch von Hunyádi János günstige Krisen und überaus glückliche Lösungen herbeigeführt hat. Dem praktischen Arzte ist nicht unbekannt, dass eine grosse Anzahl von selbst in den tieferen Parthien sitzenden Augenkrankheiten von wiederholten und prolongirten Hyperämien und von einer Störung der Ernährungsthätigkeit, die durch eine schlechte Zusammensetzung der Blutflüssigkeit bedingt ist, abhängt. Wenn in einem Organismus die Vitalität beeinträchtigt ist, so tritt dies in allen Geweben zu Tage. Eine Erkrankung, die man für eine örtliche Störung ansehen könnte, ist indess oft durch einen allgemeinen Zustand der molecularen Ernährung bedingt. Alle Tage entdecken die Specialisten im Auge, im Ohre arthritische, scrophulöse und syphilitische Zeichen. Die Autointoxicationen verursachen oft Ophthalmien. Man wird begreifen, dass die Hunyádi János-Quelle, infolge ihrer antimikrobischen und ableitenden Eigenschaften, die die Augenläsionen unterhaltenden Factoren unterdrückt, den intraophthalmischen Druck herabsetzt, den Blutzufluss nach dem Sehorgan oder Gehörorgan hemmt.

Man greift für gewöhnlich zu diesem abführenden Mittel bei chronischen Ophthalmien strumösen Ursprungs: wir rathen indess sorgfältigst auf die entzündlichen Exacerbationen zu achten und den Gebrauch des Hunyádi János für jene Stadien zu reserviren, in welchen die Keratitis oder die Conjunctivitis jedes acute Symptom verloren haben. Auf diese Weise wird man einerseits eine depurative und reconstituirende Wirkung erzielen, andererseits eine auflösende und alterirende elective Wirkung auf die Läsion selbst. Der Vorzug, den das Hunyádi János in diesen Fällen vor anderen ähnlich wirkenden Mitteln hat, ist der, dass die Kranken während dessen Anwendung nicht geschwächt werden: «Hätte ich der berühmten ungarischen Quelle» — so schrieb einer unserer Lehrer — «eine Bezeichnung beizulegen, so würde ich sie am liebsten das Abführmittel der Kachektiker nennen.»

Man soll auch diese Behandlung anwenden gegen die mit Bläschenbildung einhergehenden Conjunctivitiden, die so häufig mit Eczem und Impetigo zusammen vorkommen; ferner gegen die rheumatischen oder anderweitigen von heftigen Schmerzen begleiteten Iritiden etc. Aber vor Allem in Fällen von acutem und neuralgischem Glaucom, das in der Menopause oder bei atheroma-

tösen Individuen aufzutreten pflegt, veranlasst die tägliche Verabreichung eines Glases dieses Wassers eine geradezu wunderbare Heilreaction. Selbstverständlich trägt es dazu bei, dass die Gastrits und die Lebercongestion, die so häufig begleitende Erscheinungen des Glaucoms sind, verschwinden. Ein Hauptvorzug der ungarischen Quelle liegt darin, dass sie selbst in grösseren Dosen Wochen und Monate lang verabreicht werden kann, ohne irgend welche unangenehme Nebenwirkungen hervorzurufen. Ein Gleiches kann von einem anderen Abführmittel wohl nicht behauptet werden.

Bei Ohrenentzündungen, die bei lymphatischen Personen so leicht chronisch werden, wird heute von der Mehrzahl der Specialisten das in Rede stehende Mineralwasser verordnet, dessen Wirkung insbesondere bei jungen Leuten, Kindern und Frauen hervortritt. Erfrischend und als Hydragogum wirkend, ist das ungarische Mineralwasser ein dialytisches, auflösendes, ableitendes und alterirendes Mittel *par excellence*. Es setzt die Plasticität der Säfte herab, indem es die Eiweisskörper diluirt und die Ausscheidungen fördert. Es widersetzt sich der übertriebenen Bildung von plasmatischen und fibrinösen Elementen, deren Anhäufung im Blute als sehr gefährlich erkannt wurde. Auf otologischem Gebiete wird es von den hervorragendsten Vertretern dieser Branche mpfohlen: 1. gegen Rupturen und Läsionen der Membrana Tympani, da es sich hier vor Allem darum handelt, jede Anstrengung bei der Defäcation zu vermeiden; 2. gegen eiterige Mittelohrentzündungen; 3. gegen die sogenannte MÉNIÈRE'sche Krankheit, um eine grössere Toleranz des Organismus für die klassische Behandlung durch Chinin zu ermöglichen.

Wir hätten in noch ausführlicherer Weise die Indicationen für die Anwendung von Abführmitteln in der Augen- und Ohrenheilkunde besprechen können. Es war jedoch nicht unser Zweck der, eine weitschweifige synthetische und mit Formeln versehene Abhandlung, die Niemand liest, zu schreiben! Wenn wir also das Obige resumiren, so müssen wir die praktischen Aerzte und die Specialisten daran erinnern, dass in den Fällen, in welchen es sich darum handelt, den Leib frei zu erhalten, sie im Hunyádi János ein Mineralwasser besitzen, das die Verdauung nicht stört, den Magen nicht verdirbt und das überhaupt frei von jeder unangenehmen Wirkung und jedem widerlichen Geschmack ist. Es wirkt nach dem Ausspruche TROUSSEAU's dadurch, dass es die Ernährungsfehler behebt, der krankmachenden Thätigkeit des Contagium vivum sich entgegenstellt, da es zur Förderung der Ausscheidung der pathogenen Bacterien durch die verschiedenen Emunctorien in bedeutendem Masse beiträgt.

Standesfragen und Korrespondenz.

Die neueste Verordnung des Magistrats auf dem Gebiete der ärztlichen Prophylaxe.

Eine jüngst vom Wiener Magistrate in Handhabung der Gesundheits- und Lebensmittel-Polizei erlassene Kundmachung verfolgt einen sehr löblichen Zweck, für dessen Erreichung ihm das Publicum recht dankbar sein muss. Es handelt sich darum, dass beim gewerblichen Betriebe der Nahrungs- und Genussmittel Individuen womöglich ausgeschlossen werden, welche mit einem Hautausschlage oder einer ansteckenden oder ekelerregenden äusseren Krankheit behaftet sind. Diese Anordnung, so tief sie auch in das sociale und gewerbliche Leben eingreift, verdient alle Beachtung und dürfte bei entsprechender Handhabung vonSeiten der Gewerbsinhaber, der erkrankten Individuen und nicht in letzter Linie von Seiten der Behörde in prophylactischer Beziehung nicht ohne Erfolg bleiben. Sie bildet einen Theil der von ärztlicher Seite und zwar von Corporationen und Autoren vielfach geforderten hygienischen Massnahmen, welche einer wesentlichen Erweiterung bedürfen.

In der oben angeführten Kundmachung fällt auch den Aerzten eine Aufgabe und, sagen wir es gleich, die wichtigste Aufgabe zu.

Punkt 3 jener Kundmachung des Wiener Magistrates vom 12. October 1893 lautet:

Die praktischen Aerzte, insbesondere aber die Aerzte der nach dem Gesetze vom 30. März 1888, R.-G.-Bl. Nr. 33, organisirten Krankenkassen werden verpflichtet, von jeder derartigen Erkrankung einer der im Punkt 1 bezeichneten Arbeitspersonen dem Stadtphysikate unter gleichzeitiger Bekanntgabe des Wohnortes und letzten Arbeitsplatzes die Anzeige zu erstatten.

Die Verordnung trifft demnach alle praktischen Aerzte, insbesondere die Krankencassenärzte. Thatsächlich werden hier jene Aerzte in Betracht kommen, welche sich hauptsächlich mit den in Rede stehenden Krankheiten beschäftigen und welche in einer stattlichen Anzahl in Wien vertreten sind. Hieher gehören aber auch die Anstalten, in denen die obigen Krankheiten in stabilen Stationen (Krankenhäuser) oder ambulatorisch (Poliklinik, Ambulatorium etc.) den Gegenstand der Behandlung bilden. Alle hieher gehörigen Fälle unterliegen einer obligatorischen Anzeige, deren Nichtbeachtung mit Geld- oder Arreststrafen geahndet wird. Es werden demnach viele praktische Aerzte nur selten in die Lage kommen, im Sinne obiger Kundmachung eine Anzeige zu erstatten, Andere dagegen werden in täglichen amtlichen Verkehr treten müssen und eine nicht ganz geringfügige Arbeitsleistung auf sich nehmen müssen, denn die Zahl der zur Anzeige zu gelangenden Fälle ist nicht gering, zudem auch nicht ganz genau präcisirt. Es heisst wörtlich, die «mit einem Hautausschlage oder einer ansteckenden oder ekelerregenden Krankheit behaftet sind»: Wie gross ist die Zahl der Krankheitsfälle, die man als mit einem Hautausschlage behaftet zu bezeichnen hat. Hieher gehören doch die mannigfachsten Dermatonosen, und diese müssen nunmehr sämmtlich dem zuständigen magistratischen Bezirksamte angezeigt werden. Bisher erstreckte sich die Anzeigepflicht blos auf Scarlatina, Morbillen, Variola etc. Jetzt ist jeder Herpes zoster, Prurigo, Erythema multiforme, Erythema calorium etc., also auch die unschuldigste Form, ärztlicherseits anzuzeigen.

Eine weitere Reihe von anzumeldenden Krankheitsfällen umfasst die ansteckenden äusseren Krankheiten. Hierher gehören die venerischen und syphilitischen Formen. Jeder Tripper und Bubo, jedes Ulcus und Exanthem muss angezeigt werden, wenn der Inhaber mit Nahrungs- oder Genussmitteln in gewerblicher Art beschäftigt ist. Dass auch hier die Zahl der anzuzeigenden Fälle nicht unerheblich sein werde, ist für Jedermann einleuchtend, der über die Verbreitung der fraglichen Erkrankungsarten sich nur oberflächlich informirt oder die Thätigkeit eines praktischen Arztes und die Arbeit in manchen Ambulatorien zu beobachten Gelegenheit hat.

Nun kömmt noch der Begriff «ekelerregende äussere Krankheit» dazu. Ist nicht manche chirurgische, an exponirten Körperstellen befindliche Krankheitsform ekelerregend? An der Hand, im Gesichte, Halse etc. auftretende Wunden werden von Laien gewöhnlich so bezeichnet, während für uns Aerzte keinerlei körperliches Leiden als ekelerregend angesehen werden kann.

Hiemit wäre erst die Summe der Fälle skizzirt, welche der hier angeordneten Anzeigepflicht unterliegen. Nun muss der behandelnde Arzt, der mit Diagnose und Therapie des erschienenen Falles schon hinreichend in Anspruch genommen ist, mannigfache Recherchen pflegen. Er muss eruiren, ob das Individuum irgendwie mit Nahrungs- und Genussmitteln in gewerblicher Weise in Contact kömmt. Jeder Kaufmann, jeder Agent, Lehrling u. dgl. muss nach der Richtung ausgefragt werden, ob er nicht Gehilfe oder Austräger in einem Geschäfte ist, in welchem Nahrungsmittel verkauft werden. Die Anzeigen, die in ausführlicher Weise nebst dem Nationale und dem Wohnorte auch den letzten Arbeitsplatz enthalten müssen, dürften einen Aufwand an Arbeit in Anspruch nehmen, dem mancher Arzt kaum gewachsen sein wird. Denn auch die Eruirung, ob der betreffende Patient Inhaber eines Gewe bes ist — in welchem Falle die Anzeigepflicht entfällt — oder zu dem gewerblichen Hilfspersonale gehört, obliegt dem unglücklichen Arzte, bei dem in der Ordinationsstube ein derartiger Krankheitsfall sich vorstellt.

Nicht unwesentlich ist der Umstand, dass die Geheimhaltung der hierher gehörigen Krankheitsform beim Publicum auch zu Schwierigkeiten in der richtigen Angabe von Name und Wohnung Anlass geben wird. Die mit derlei Kranken häufig verkehrenden Aerzte kennen den Widerwillen derselben, Angaben überhaupt zu machen und wissen, dass auch im Falle der Bereitwilligkeit nur

ganz unrichtige Antworten, besonders über Name und Wohnung ertheilt werden. Ja die Verhinderung der Geheimhaltung kann zu weiterer Verheimlichung und daher zu spätetem oder gar nicht erfolgendem Einholen ärztlichen Rathes führen.

Jedwede Andeutung fehlt aber über die eventuellen weiteren Verfügungen seitens der Behörde. Darf und wird der Arzt den in diese Kategorie gehörigen Kranken weiter behandeln? Wird derselbe einem Spitale zugewiesen? Der Privatarzt wird bloss das Vergnügen haben, den Kranken anzuzeigen, der weiteren Behandlung dürfte ihm derselbe entzogen werden. Freilich, die Kassenärzte werden möglicherweise zur ferneren Beobachtung und Behandlung der Kranken Gelegenheit haben, nicht aber die Privatärzte.

Noch eine Bemerkung. Für die bisher der Anzeigepflicht unterworfenen Krankheitsfälle standen dem Arzte von Amtswegen beigestellte Drucksorten zur Verfügung. Ebenso ist für dieselbe Portofreiheit statuirt. In dieser Hinsicht fehlt jede Andeutung in der Kundmachung, welche, nebenbei bemerkt, einer Instruction dringend bedürftig wäre.

So haben wir denn unverhohlen einige Bemerkungen über die neueste Beschränkung der ärztlichen Wirksamkeit zum Ausdrucke gebracht. Ob durch die gegebene Verfügung Nutzen gestiftet werden wird, das erscheint noch fraglich. Doch hierüber zu rechten, gebührt demjenigen nicht, der bloss den Standpunkt des praktischen Arztes in dieser Affaire zu beleuchten bestrebt war.

Wien, Ende October 1893. *Dr. Josef Grünfeld.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Der Kaiser hat die ausserordentlichen Professoren Dr. Moriz Kaposi und Dr. Isidor Neumann zu ordentlichen Professoren der Dermatologie und Syphilis an der Universität in Wien ernannt. — Der Ministerpräsident hat die im Status der Wiener Krankenanstalten erledigte Prosectorstelle dem a. o. Universitätsprofessor und Assistenten am pathologischen Institute der Wiener Universität, Dr. Richard Paltauf, und die Stelle eines ordinirenden Arztes und Vorstandes einer medicinischen Abtheilung dem a. o. Professor der internen Medicin an der Wiener Universität Dr. Friedrich Kraus, verliehen.

— Frankreich. Dr. Pichevin ist mit der Aufgabe betraut worden, die Fortschritte der Gynäkologie in Deutschland zu studiren. — Dr. Ferd. Lagrange wurde mit der Aufgabe betraut, in Algier und Tunis die endemischen Leberkrankheiten zu studiren.

— Paris. Als Titularmitglied der medicinischen Section an der Akademie der Wissenschaften wurde an Stelle Charcot's Potain mit 43 von 53 abgegebenen Stimmen gewählt. Die anderen Candidaten waren Cornil, Hayem, Jaccoud und Lanceraux. — An Stelle des verstorbenen Professors der Chirurgie Le Fort wird Dr. Duplay die Leitung der chirurgischen Klinik am Hôtel Dieu und Dr. Tillaux wird die der chirurgischen Klinik an der Charité übernehmen.

— St. Petersburg. An Stelle des Prof. Mierzejewski hat der bisherige Professor der Kasanschen Universität Dr. W. Bechterew den Lehrstuhl der Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der militär-medicinischen Academie erhalten.

— Moskau. Zum Nachfolger des Professors der Chirurgie Sklifassowski's ist der bisherige ausserordentliche Professor Dr. Alexander Bobrow ernannt worden. An des letzteren Stelle tritt Dr. P. Djakonow.

— Manilla. Dr. Gumenindo del Valle ist zum Professor der Physiologie als Nachfolger des verstorbenen Professors Carlos Nalda y Molina ernannt worden.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 10. d. M. unter dem Vorsitze Prof. Kaposi's abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte demonstrirte Dr. Müller einen Fall von Tuberkulose der Conjunctiva, worauf Hofrath Prof. Billroth seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Aneurysmen an den Extremitäten und am Halse» hält, nach welchem er an die Gesellschaft die Bitte stellt, ihm weitere Erhebungen über diesen Gegenstand mittheilen zu wollen. Hofrath Prof. Nothnagel spricht dann über Gefässgeräusche«. Die Discussion über diese beiden Vorträge, aus denen sich gewisse Analogien ergeben, findet in der nächten Sitzung statt. — Das Wiener medicin. Doctorencollegium hielt am 6. d. M. seine Eröffnungssitzung ab, bei welcher der Vorsitzende Prof. v. Reder die Mittheilung machte, dass sich die Versammlungen deshalb so verspätet hätten, weil die beabsichtigte Uebernahme der bis jetzt von der k. k. Gesellschaft der Aerzte benützten Räume im Gebäude der Akademie der Wissenschaften durch das Doctoren-Collegium deshalb nicht ihre Realisirung fand, da die Akademie diese Räume selbst benöthigt. Zu grossem Danke sei das Doctorencollegium dem Präsidenten der österreichischen Gesellschaft «vom rothen Kreuze», Sr. Excellenz dem Herrn Grafen v. Falkenhayn verpflichtet, welcher den Saal der Gesellschaft dem Doctorencollegium für seine wöchentlichen Versammlungen mit der grössten Bereitwilligkeit überliess. In diesen Räumen, in denen schon so viel Erspriessliches für die praktische Medicin, wenn auch für Kriegszwecke, geleistet wurde, spreche er den Wunsch aus, dass die Versammlungen ebenso wie in den früheren Jahren fleissig besucht werden und gedeihlich wirken mögen, sowohl für die Standesinteressen, als auch für die Förderung des medicinischen Wissens! Prof. Lang hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Beleuchtung der successiven oder chronisch-intermittirenden Behandlung der Syphilis» an den sich eine lebhafte Discussion anschloss. Ueber den Verlauf der Sitzung berichten wir an anderer Stelle dieser Nummer Den 13. d. M. findet wieder eine Sitzung statt, in welcher Dr. S. Baum einen Vortrag: «Ueber den Werth des mechanischen Reizes in der Hydrotherapie» hält.

* Am 27. October erfolgte in Moskau die Einweihung und Eröffnung des neu erbauten Gebäudes des Physiologischen Instituts.

* Todesfälle. Dr. Med. Camillo Edler del Torre, Gemeindearzt, ist am 6. November in Romans (Küstenland), 69 Jahre alt, einem schweren Leiden, das er sich in gewissenhaftester Ausübung seiner Berufspflichten zuzog, erlegen. Er war ausserdem durch mehr als 30 Jahre hindurch Südbahnarzt und seit 20 Jahren Fabriksarzt in der Seidenflorettfabrik in Straussina bei Gradisca. Dr. Del Torre war ein Vorbild eines praktischen Arztes, ein wahrhaft humaner Arzt und ein edler Familienvater. Er hinterlässt ausser der trauernden Witwe noch vier Söhne, wovon der zweitälteste, Alfred, Mediciner und seit Bestand der «Internationalen Klinischen Rundschau» unser Mitarbeiter ist. — In Berlin der geheime Sanitätsrath Dr. Moriz Meyer, ein sehr bekannter Elektrotherapeut. — In Burlington Dr. Wm. B. Towles, früher Professor der Anatomie an der University of Vermont.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Der Rückgang der Choleraepidemie in Galizien dauert an. — Deutsches Reich. Vom 21.—26. October 59 Cholera-Erkrankungs- und 23 Todesfälle. — Italien. In der abgelaufenen Woche erheblicher Nachlass. — Rumänien. In der Woche vom 23.—29. October ist die Zahl der Choleraerkrankungen und Todesfälle, welche in der vorausgegangenen Woche auf 42 (21) angewachsen war, wieder auf 25 (13) zurückgegangen.

Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration.

Herren Dr. F. S., Lichtenstadt, der Unterlagskalender für Aerzte ist nur durch die Firma Emil M. Engel, Wien, I, Deutschmeisterplatz 2 zu beziehen. — Dr M. N., Luxemburg; Dr. S., Querfurt; Dr. F. M., Untereggendorf; Dr. K., Temesvár; Dr. J. M., Müglitz; Dr. K. V., Dobris; Reg.-A. Dr. J. v. K., Budapest; Dr. V., Kouřim; Dr. S. F., Solotwina; Dr. F. B., Baranow; Dr. A. H., Gutenbrunn; Dr. A. B., Erlau; Dr. P., Jechnitz; Dr. A. B., Budapest; Dr. J. K., Seelau; DDr. F. K. u. A. P. u. H. G., Wien; Dr. St. Szomolány; Reg.-A. Dr. W. N., Plevlje; Dr. M. L., Keszthely; Dr. H. S., Graz; Dr. C. M., Erdöd; — Dr. J. P., Tepl; Dr. B., Zbaraz; Dr. A. K., M. Sziget; Dr. H. P., Nagy Megyer; Dr. M. H., Gr. Becskerek; Dr. K. S., Felsö Szeli; Dr. A. S., Jungworic; Dr. W., Znaim; Reg.-A. Dr. S., Erlau; Dr. B. L., Ponte delle Arche; Dr. S. N., Nagy Szöllös; Dr. J. B., Studein; Dr. M. H., Iglau wird auf Verlangen der Empfang von Abonnementsbeträgen und Zuschriften bestätigt.

Veratwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 19. November 1893 Nr. 47.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern

Die hygienische Behandlung der erblichen und nervösen Prädisposition.

Von

Dr. Mérigot De Treigny in Paris*).

Die Hygiene vermag im hohen Grade dazu beizutragen, dem Einflusse der hereditären nervösen Prädisposition das Gegengewicht zu halten. Zu diesem Behufe muss sie einen doppelten Zweck verfolgen: einerseits den Widerstand des Nervensystems heben durch Regelung der allgemeinen Entwicklung des Organismus und durch Aufrechterhaltung der Harmonie zwischen dem physischen Wachsthum und der geistigen Evolution; andererseits die Empfänglichkeit herabsetzen, durch Verminderung der Erregungsursachen und Proportionirung derselben den Kräften des betreffenden Individuums, um auf diese Weise zu einer progressiven Abhärtung zu gelangen.

Eine fortwährende Ueberwachung des Prädisponirten ist also erforderlich, um gewissermassen seinen Lebensmarsch zu erleichtern, um, innerhalb der Grenzen der Möglichkeit, die Schwierigkeiten und Hindernisse, auf die er stossen kann, und die ebenso viele Klippen bilden, die sein Nervensystem bedrohen, vorherzusehen und zu verringern. Die Sorgen müssen also verdoppelt werden während der Lebensperioden, die am meisten geeignet sind, den Organismus zu schwächen (Zahnung, Pubertät, geistige Ueberbürdung etc.), sowie im Falle des Auftretens accidenteller Krankheiten. Die Art und Weise, wie das Individuum diese verschiedenen Einflüsse verträgt, liefert den Massstab für die verwirklichten Fortschritte und gestattet die Strenge der hygienischen Massnahmen abzustufen. So aufgefasst, ist die Leitung und Beaufsichtigung des Prädisponirten eine Aufgabe, die ebenso viel Aufmerksamkeit als Ausdauer erfordert: sie ist jedoch ein eminent nützliches und sehr oft auch wirksames Werk.

*) Uebersetzt nach «Revue générale de Clinique et de Thérapeutique» vom 25. October 1893.

I.

Die schützende Kraft der Hygiene soll demnach nicht für den Zeitpunkt reservirt werden, in welchem die ersten neuropathischen Zufälle sich einstellen, wohl aber von der Geburt an verwerthet werden. Sie könnte sogar noch während des Intrauterinallebens mit Nutzen angewendet werden (Grasset, Levillain, Burlureau). In der That ist es gerade zu dieser Zeit — man darf dies nicht vergessen — dass die Entwicklung am lebhaftesten vor sich geht. Die Ueberanstrengung der Mutter, die übermässige Arbeit, welcher Art diese auch sein mag, die nervöse Ueberreizung, schaffen der regelrechten Entwicklung des Fötus sehr missgünstige Verhältnisse, abgesehen davon, dass sie die Schwangerschaft vorzeitig unterbrechen und die Geburt eines Kindes veranlassen können, dessen Nervensystem einen unter der Norm stehenden Entwicklungszustand darbietet und eine besondere Vulnerabilität zeigt.

Angesichts einer graviden Frau, die unzweideutig nervös ist, wird der Arzt auf die Gefahr der Ueberanstrengung, der physischen Ermüdung, des bewegten Lebens etc. besonders aufmerksam machen müssen und noch mehr Vorsichtsmassregeln als unter gewöhnlichen Verhältnissen anrathen.

Bei der Geburt drängt sich eine wichtige Frage, die der Säugung auf. Ist es angezeigt, die Säugung durch die Mutter in diesem Falle zu gestatten? Die neuropathische Frau wird zumeist eine schlechte Ernährerin sein, indem die äusserste Empfindlichkeit und die Instabilität ihrer Gesundheit die Regelmässigkeit der Milchsecretion stören kann. Tarnier und Chantreuil meinen, dass sämmtliche depressiven Emotionen, vor Allem wenn sie brüsk auf reten, die Secretion alteriren können, und sie erinnern daran, dass ein solcher Einfluss bei Thieren ebenfalls constatirt worden ist. Es scheint, dass die Milch qualitativ beträchtlich verändert wird, und man hat Fälle von schwerer Indigestion angeführt, der ausschliesslich diese Ursache zu Grunde zu liegen schien. Trotz der Vortheile, die die Muttermilch im Allgemeinen darbietet, ist es also unter diesen Umständen am besten, dem Kinde eine Amme und nach Möglichkeit ein robustes Weib vom Lande zu geben.

Unter jeder Bedingung wird das Nahrungsregime genau überwacht werden müssen, insbesondere hinsichtlich des Ge-

nusses von alkoholischen Getränken; denn man beobachtet nicht selten, dass gewisse nervöse Zufälle der ersten Kindheit, wie Schlaflosigkeit mit beträchtlicher Unruhe, Convulsionen, Abmagerung rasch verschwinden nach Verringerung der Alkoholration der Amme. Wenn man mit MARCHAND und CHARPENTIER glaubt, dass der Alkohol als solcher in die Milch übergeht, so erklärt sich die Thatsache leicht, und dies umso mehr, als, nach dem Ausdrucke LASEGUE's die Neuropathiker im eminenten Grade alkoholisirbar sind.

Die Regularisation der einzelnen Stillungen, das Verbot einer allzu frühen Ernährung, die allmälige Unterdrückung der Stillungen zur Zeit der Abgewöhnung haben eine sehr grosse Bedeutung, um einen Verfall des kindlichen Organismus hintanzuhalten und den Indigestionen und der Gastro-Enteritis vorzubeugen, die zur veranlassenden Ursache der Eklampsie werden können.

In diesem zartesten Lebensalter sind die Zeichen der nervösen Empfänglichkeit für gewöhnlich noch wenig ausgeprägt. Das häufigste Symptom ist die Unzulänglichkeit des Schlafes

Der Schlaf ist nicht wie bei anderen Kindern ruhig und tief, sondern oberflächlich und von kurzer Dauer; durch den kleinsten Lärm wird er unterbrochen, überdies wird er häufig von grosser Erregung und Seufzern begleitet. In anderen Fällen, die an die cerebrale Neuropathie grenzen (cerebrale Irritation, SIMON), schreckt das Kind, selbst wenn es wach ist, beim geringsten Lärm auf, ohne sich auch an jenes Geräusch zu gewöhnen, das sich am häufigsten wiederholt; es folgt mit überraschtem und stets unruhigem Auge allen Bewegungen, die um ihn her stattfinden; ein lebhaftes Licht macht es gleich verdrossen. Man sieht es sogar zuweilen, ohne scheinbaren Grund, nach allen Richtungen herumschlagen, ohne dass es möglich wäre, es zur Ruhe zu bringen. Der Schlaf genügt nicht um es zu beruhigen und wird durch lautes Aufschreien und nervöse Erschütterungen häufig unterbrochen. Es ist von ausserordentlicher Wichtigkeit, diese armen Kinder in einem absolut ruhigen Raume zu bewahren, sie in einer relativen Isolirung leben zu lassen und von ihnen die fortwährenden Erregungen einer Umgebung fernzuhalten, die von dem Wunsche beseelt ist, bei ihnen die ersten Regungen der Intelligenz, so früh als nur möglich wachzurufen.

Die Periode der ersten Zahnung ist stets, für nervöse Kinder, mit Gefahren verbunden in Folge des leichteren Auftretens von Convulsionen. Ob nun diese letzteren mit der Hysterie zusammenhängen, oder ob sie aus einer durch die gingivale Reizung veranlasste Reflexbewegung hervorgehen, ist einerlei — die zum mindesten veranlassende Rolle der Zahnung bei dem Auftreten verschiedener Zufälle könnte heute nicht mehr bezweifelt werden. Man wird also bei ausserordentlicher Unruhe des Kindes, bei Schlaflosigkeit, reichlicher Salivation etc. das Zahnfleisch stets genau inspiciren müssen und im Bedarfsfalle ausser der Verabreichung von allgemein wirkenden Beruhigungsmitteln noch eine örtliche Behandlung einleiten. Die Scarification des Zahnfleisches, worüber die verschiedensten Meinungen ausgesprochen worden sind, scheint uns dann vollauf gerechtfertigt, wenn deutliche Zeichen einer localen Congestion sichtbar werden. Dieser Vorgang, der übrigens vollkommen harmlos ist, hat in einzelnen Fällen alle Symptome raschestens zum Verschwinden gebracht.

II.

In dem Maasse, als die Intelligenz erwacht und das Kind zu der äusseren Welt in Beziehung tritt werden die Zeichen der Nervosität deutlicher und zahlreich: sie erlangen bald eine hinlängliche Wichtigkeit, um dem Arzte Anhaltspunkte zu bieten, selbst wenn er hinsichtlich der hereditären Antecedentien völlig im Unklaren ist. Die Schwäche des Nervensystems tritt bei allen Lebensacten hervor; die Emotivität des Individuums und die Excessivität seiner physischen Empfindlichkeit bekunden sich bei jedem Anlasse. Jeder peinliche Eindruck stört es, rührt es aufs tiefste und ruft in ihm übermässige Wirkungen hervor. Bald anlässlich einer Angst, eines Widerstandes, bald angesichts des geringsten Vorfalles oder selbst bei der einfachen Schilderung eines rührenden Ereignisses bemerkt man zuweilen eine äusserste Beklemmung mit Tremor auftreten. Der Glottiskrampf hindert die Deglution, erschwert die Athmung und benimmt gleichzeitig das Wort. Der Schlaf selbst ist gestört.

Diese Individuen sind unfähig sich gegen Emotionen zu wappnen und das Alter bringt keine nennenswerthen Modificationen ihrer Sensibilität herbei. Obwohl schon über das Kindesalter hinaus, bemächtigt sich ihrer eine kindliche Angst, und dennoch fühlen sie sich instinctiv zu rührenden und aufregenden Vorgängen hingezogen, und sie sehnen sich nach neuen Emotionen, die ihr Nervensystem mehr und mehr herabdrücken und schwächen.

Uebrigens werden die leichteren und angenehmen Eindrücke nicht minder stark von diesen Naturen empfunden. Die Musik, die Poesie verursachen ihnen bedeutende Störungen, die sich durch ein Gefühl von Oppression, durch Singultus, Frösteln mit einem Zustand von Gänsehaut äussern.

Diese übertriebenen Reactionen, die sie nicht zu bemeistern vermögen, weisen auf die geringe Macht ihres Willens hin. Mit ihrer Umgebung sind sie übermässig zärtlich oder aber sie legen die grösste Gleichgiltigkeit an den Tag, indem sie den Eindruck des Momentes, ohne diesen beherrschen zu können, auf sich einwirken lassen. Als Kinder sind sie unbändig, auffahrend, aufgeregt und an keinem Spiele Gefallen findend. Später sind sie nicht im Stande sich der Disciplin zu unterwerfen; die fortwährende Beschäftigung, die Fixirung der Aufmerksamkeit macht ihnen eine ausserordentliche Anstrengung, da das geringste Vorkommniss ihren Geist verwirrt, der indess von Ideen und Erinnerungen, die ihn gebannt halten, sich nicht befreien kann. Sie erleiden den Einfluss Anderer.

Die Intelligenz entwickelt sich rasch und zuweilen spiegelt sich deren Vorzeitigkeit in der Physiognomie wieder. Diese Kinder lernen leicht, aber recht früh macht sich bei ihnen eine Vorherrschaft der Phantasie geltend, eine grössere Neigung zu den Künsten als zu den Studien, die eine grössere Anspannung der Verstandeskräfte erfordern; es dauert nicht lange und sie fallen durch ihre Originalität, ihren bizzaren Ideen, den Mangel an Stabilität der Augen, sowie an Ausdauer in den Studien und ihre wechselvolle Laune auf. Ihre scheinbare Superiorität gibt zu einer egoistischen Disposition Anlass, zu einem Bedürfnisse, sich bemerkbar zu machen, sich, selbst auf Grund von Lügen, zu rühmen und überheben. Die Pflege, die man ihnen angedeihen lässt, veranlassen sie, ihrer Gesundheit eine grössere Sorgfalt zuzuwenden und um die geringsten physischen Störungen besorgt zu sein. Diese physischen Störungen sind übrigens verschiedenartig; sie bestehen vor Allem in schmerzhaften Erscheinungen, worunter die Cephalalgie den ersten Platz einnimmt. Bald frontal, bald occipital, jedoch selten dem Verlaufe eines Nerven entsprechend (SIMON), ist dieser Schmerz bemerkenswerth durch seine Hartnäckigkeit und Intensität: er ist verschieden von der Migräne, mit der er übrigens häufig vergesellschaftet erscheint. Die Gastralgie, die Enteralgie, die Intercostal- oder Ovarialschmerzen sind nicht selten. Alle diese schmerzhaften Symptome bieten bereits die Charaktere dar, denen man bei deutlich entwickelten neuropathischen Zuständen begegnet, und auf die HUCHARD die Aufmerksamkeit gelenkt: Mangel einer präcisen anatomischen Localisation, Gleichgiltigkeit gegen Druck, Widerstand gegenüber der üblichen Behandlung. Ihr Auftreten oder ihr Verschwinden scheint von keiner wirksamen Ursache abzuhängen.

Die motorischen Erscheinungen sind zumeist weniger accentuirt. Es sind dies: Krampferscheinungen mit verschiedener Localisation; Constriction des Pharynx; Singultus; trockener Husten, der Stunden lang ununterbrochen fortdauert und nur schwer durch irgend eine Behandlung bewältigt werden kann; endlich Ausbrüche von beweglichen und unregelmässigen Convulsionen. Diese verschiedenen Störungen sind der Ausdruck der reflec-

torischen Hyperexcitabilität des Nervensystems und seines convulsivischen Zustandes.

Ein letzter charakteristischer Zug der neuropathischen Tendenz ist der gestörte Schlaf. Bald hat man die reine Agrypnie, unabhängig von jeglicher schmerzhaften Erscheinung und mit Hartnäckigkeit während einer mehr oder weniger langen Periode fortdauernd. Es ist das ein nervöses Symptom von umso grösserer Bedeutung, als es den gewöhnlichen Dispositionen des Kindes- und Knabenalters zuwiderläuft. Bald ist Schlaf vorhanden, aber er ist von einer beständigen Unruhe und sogar von spontanem Somnambulismus begleitet (Ball).

(Fortsetzung folgt.)

Ein Uterusstopfer zur Uterustamponade nach Fritsch.

Von **Dr. Mensinga** in Flensburg.

Der Streit der Autoren darüber, ob man beim Abort zuwartend oder gleich activ verfahren solle, ist meiner Ansicht nach von keiner praktischen Bedeutung. Wir haben beim Abort vor allen Dingen gefahrdrohende Blutung zu bekämpfen, sodann Sepsis zu vermeiden, endlich eine nicht wieder rückgängig zu machende Ausstossung anzubahnen. Wir suchen der Blutung vorzubeugen zunächst durch Scheidentamponade, sei es mit Watte, sei es mit dem Colpeurynter*), verfahren dabei aber unter allen Umständen peinlichst aseptisch. Steht die Blutung nicht still, so dass sie Gefahr bringt, muss man, wenn der Uterusinhalt nicht bereits gelöst vorliegt, den Uterus tamponiren. Dieses geschieht auf die vorzüglichste Weise nach der Fritsch-schen Methode. Ich habe dieselbe jetzt genügend oft gemacht, um darüber urtheilen zu können. Der Erfolg ist vorzüglich, in dringenden Fällen sogar ohne jegliche fachkundige Assistenz, also meistens mit Hilfe des Ehemannes. Ich bringe zu diesem Behufe auf drei Stühlen die Patientin in Knieellenbogenlage; für jedes Knie je einen Stuhl, (am liebsten Rohrstuhl) für Ellenbogen und Kopf den dritten Stuhl, auf dem ein Kopfkissen gelegt worden.

Mit dem Sims'schen Speculum hebe ich nun, nachdem ich selbstverständlich die Körperhinterfläche, besonders die Analgegend[1]) der Patientin und alles Andere sonst in Betracht kommende gehörig gereinigt, das Perineum so hoch wie möglich, wodurch der Mastdarm comprimirt wird, lasse den an der rechten Seite der Patientin stehenden Assistenten sein rechtes Handgelenk auf das Kreuzbein der Patientin fest auflegen und gebe ihm sodann den Griff des Sims'schen Speculums in die Hand. (Je weniger Assistenz der praktische Arzt im Nothfalle gebraucht, desto rascher, desto sicherer geht seine Arbeit von statten.) Auf diese Weise bekomme ich einen ganz vortrefflichen Einblick in den weit sich ausspannenden Fundus vaginae. Etwaige Ohnmachtsanwandlung der (anämischen) Patientin ist durch die niedrige Lage des Kopfes ganz unmöglich gemacht. Mit Kornzange und Wattabausch entleere ich die Blutcoagula aus der Vagina, gebe dem Assistenten die ganz vortrefflich sich bewährende vorher geöffnete Dührssen-Mylius-sche Tamponade-Büchse Nr. 2 in die linke Hand, wodurch auch diese gefesselt wird, hake die vordere Uterinlippe an, welches die linke Hand in Anspruch nimmt, entweder mit einem kleinen Doppelhäkchen oder mit einer Kugelzange, welche letztere freilich stets einen kurz dauernden aber leicht überwindbaren Schmerz bereitet, stopfte bis dahin nun gradatim mit der gewöhnlichen Uterussonde den Anfang des Gazestreifens bis zum Fundus uteri.

Dieser Theil der Operation nun wird oft in höchst unangenehmer Weise vereitelt, dadurch, dass die Gaze sich fest um die Olive der Sonde andrückt und so wieder mit herausgerissen wird, worauf es grosse Schwierigkeiten mit sich bringt, die Gaze wieder einzuführen, weil sie sich ballt.

Anfangs half ich mir damit, dass ich eine zweite Sonde neben der ersten einführte, die ich dann mit den Zähnen festhielt, (die linke Hand ist ja besetzt durch das Anhaken des Uterus) und welche die Gaze so lange fixirte, während ich die erste Sonde behufs Nachfüllens wieder herauszog; dann trat wieder eine Schwierigkeit hervor: denn das vorn kugelrunde Sondenende wollte die Gaze nicht erfassen. Auch schien die mit dem Gazestreifen armirte cylinderische Sonde für den platten Uterincanal oft zu dick zu sein, so dass man den Canal forciren musste, wodurch die Operation stets in die Länge gezogen wurde. Ich war in Folge dessen gezwungen auf ein Mittel zu sinnen, diesen Uebelständen abzuhelfen.

Zu dem Zweck liess ich einen Stahldraht von der Dicke einer Uterussonde an einem Ende 9—10 *cm* lang platt schmieden, bis auf 1—1¼ *mm* dicke, dann verjüngte ich dieses platte Stück so, dass es am Ende 3 *mm* breit, 10 *cm* vom Ende entfernt, 5 *mm* breit war, liess die scharfen Kanten sorgfältigst abrunden und das Ende mit einem Einschnitt versehen, so dass es ⌒förmig wurde. Die Plattheit der Sonde hat den grossen Vortheil der Raumersparniss. Der Uterincanal ist ja nicht rund sondern platt, die 1—1¼ *mm* dicke Platte lässt noch einen bedeutenden Nebenraum übrig zur Einführung der Gaze, so dass 10 *cm* breite Gazestreifen durch den Canal hindurch leicht Platz finden, und passiren.

Dieser Stopfer hat nun sofort alle Missstände beseitigt: *a*) er erfasst die Gaze äusserst leicht und sicher, *b*) lässt sich wegen seiner verjüngten Form sehr leicht zurückziehen, die Gaze zurücklassend, da sie nun nicht mehr um eine Olive sich festklemmen kann, sondern leicht abgleitet; *c*) den Uterincanal braucht man nun nicht mehr zu forciren, und auf diese Weise kann man *d*) minimale Endchen Gaze gradatim vorschieben, weil sie nicht mehr ballt, und so rasch und sicher die Uterushöhle austamponiren.

Die ganze Procedur ist für die Patientin vollständig schmerzlos, wenn man mit dem Uterusdoppelhäkchen zum Anfassen der vorderen Lippe auskommen kann. Ein leicht überwindbarer momentaner Schmerz entsteht, wie gesagt, wenn man die Kugelzange in die Lippe setzt; beim Häkchen ist es zuweilen unangenehm, dass es beim Abnehmen sich leicht in die Gaze verwickelt und so den Gazepfropf ein wenig herauszerrt, was beim Gebrauch der Kugelzange nicht vorkommt. Bei der Abrasio Mucosae bei Abortresten (Blutung) beobachte ich im Grossen und Ganzen dasselbe Verfahren.

Umstehend habe ich diesen Stopfer abgebildet, daneben zum Vergleich die alte Uterussonde. Ich habe ferner den hölzernen Griff desselben weggelassen, statt dessen den Griff aus einer in die Länge gezogenen Spirale desselben Draths gebildet, behufs der leichteren Asepsis, weil das Instrument aus einem Stück gefertigt, das Auskochen gut verträgt.

Zeichnung *a*—*e* geben die bisherige Uterussonde, Zeichnung *b*, *c*, *d* den neuen Uterusstopfer wieder. Das sauber vernickelte nstrumentchen wird angefertigt von W. Eskildsen, Friedrichsen Nachf. Flensburg.

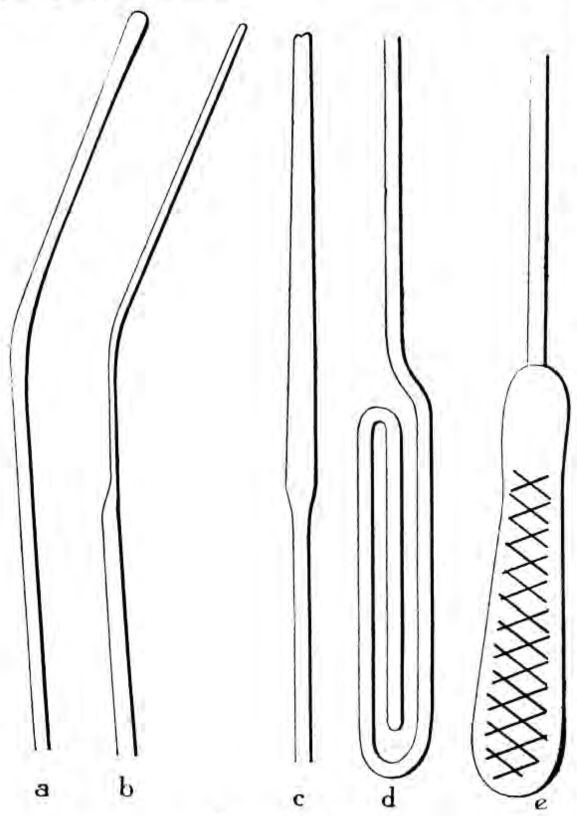
(Eine Kleinigkeit habe ich an der sonst so brauchbaren Dührssen-Mylius'schen Büchse Nr. 2 auszusetzen, die eingepackte Gaze liegt so kraus eingefüllt, und lässt sich manchmal nur erst herauszerren, sie folgt nicht willig nach! Diese zu-

*) Dass der Colpeurynter nicht unbedingt contractionerregend wirke, dafür diene folgendes als Beweis: Eine Arbeiterfrau bekam eine heftige Blutung sechs Wochen vor dem Ende der Schwangerschaft. Ich legte den Colpeurynter ein, die Blutung stand. Entfernung desselben hatte wiederum Blutung zur Folge, so dass ich die Frau lehren musste, den Colpeurynter behufs Reinigung selbst zu entfernen, und wieder einzulegen. Am sechsten Tage stand sie mit dem Colpeurynter auf, besorgte ihre Hauswirthschaft wie früher, und am richtigen Schwangerschaftsende wurde der aufgeblasene grosse Colpeurynter ausgestossen, gleich hinterher das Kind, dann die Placenta; Blutung minimal. Sie hatte noch nie eine so leichte Entbindung gehabt! (Placenta praevia marginalis).

[1]) Ich bin fest überzeugt, dass manche Sepsis durch in den Excrementen befindliche, den ungeschwächten gesunden Menschen sonst nicht benachtheiligende Bacillen resp. Coccen entsteht, indem diese in unbeobachteten Augenblicken, z. B. durch einen stillen Flatus in die Vulva, und somit durch Finger oder Instrumente in den Uterus gelangen, also trotz der peinlichsten vorherigen persönlichen Desinfection! (Autoinfection).

weilen im entscheidenden Moment lästige Hemmung würde aufhören, wenn die Gaze sorgfältig links-rechts-links-rechts aufgeschichtet läge.)

Hoffend, dass diese meine Angaben und Erfahrungen dem allein stehenden praktischen Arzte von Nutzen sein möchten, bitte ich um Nachsicht, wenn ich einer scharfen Kritik nicht ganz genügt haben sollte.



(Natürliche Grösse.)

a Bisherige Uterussonde (zum Vergleich ausgeführt).
b Uterusstopfer von der Seite.
c Uterusstopfer von oben.
d Aseptischer Griff mit dem Uterusstopfer aus einem Stück Stahldraht verfertigt.
e Hölzerner Griff von *a* (zum Vergleich ausgeführt).

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

(Fortsetzung.)

Zu diesen Thatsachen gehören zunächst die Experimente MENDEL's, die darin bestanden, dass man bei Meerschweinchen den Musculus orbicularis und frontalis auf der einen Seite zerstörte, wobei das Resultat der Umstand war, dass man nach mehreren Monaten auf der Seite, auf welcher die Operation ausgeführt wurde, eine beträchtliche Abnahme in den Ganglienzellen des Oculomotoriuskerns vorfand, während der eigentliche Kern des Facialis ganz intact war.

Zweitens kommt hier der Umstand in Betracht, dass bei Bulbärparalyse die Regio oro facialis ganz gelähmt sein kann, während die oberen Facialismuskeln intact sind. Es wurden von OPPENHEIM, MURATOFF, TOOTH und TURNER [1]) Fälle mitgetheilt, in denen eine Atrophie des Kerns des Facialis und auch eine Degeneration der aufsteigenden Wurzeln und des Kniees des Nervus facialis vorhanden waren, während die austretende Wurzel eine grosse Menge normaler Fasern enthielt. Der Schluss, der daraus gezogen wurde, geht dahin, dass die normalen Fasern von irgend einem andern Kern ihren Ursprung genommen hatten, wahrscheinlich vom Kern des Oculomotorius und zwar auf dem Wege der hinteren Längsbündeln. In einem Falle, der von OPPENHEIM mitgetheilt wurde, in dem sowohl die oberen, als auch die unteren Facialismuskeln gelähmt waren, fanden sich in den Ursprungswurzeln keine normalen Fasern.

Drittens: die Thatsache, die, wie ich glaube, zuerst von Charles BELL beobachtet wurde, nämlich die Thatsache der associirten Wirkung des Orbicularis Oculi und der Muskeln, welche den Augapfel heben. In Fällen von peripheren Facialislähmung bewirkt der Versuch, das Auge zu schliessen, dass der Augapfel nach aufwärts getrieben wird, mit einer Abweichung nach aussen oder nach innen, je nachdem der Fall beschaffen ist.

Dies deutet darauf hin, dass das Centrum, welches den Orbicularis oculi innervirt, auch die Muskeln, welche den Bulbus heben, innervirt. Diese Thatsachen zusammengehalten mit den früher erwähnten zeigen, dass bei der Ophthalmoplegia nuclearis externa der Orbicularis oculi auch die Tendenz hat, afficirt zu werden. Diesem Punkte hat man bis jetzt wenig oder gar keine Aufmerksamkeit geschenkt, und in vielen der mitgetheilten Fälle wird des Zustandes der Orbiculare keine Erwähnung gethan. Es kann somit nicht als Thatsache hingestellt werden, dass der Orbicularis in diesen Fällen nicht afficirt war, denn die Affection kann so schwach sein, dass sie der bloss gewöhnlichen Untersuchung entgeht.

Zur Illustration dieses Umstandes kann ich einen andern Fall von Ophthalmoplegie externa erwähnen, einen Fall, der kürzlich in meiner Behandlung stand, in welchem, obgleich sich keine ausgesprochene Schwäche des Orbicularis oculi vorfand, dennoch eine beträchtliche faradische Uebererregbarkeit der Musculi orbicularis und frontalis vorhanden war, im Vergleiche zu den Musculi zygomatici und der andern Muskeln des Gesichtes. Diese nutritiven Veränderungen weisen auf eine nahe Verwandtschaft zwischen den Centren der Bulbi und den in Rede stehenden Muskeln hin. Man wird zweifellos das hier erwähnte Moment in Zukunft noch weiteren Untersuchungen unterziehen.

* * *

Bulbär-Paralyse.

Trotz der sehr vielen Untersuchungen, die man über die Bulbärparalyse angestellt hat, herrscht noch immer eine grosse Unsicherheit über die Functionen der einzelnen Kerne der Nerven des Schädels vor. Die atrophische Paralyse von Lippen, Zunge und Gaumen, welche das Hauptsymptom dieser Erkrankung darstellt, deutet auf eine gemeinschaftliche Innervation dieser Muskeln hin, und zwar entweder von demselben Centrum aus, oder von getrennten Centren, die functionell nahe mit einander verwandt sind.

Von den verschiedenen Kernen der Medulla oblongata ist der Hypoglossuskern immer in hohem Grade atrophirt, und es gibt viele Thatsachen, welche es wahrscheinlich machen, dass der Orbicularis oris von diesem Kern direct innervirt wird. BRUCE [2]) bildet einen Zug von Fasern ab, die vom medialen Ende des Hypoglossuskerns zum Knie des Facialis verlaufen, und GOWERS [3]) berichtet über einen Fall von Poliomyeitis mit Affection des Facialiskerns, in welchem der Orbicularis

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42—45, 1893.

[1]) Brain, Vol. XIII, p. 473.
[2]) Illustrations of the Mid and Hind Brain.
[3]) Diseases of the Nervous System. Vol. II, p. 222.

der Affection entgangen war, obgleich die anderen Facialismuskeln gelähmt waren.

TOOTH und TURNER haben auch Thatsachen mitgetheilt, welche es wahrscheinlich machen, dass dieser Kern auch die motorischen Fasern des Accessorio-Vagus versorgt, welche den weichen Gaumen und die Stimmbänder innerviren. Dies steht mit den anatomischen Untersuchungen von BRUCE im Einklange und wird in gleicher Art durch Fälle von Hemiatrophie der Zunge combinirt mit Paralyse der entsprechenden Seite des Gaumens [4]) gestützt.

Es gibt jedoch andere Thatsachen, welche mit diesen Anschauungen nicht übereinstimmen, und der Gegenstand bedarf noch weiterer Untersuchungen. Es ist wahrscheinlich, wie OPPENHEIM [5]) annimmt, dass manche verschiedene Angaben bezüglich der pathologischen Anatomie der Bulbärparalyse auf Rechnung des Umstandes kommen, dass die Paralyse in manchen Fällen von einer Affection der terminalen baumartigen Verzweigung der Pyramidenzüge kommt, bei welcher der Tod eintritt, bevor die Kerne selbst eine Degeneration eingegangen waren. Unter solchen Umständen mochten die Ganglienzellen normal erscheinen, obgleich die Muskeln, welche von ihnen innervirt werden, indirect gelähmt wurden.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 10. November 1893

Dr. Müller demonstrirt einen Fall von Tuberkulose der Conjunctiva am linken Auge bei einer seit vielen Jahren an Tuberkulose leidenden Frau. Beide Uebergangsfalten sind der Sitz der tuberkulösen Granulationen, welche wenig Neigung zum Zerfalle haben. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich zahlreiche Bacillen.

* * *

Hofrath Prof. Billroth: Meine Erfahrungen über Aneurysmen der Extremitäten und des Halses

Unter 23000 chirurgischen Fällen, welche Redner im Zeitraume von 32 Jahren in Zürich und Wien zu beobachten Gelegenheit hatte, fanden sich nur 26 Fälle von Aneurysma der Extremitäten und des Halses; u. zw. waren 15 traumatischen Ursprunges, 11 gehörten zu den wahren Aneurysmen; letztere sind also ziemlich selten und nur diese sollen in die Besprechung einbezogen werden. Diese entstehen durch eine verringerte Resistenz der ganzen Arterienwandung und es ist dann ganz irrelevant, ob dieselben einer destruirenden Erweichung oder dynamischen Gewalt ihren Ursprung verdanken. 8 von diesen betrafen die Arteria poplitea, 2 die Carotis und 1 die Subclavia.

Vortragendem hat sich die Anschauung aufgedrängt, dass das Aneurysma popliteum nicht immer die Folge von Arterienatheromatose ist, sondern dass eine gewisse Zartheit der Arterienwandung genügt, um erst kleinere, dann grössere Defecte in derselben entstehen zu lassen. Häufiger kommt dasselbe bei Männern als bei Frauen vor und dürfte mehr seine Ursache auch in forcirter Ueberstreckung als in Beugung des Kniegelenkes haben. BILLROTH fand es meist bei Zimmerputzern, Kutschern, Hausknechten u. dgl., doch dürfte eine individuelle Disposition der Arterien zur Aneurysmabildung am ehesten anzunehmen sein, welche in einer angeborenen Schwäche der Arterienwandung, besonders der Intima und Adventitia besteht.

Die traumatischen Aneurysmen zerfallen in zwei Kategorien:

1. Bei Stichwunden, wo die Hautwunde heilt, der Riss in der Arterie gross ist, entsteht das Aneurysma sofort.

2. Wo die Arterienwunde heilt und die Narbe sich ausdehnt, entsteht es meist nach mehreren Wochen, oft aber erst nach mehreren Jahren.

[4]) WESTPHAL, Archiv für Psychiatrie. Bd. 18, p. 846.

[5]) Archiv für Psychiatrie Bd. 24, p. 758.

Die Schmerzen und die Arbeitsunfähigkeit treibt die Patienten meist zum Arzte. Ist das Aneurysma sehr gross, so verbluten sich die Patienten sozusagen in dasselbe.

Der von LANGENBECK ausgehenden Idee, die Aneurysmen durch hypodermatische Injection von Ergotin zum Schwinden zu bringen, konnte sich BILLROTH nie anschliessen. Da die Arteria femoralis und subclavia gar keine Musculatur mehr haben, so kann natürlich von einer Einwirkung des Ergotins auf die Gefässmusculatur keine Rede sein. Die ganze Wirkung der Injection von Alkohol, Carbolsäure u. dgl. reducirt sich darauf, dass eine bindegewebige Reaction entsteht, und dass durch Entstehung von sehr harten und dicken Schwielen eine Gerinnung in der Arterie vorgetäuscht wird; eine radicale Heilung aber ist ausgeschlossen.

Die Kälte ist zwar ein gutes Mittel gegen die Schmerzen, aber sie nützt hier ebensowenig wie die Electropunktur, welcher man irrthümlicher Weise eine gerinnungmachende Wirkung zugeschrieben hat.

Die Behandlung mittels Compression, welche besonders von LANGENBECK befürwortet wurde, lässt sich nur bei einer gewissen Intelligenz der Patienten anwenden. Die Fixation der Extremitäten in Flexionsstellung beim Aneurysma popl. ist wegen der grossen Schmerzhaftigkeit nicht immer anwendbar. Die Anämisirung nach ESMARCH hat einige günstige Erfolge ergeben; doch dauert die Behandlung lange Zeit und wenn diese unterbrochen wird, kommt es bald zu Recidiven.

Bei der Digitalcompression, von der Vortragender günstige Erfolge gesehen, kommt es darauf an, wie und mit welcher Consequenz dieselbe durchgeführt wird. Der Erfolg hängt hier weniger von den anatomischen Verhältnissen, als vielmehr von der Geduld des Behandelnden ab. Unter Heilung des Aneurysma ist hier aber nicht eine normale Herstellung des Arterienrohres zu verstehen, ebenso wenig wie eine vollständige Schrumpfung und Obliteration des Aneurysmasackes bis in die Arterie hinein und Bildung eines Collateralkreislaufes, da dies Alles nicht zu Stande kommt, ausser bei der Operation. In 3 Fällen wurde dies erreicht, ein Fall war von Dauer, zwei von Recidiven gefolgt. In einem Falle von Carotisaneurysma, der unter der Compression in kurzer Zeit, aber auf Kosten einiger Gehirnsymptome (Aphasie, Beklemmungen, Facialisparese etc.) vollkommen ausgeheilt wurde und 3 Jahre nach der Behandlung an einer Pneumonie starb, fand sich bei der Section Schrumpfung des aneurysmatischen Sackes und Thrombenbildung daselbst bis in den Carotisstamm.

Weitaus am häufigsten bei der Compression ist es der Fall, dass sich im Aneurysmasacke und weiter in dem Stamme der Arterie Gerinnsel bilden, welche einen Canal enthalten, durch welchen das Blut circulirt. Aus diesem Umstande erklären sich auch die Recidiven, denn wenn sich so ein Canal erweitert, so kann es zur Pulsation des Aneurysma kommen.

Die Misserfolge der Compressionsbehandlung zerfallen in zwei Kategorien:

1. Fehlt es oft den Patienten oder dem Arzte an Geduld, die Behandlung zu Ende zu führen.

2. Kann es leicht zu Gangrän kommen.

In einem Falle von Aneurysma popl., den BILLROTH beobachtete und bei dem die Digitalcompression durch 24 Stunden ausgeführt wurde, kam es in Folge von Mitthrombosirung der Arterie zur Gangrän der unteren Extremität.

Die Ligatur, welche BILLROTH nur bei kleineren Aneurysmen anwandte und mit Erfolg ausführte, muss immer ausserhalb des Sackes angelegt werden. Einen Fall hat derselbe nach ANTYLOS operirt und kann BILLROTH diese Methode nur warm empfehlen.

Vortragender kommt nun zu folgenden Schlusssätzen:

1. Das Aneurysma popl. verhält sich in den meisten Fällen wie das Hämatoma arteriale, auch wenn es ohne Trauma zu Stande gekommen ist.

2. Es ist der Radicaloperation nach ANTYLOS zugänglich, besonders wenn es nicht sehr gross ist.

3. Der Aneurysmasack ist ganz zu entblössen, da das Gewebe innerhalb des Sackes erweicht und morsch ist.

4. Nach Auslösung des Sackes ist oberhalb und unterhalb desselben zu unterbinden.

5. Eine Verklebung der Sackwandungen per primam ist nicht zu erwarten.

6. Ein vollständiges Vernähen der Wunde ist zu unterlassen, dieselbe ist vielmehr mit Jodoformgaze auszustopfen.

* * *

Hofrath Prof. Nothnagel: *Ueber Gefässschmerzen.*

Vortragender ist im Laufe der Jahre zu der Ueberzeugung gelangt, dass den Arterien eine gewisse Schmerzhaftigkeit zukommt und dass in einer grossen Reihe von Fällen Schmerzen, die sonst nicht anders zu deuten sind, auf die Arterienwandung bezogen werden müssen.

Abgesehen von den excentrischen Neuralgien, welche bei den Aortenaneurysmen vorkommen — NOTHNAGEL hat von diesen 150—200 Fälle beobachtet — zeigen sich bei denselben noch andere schmerzhafte Erscheinungen, die als von der Arterienwandung selbst ausgehend angesehen werden müssen. In vielen Fällen, in denen lokalisirte Schmerzen angegeben wurden, ohne dass etwas physikalisch Nachweisbares gefunden wurde, hat sich später ein Aneurysma herausgestellt. Auch bei verschiedenen Herzaffectionen, sowie bei der Arteriosclerose finden sich Schmerzen, welche auf die Arterienwandung bezogen werden müssen, trotzdem wird in letzterem Falle sehr oft irrthümlicher Weise die Diagnose auf Neuralgie, Rheumatismus u. s. w. gestellt.

In einzelnen Fällen, in denen die Patienten über heftige Kopfschmerzen klagen, stellt sich oft einige Tage nach denselben plötzlich eine Hemiplegie ein. Die Section zeigt eine ausgesprochene thrombotische Erweichung. Da die Gehirnsubstanz vollständig unempfindlich ist, so sind diese Schmerzen nicht anders, als auf die Arterienwand selbst zu beziehen. In Fällen, wo starke Kopfschmerzen ohne Zeichen einer arteriellen Congestion vorausgehen, ist an eine Thrombose mit Erweichung zu denken.

Auch bei Embolien zeigen sich oft heftige Schmerzen, welche in einer Verwachsung des Thrombus mit der Arterienwand und in der weiteren Verengerung der Arterie ihre Ursache haben.

DUBOIS-REYMOND hat eine Reihe von Migränen auf Angiospasmus zurückgeführt und gemeint, dass dieser Spasmus der Arterienwand die Schmerzen erzeuge. Es gibt auch wirklich einige Fälle von Angiospasmus an den Extremitäten, die auf Arterienkrampf beruhen, indem die Hände blass werden und eine Art von Erstarrung eintritt. Die Schmerzen, welche sich dabei meist am Vorderarm finden, möchte NOTHNAGEL als Gefässschmerzen, direct ausgehend vom Krampfe der Arterien, auffassen. Diese Schmerzen würden dann in Analogie mit der Tetanie gesetzt werden. Und wie man von anderen Koliken spricht, könnte man hier auch die Bezeichnung «Gefässkolik» wählen.

Da zu den Arterien direct Fasern von den Nerven ziehen, da ferner in der Adventitia der grossen Arterien acinische Körperchen nachgewiesen wurden, so fänden die Arterienschmerzen leicht ihre Erklärung. Bei der Arteriosclerose kommt es zu einer Periarteriitis und diese dürfte die Schmerzen vermitteln. Wenn bis jetzt in der Arterienwandung noch keine sensiblen Nerven gefunden wurden, so ist damit noch nicht gesagt, dass sie nicht existiren; ihr Vorhandensein ist sehr wahrscheinlich.

(Discussion über beide Vorträge in der nächsten Sitzung.)

Dr. Em. Mandl.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 6. November 1893.

Dr. S. Baum: *Ueber den Werth des mechanischen Reizes in der Hydrotherapie.*

Wir besitzen in der Combination des thermischen mit dem mechanischen Reize ein vielseitiges Heilagens. Doch so wenig diese Proceduren im Rahmen einer Thermotherapie Platz hätten, ebensowenig haben sie ihn in dem einer Mechanotherapie. Sie sind eben einfach hydriatische Proceduren. Wassercur und Massage machen zum Theile einen gleichen Ideengang durch. Der mechanische Faktor ist in therapeutischer Hinsicht von grosser Bedeutung. Wir sind mittels desselben im Stande:

1. Bei activen Fieberformen die Wärmeentziehung zu einer schonenden und doch ausgiebigen zu gestalten, drohenden Collaps zu verhüten, vorhandenen Collaps zu bekämpfen, das asthenische Fieber, sowie die Wärmeretention im Froststadium, namentlich des Wechselfiebers zu behandeln.

2. Das kalte Wasser als Tonicum bei fieberlosen krankhaften Zuständen der Anämie und der Chlorose mit Erfolg zu benützen.

3. Fussend auf dem von älteren Aerzten hervorgehobenen Antagonismus zwischen Bauch- und Hautorganen derivatorisch zu wirken bei Katarrhen und krankhafter habitueller Blutvertheilung.

4. Bei rheumatischen Processen, Neuralgien, herabgesetzter Empfindung und Bewegung, bei Ohnmachten, Sopor, bei psychischen Depressionen und bei sehr erschwerter Expectoration auf dem Wege der Revulsion und Umstimmung günstig einzuwirken.

Bei der Abreibung folgt dem thermischen Reize die primäre Haut- und Gefässcontraction, welche einige Zeit anhält, um der Erweiterung Platz zu machen. Durch die Friction wird letztere nicht nur rascher sondern auch mächtiger herbeigeführt und somit eine förmliche Ableitung des Blutes von den inneren Organen zu der Körperoberfläche bewirkt. Eine Erweiterung der Hautgefässe wird gleichfalls durch die verschiedenen Formen der Fallbäder, Regenbäder, Sturzbäder und Uebergiessungen erzielt. Die Eigenthümlichkeit dieser Badeformen äussert sich in der Art und Kraft, mit denen das Wasser den Körper trifft. Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei neben der continuirlichen Erneuerung des thermischen Reizes die eigenthümliche Erschütterung und der Stoss der fallenden Wassermengen, die mehr weniger fein vertheilt, den Körper treffen.

Beim Halbbade sind abgesehen von dem durch Zufluss bewirkten Wechsel der Wassertemperatur sehr massgebend die Bewegungen des Patienten, da erwiesenermassen zwei in Temperatur und Dauer ganz gleiche Bäder höchst verschiedene Effecte auf die Körpertemperatur haben, wenn in dem einen Bade eine starke Hautfriction stattfindet, in dem anderen nicht. Für sich allein hat der thermische wie der mechanische Reiz als Hautreiz denselben Effect. Doch ist zur therapeutischen Verwerthung gerade das von Belang, dass während der Wirkungsentfaltung des einen, der andere bereits in Wirksamkeit ist.

Für die Hydrotherapie des Fiebers gibt es keine specifische Methode, da bei einem und demselben Falle im Verlaufe der Krankheit vielfache Proceduren nöthig sein können. Am allergebräuchlichsten sind die Halbbäder. Das Hauptpostulat für dieselben ist, dass die Hautgefässe in einer constanten Erweiterung erhalten werden; die Constanzerhaltung der breiten Blutbahn wird vornehmlich durch den mechanischen Reiz herbeigeführt, u. zw. in Form der Abreibung. Besonders beim asthenischen Fieber ist der mechanische Factor der wichtigere in den hydriatischen Manipulationen.

Besonders beim Collaps, bei Delirien und bei Sopor müssen die erregendsten und erschütterndsten hydriatischen Massnahmen in Anwendung kommen. Abgesehen von mächtigen Frottirungen sind dies rasche kalte Begiessungen in der mit warmen Wasser gefüllten Wanne.

Für die Anämie ist die hydriatische Procedur das mächtigste Tonicum. Der Kältereiz für sich würde bei seiner kräftigenden Herzaction Circulationsstörungen herbeiführen, wenn ihm nicht mechanische Reize zugesellt würden. Auch die schottische Douche d. h. warmes und darauffolgendes kaltes Regenbad, wäre in dieser Richtung mit Vortheil anzuwenden.

Kühle Bäder haben je nach ihrer Dauer eine verschiedene Wirkungsweise. In der Dauer von einigen Secunden, sogenannter Taufbäder, sind sie ein ausgezeichnetes Stimulans, während sie bei längerer Dauer starke Wärmeentziehung bewirken. Erstere leisten in Verbindung mit mächtigen Hautreizen sehr viel bei Chlorotischen durch Verbesserung der Blut- und Wärmevertheilung, Hebung der Herzkraft, sowie durch den günstigen Einfluss auf Bildung und Locomotion von Lymphe und Anregung der Hautfunction. Die die

Chloranämie sehr oft begleitenden Menorrhagien werden durch solche Proceduren oftmals, selbst nach jahrelangem Bestande zum Schwinden gebracht. Auch in einem Falle von habitueller Neigung zu Abortus trat nach einem mehrwöchentlichen Curgebrauche Conception ein, so dass auch in solchen Fällen diese Procedur gerechtfertigt erscheint.

In jenen Fällen von Diarrhoe, wo die directe oder indirecte Ursache derselben in Hyperämie der Unterleibsorgane zu suchen ist, bedient man sich mit grossem Erfolge der kalten Abreibung, indem man durch dieselbe die Hauptrichtung des Blutstromes gegen die Haut lenkt. Man erreicht dies auf derivatorischem Wege, hauptsächlich durch Hinzufügung des mechanischen Reizes zum thermischen. Auch Lungenkatarrhe werden häufig mit Abreibungen, Regenbädern oder mittels der Combination beider erfolgreich behandelt. Die habituellen Lungencongestionen werden durch Ableitung auf die Haut beseitigt. Ebenso kann man durch kräftige nasskalte Abreibungen bei Herzfehlern die Blutvertheilung in günstigem Sinne beeinflussen.

Die Abreibung und die Douche theilen die derivatorische Wirkung mit der Einpackung. Bei letzterer wirkt aber nur der Contrast differenter Temperaturen, indem die primäre Kälte die Contraction, die secundäre Wärme die Erschlaffung der Blutgefässe in der Haut hervorruft. Bei ersteren kommt noch der mechanische Reiz hinzu. In der Regel wird die Einpackung mehr calmiren, die Abreibung mehr excitiren. Welches von diesen Proceduren zur Anwendung kommen soll, hängt von der individuellen Beschaffenheit und von der Krankheitsphase ab. Dort wo es darauf ankommt, auch die Innervation mächtig anzuregen, werden wir den mechanischen Reiz, wie er sich in der Abreibung documentirt, in Anwendung ziehen; in anderen Fällen die Einpackung. Bei rheumatischen Schmerzen, welche WINTERNITZ dadurch entstehen lässt, dass die thermische Noxe, direct oder reflectorisch eine Gefässcontraction im Muskel hervorgerufen hat, sind oftmals kräftige Abreibungen von besseren Erfolgen begleitet, als Einpackungen. Auch schwere Anginen werden oft durch mehrere rasch nacheinander applicirte nasskalte Abreibungen zum Schwinden gebracht.

Durch diese Proceduren, besonders wenn noch die Contrastwirkung differenter Temperaturen, wie bei der schottischen Douche hinzutritt, werden oft staunenerregende Umstimmungen hervorgerufen.

Vortragender schliesst mit den Worten:

«In der richtigen Dosirung des mechanischen Reizes liegt die richtige Anwendung des Wassers.»

Dr. SCHRÖTTER weisst darauf hin, dass man durch thermisch-mechanische Reize auch Milztumoren zur Verkleinerung bringen kann und dass durch Application der kurzen Douche auf die innere Schenkel- und Kreuzgegend die Amenorrhoe beseitigt wird.

Dr. Em. Mandl.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

17. Abtheilung: Kinderheilkunde.*)

Sitzung am 13. September 1893.

Dr. Meinert (Dresden): *Zur Aetiologie der Chlorose.*

Vortragender macht auf einen bei typischer Chlorose des Entwicklungsalters scheinbar constanten anatomischen Befund aufmerksam, auf den Prolaps des Magens (verticale oder subverticale Stellung des Magens, Gastroptose). Klinisch nachweisen konnte er diese Anomalie in nacheinander 60 von ihm daraufhin mittelst Aufblähung des Magens (mit 6·0 Ac. tart. und 8.0 Natr. bic. nacheinander in getrennter Lösung) untersuchten Fällen. Die Gastroptose ist eine Theilerscheinung mehr oder weniger ausgesprochener Enteroptose. 15 Procent der Fälle des Vortragenden complicirten sich mit Ren mobilis dextra, 1 Fall mit doppelseitiger Wanderniere.

*) Nach dem Bericht der Münchener medicinischen Wochenschrift.

Die Entstehung des visceralen Prolapses führt Vortragender entgegen den gangbaren Hypothesen auf mechanische Momente zurück, besonders auf Verdrängung des Magens durch die auf seine kleine Curvatur und den Pylorus drückende Leber. Seltener wird der diese Richtung einschlagende Druck von der Leber her durch Volumszunahme des Organs, in der grossen Mehrzahl der Fälle vielmehr durch in der Zwerchfellkuppe eintretenden Raummangel veranlasst. Die übliche Frauenkleidung bringt es mit sich, dass beim weiblichen Geschlecht die den Prolaps der Eingeweide erzeugende Stenose der unteren Thoraxapertur erheblich häufiger vorkommt, als beim männlichen, für welches die disponirenden Formanomalien des Thorax sich auf congenitale oder durch Krankheit (besonders Rachitis) erworbene Verunstaltungen beschränken. Der stabile Schnürthorax der Frauen (Vortragender hat 100 Fälle aus dem Dresdener Stadtkrankenhaus gesammelt) führt stets, der labile, durch Corset oder Schnürbänder erworbene der jungen Mädchen sehr bald (gewöhnlich bereits nach $^1/_2$ Jahr) zu definitivem Prolaps der Baucheingeweide. Bei 29 unlängst aus der Volksschule entlassenen Mädchen im Alter von 14 Jahren ergab die Aufblähung des Magens 28 Mal Gastroptose; Schnürung war stets vorangegangen, ausser in einem Falle, wo rachitische Hühnerbrust als Ursache des visceralen Prolapses festgestellt wurde.

Gastroptose (Enteroptose) bedeutet nur eine Krankheitsdisposition, welche abgesehen von den bisweilen eintretenden Läsionen der dislocirten Organe — hauptsächlich als gesteigerte Erregbarkeit der durch den Prolaps gezerrten Geflechte des Bauchsympathicus zum Ausdruck kommt. Zur Hervorbringung eigentlicher Krankheitssymptome bedarf es gewisser Gelegenheitsursachen mechanischer oder psychischer Natur — derselben Gelegenheitsursachen, von deren Einfluss man schon längst den Ausbruch der Chlorose abhängig zu machen geneigt ist: körperliche Ueberanstrengung, gewisse im Sitzen ausgeübte (die Unterleibsorgane insultirende) Beschäftigungen, die Geburtsarbeit — Angst, Sorgen, Liebeskummer etc.

Die chlorotische Blutveränderung jedoch figurirt nur als eines der Symptome, durch welche sich im Entwicklungsalter die Enteroptose, wenn überhaupt, bemerkbar macht. Nervöse Störungen verschiedener Art, als Begleiterscheinungen der Chlorose schon immer gewürdigt, stellen die Hauptmerkmale der enteroptotischen Krisen dar, welche in jeder Lebensperiode auftreten können. So verläuft die Enteroptose, wenn überhaupt die Gelegenheitsursachen vorhanden sind, die ihren Uebergang aus dem Stadium der Latenz in das der Erscheinungen bedingen (was nicht immer und manchmal erst sehr spät der Fall ist), meist in Paroxysmen, deren erste häufig in Gestalt der Chlorose auftritt. Nach Heilung der Chlorose bleibt ihre anatomische Grundlage, der viscerale Prolaps bestehen; daher die Neigung zu Recidiven, und daher die häufig für das ganze Leben zurückgelassenen Spuren. Frauen, die früher chlorotisch waren, leiden gewöhnlich an nervösen Zufällen oder anfallsweise auftretenden psychischen Verstimmungen. Hemikranie, Hyperemesis, gravidarum, Melancholie und viele meist fälschlicherweise als hysterisch bezeichnete Symptomencomplexe, sowie die als nervöse Dyspepsie (LEUBE), als Lendenmarkssymptome (HEGAR), als Leiden des Bauchsympathicus (TALMA), als Neurosen und Psychosen auf dem Boden chronischer Magenkrankheiten (ALT) beschriebene Zustände lassen sich gewöhnlich, wenn man nur den Magen, wie oben erwähnt, aufbläht, auf Enteroptose zurückführen.

Die Enteroptose ist bei Erwachsenen unheilbar, während sie sich im Kindesalter nach Fortfall der Ursachen (einengende Kleidung) zurückbilden kann. Eine auf Erweiterung des unteren Brustkorbs und auf Wiederbelebung der abdominalen Athmung gerichtete Therapie vermag jedoch, trotz sonst bestehendem Grundleiden, lediglich durch Entspannung der vom Plexus solaris zur kleinen Magencurvatur streichenden Sympathicusfasern symptomatische Erfolge zu erzielen, selbst in Fällen, die durch Eisen nicht mehr beeinflusst werden. Hieraus versteht sich der anerkannte Heilwerth langdauernder Bettruhe bei schweren Chlorosen und die Häufigkeit der Rückfälle bei dieserart Genesenen, wenn sie wieder in den Zwang des Corsets zurückkehren.

Die Auffassung der chlorotischen Blutveränderung als nervöses Phänomen erscheint principiell nicht unzulässig, seit der mögliche Zusammenhang schwer anämischer Zustände mit Affectionen des centralen Nervensystems erwiesen worden ist. Nach alledem kann Vortragender nicht umhin, die Chlorose für das zu halten, wofür sie schon von TROUSSEAU gehalten worden ist, für eine Neurose. Der Boden, auf dem diese Neurose meist zu entstehen scheint, ist die Enteroptose (GLENARD'sche Krankheit). In ihr erblickt Vortragender das anatomische Substrat der von vielen Autoren bereits als unabweislich bezeichneten Prädisposition. Von den einzelnen Organsenkungen, welche unter diesem Sammelnamen zusammengefasst werden, ist er geneigt, speciell die Gastroptose verantwortlich zu machen, da ihm bis jetzt bei ausschliesslichem Prolaps anderer Organe, insbesondere bei dem ziemlich verbreiteten isolirten Prolaps des Dickdarms, typisch chlorotische Erscheinungen nicht vorgekommen sind.

Die am meisten charakteristischen Formen von Bleichsucht entstehen, wenn ein normaler Thorax durch einengende Kleidungsstücke zeitweise (tagsüber) in Schnürform gezwungen wird, mehr chronische, den Charakter von Uebergangsformen zur einfachen Anämie tragende Krankheitsbilder dann, wenn der Thorax vorzeitig zu bleibender Schnürform erstarrte.

Bei Knaben mit analoger Thoraxdeformität (phthisischer Habitus, rachitischer Thorax) wird die Krankheit ebenfalls beobachtet, aber eben deshalb nur in ihrer atypischen mehr protrahirten Form. Der wohlgeformte, jugendlich elastische und niemals dem Einfluss comprimirender Kleidungsstücke ausgesetzte Brustkorb schliesst nach des Vortragenden Beobachtungen die Erkrankung an Chlorose aus.

Die Geschichte der Krankheit ergibt genügende Anhaltpunkte dafür, dass überall ihr erstes Auftreten unter den heranreifenden Mädchen dem Vordringen der heute conventionellen, den unteren Brustkorb beengenden Kleidung des weiblichen Geschlechts gefolgt ist. Einschnürende Bänder, wie sie zur Befestigung der Röcke dienen, bringen den gleichen Effect hervor, wie das Corset. — Vortragender demonstrirt eine grosse Zahl Photographien chlorotischer Individuen, bei welchen die Conturen des abnorm gelagerten Magens aufgezeichnet sind.

Discussion. SCHMID-MONNARD-Halle a. S. sah unter den Enteroptosen seiner Praxis Fälle, wo nicht das Schnüren, sondern schwächende Einflüsse und andere Ursachen als ätiologische Factoren wirkten. SCHMID-MONNARD glaubt, dass man das Verschwinden der Chlorose bei den Fällen in der Dresdener Dienstmädchenlehranstalt der guten Ernährung ebenso gut zuschreiben könne, wie dem Fortlassen des Corsets. Beim Schnüren trete nicht immer das Bauchorgan tiefer (Schnürleber).

MEINERT-Dresden: Nur im Entstehungsstadium der Enteroptose spiele die Leber die von ihm bezeichnete Rolle; bei Leichen mit ausgebildetem visceralen Prolaps könne sie irgend welche inzwischen erworbene Lage und Gestalt aufweisen. Nicht das Schnüren bezeichne er als nächste Ursache der Lageveränderungen, sondern die allerdings meist durch das Schnüren erzeugte labile und stabile Thoraxdifformität, die auch bei Männern und aus anderen Ursachen vorkommen könne. Er habe ausdrücklich erwähnt, dass auch bei normalem Thorax und ohne Schnürwirkung in der Volumszunahme von Nachbarorganen des Magens (meist der Leber) eine Ursache für Gastroptose gegeben sei. Auf die Anfrage HARTUNG's, ob nicht durch die hohe Dosirung der Brausemischung übermässige Ausdehnung des Magens und damit Vortäuschung von Gastroptose möglich sei, erwidert MEINERT unter Hinweis auf v. ZIEMSSEN's 12. Vortrag, dass bei ihrer geringen Dehnbarkeit die Magenwände eher bersten würden unter der Einwirkung der Brausemischung, als dass sie sich in einem die Nabelgrenze überschreitenden Grade erweiterten.

61. Jahresversammlung der „British Medical Association“.

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

(Fortsetzung.)

Prof. Dr. A. R. Simpson (Edinburgh): *Die Nothwendigkeit der Reinlichkeit.*

Prof. SIMPSON drückte zunächst Dr. BARNES den Dank der Section für seinen interessanten Beitrag zur Discussion über den so sehr wichtigen Gegenstand der puerperalen Septicämie aus. Redner möchte gleich bemerken, dass er glaube, dass Dr. BARNES, seiner streng analytischen Denkungsart folgend, zu viel Gewicht auf die Unterscheidung der endogenetischen und der exogenetischen Septicämie gelegt habe.

Prof. SIMPSON meint, dass das, was den Geburtshelfer angesichts irgend welchen Falles, der ihm in seiner Praxis vorkommen kann, zu interessiren habe, lediglich der Umstand sei, ob das Gift der Kranken durch ihre eigenen Hände zugeführt wurde oder durch die der Umgebung, und dass wir in der allgemeinen Praxis alle uns bemühen sollten, es ausfindig zu machen, welches die Quellen seien, von denen aus wir der Wöchnerin Gefahr bringen können. Prof. SIMPSON möchte aus dieser Discussion alle zymotischen Fälle eliminiren. Es gebe wohl verschiedene Arten von Puerperalfieber, denn die Puerpera kann von Scarlatina oder anderen zymotischen Affectionen ergriffen werden, aber die grössten Vervollkommnungen auf diesem Gebiete waren das Resultat davon, dass man die verschiedenen Quellen für die Entwicklung gefährlicher Mikroben kennen lernte.

Welche Theorien immer über die Natur und die Art der Wirkung der Streptococcen und anderer Keime bestehen können, so sei es auf jeden Fall nach dem heutigen Stande unseres Wissens klar, dass es von der allergrössten Bedeutung sei, dass wir ihre Gefahr erkennen und darauf bedacht seien, dass unsere Hände und Instrumente, so wie auch die der Hebamme und der anderen Umgebung der Kranken gründlich desinficirt werden. Einer der wichtigen Schlüsse, der daraus für uns selbst und für unsere jüngeren Collegen abzuleiten ist, geht dahin, dass wir unsere Geschicklichkeit, den Stand der Geburt durch die abdominale Palpation zu erforschen, möglichst vervollkommnen, um jeder überflüssigen inneren Untersuchung aus dem Wege zu gehen.

* * *

Prof. Cullingworth: *Fälle von Puerperalfieber, in der bei weitem überwiegenden Zahl exogenetischen Ursprungs.*

Prof. CULLINGWORTH behandelte zunächst die Frage, ob eine puerperale Septicämie endogenetischen Ursprungs gelegentlich vorkommen könne, und meinte diesbezüglich, dass die Beantwortung dieser Frage von einem Punkte abhängig sei, der noch nicht entschieden ist, nämlich ob die Möglichkeit bestehe, dass nicht pathogene Organismen im Geburtscanale eine pathogene Beschaffenheit annehmen können. Redner lenkte die Aufmerksamkeit der Versammlung auf eine werthvolle Arbeit über die Bacteriologie der puerperalen Septicämie von Dr. WHITRIDGE WILLIAMS, aus dem Johns Hopkins Hospital, in Baltimore, publicirt im American Journal of the Medical Sciences vom letzten Juli, eine Arbeit, in welcher der jetzige Stand unseres diesbezüglichen Wissens mit Geschick zusammengefasst ist.

Vom praktischen Standpunkte jedoch sei es am besten, anzunehmen, dass die puerperale Septicämie auf Rechnung einer Infection von aussen kommt, und dass in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Infection durch die Finger oder durch die Instrumente des Arztes, der Hebamme oder der Wärterin verursacht wurde. Diejenige Patientin sei am meisten gegen die Infection gefeit, deren behandelnder Arzt nach dieser Annahme handelt, während und nach der Geburt, und sein Bemühen auf die Desinfection seiner eigenen Person, der Hebamme und der Instrumente concentrirt.

* * *

Die Gefahren der Irrigationen

Bezüglich der Methoden der antiseptischen Geburtshilfe möchte Prof. CULLINGWORTH die Gefahr hervorheben, die aus dem Gebrauche der Irrigationen resultirt, da durch dieselben infectiöse Mikroorganismen aus dem unteren Theile des Genitaltractes in den oberen hinauf befördert werden. Wegen dieser Gefahr sei er der Ansicht, dass man von der Irrigation niemals Gebrauch machen solle, ausser durch den Arzt selbst oder durch eine geschickte und wohlgeschulte Hebamme. Glücklicherweise ist die Irrigation von keiner wesentlichen Bedeutung, und was die Privatpraxis betrifft, so ist es thatsächlich zweifelhaft, ob die Patientin nicht besser daran sei, wenn man an derselben keine Irrigationen vornimmt.

Man hat den Irrigationen bei Vernachlässigung der wahrhaft wichtigen Massregeln eine zu grosse Aufmerksamkeit geschenkt. Was die Gefahr der Sublimatvergiftung, auf die Dr. BARNES hingewiesen hatte, betrifft, so möchte Redner die Section daran erinnern, dass sich dort, wo die Irrigationen bei Seite gelassen wurden, kein Fall von Vergiftung ereignet habe. Eine Vergiftung durch Resorption von Sublimat, könne nur dort stattfinden, wo die Lösung intern gebraucht wird. Das Sublimat sei als ein Desinficiens für den Arzt, die Hebamme und die Instrumente absolut harmloser Natur, und es kann durchaus keinem Zweifel unterliegen, wie aus den vergleichenden statistischen Daten von Dr. BOXALL im General Lying-in Hospital hervorgeht, dass das corrosive Sublimat für geburtshilfliche Zwecke, das wirksamste Antisepticum sei, das man jetzt kennt.

Dr. BARNES hatte den Wunsch ausgesprochen, dass ein eigener massgebender Codex, der die Bestimmungen betreffend den Gebrauch der Antiseptica in der Geburtshilfe enthält, geschaffen werden solle. Prof. CULLINGWORTH sei in der angenehmen Lage, der Section mittheilen zu können, dass ein solcher Codex von der ärztlichen Commission des General Lying-in Hospital herausgegeben wurde. Die Commission bestand aus den DDr. JOHN WILLIAMS, CHAMPNEYS, HERMAN und dem Redner selbst. Der Codex wurde von der Direction des Spitals gedruckt und sei vom Secretär des Spitals für den minimalen Preis eines Penny erhältlich.

(Schluss folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems.

Von **Dr. Sternberg.**

Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Das vorliegende, 331 Seiten starke Buch enthält die Resultate langjähriger Untersuchungen des Verfassers über die Sehnenreflexe, über die er zum Theile schon früher in verschiedenen Arbeiten berichtet hatte, die er nun aber unter einheitlichen Gesichtspunkten zusammengefasst darstellt. Der reiche Inhalt dieses Buches, das sich auf vielseitige experimentelle Untersuchungen und auf ausgedehnteste klinische Beobachtungen — im Ganzen 6000 Individuen — sowie auf eine ungemein sorgfältige Verwerthung der Literatur stützt, die kritische und verlässliche Untersuchungsmethode und Beweisführung des Verfassers, die Fülle neuer Thatsachen lassen die Vorhersage zu, dass das Buch einen werthvollen Behelf jedweder neurologischen Forschung bilden werde.

Die Diction des Buches ist stets klar, und trotzdem der Stoff manchmal spröde ist, interessant. Der Verfasser betrachtet, wenn man so sagen darf, die gesammte Pathologie des Nervensystems vom Standpunkte der Sehnenreflexe; er streift aber des Oefteren auch andere, zum Theile discutirte Fragen, so dass er auch hier vielfach Anregung geben dürfte. Aus dem reichen Inhalte des Buches wollen wir nur einige wenige Punkte, die uns von besonderer Bedeutung scheinen, hier vorbringen.

Nach einer kurzen historischen Einleitung, einer Darlegung der Factoren, die bei der Auslösung der Sehnenreflexe in Betracht kommen, gibt STERNBERG eine Tabelle über die topographische Vertheilung der Sehnenreflexe beim Menschen, die an Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig lässt.

Im Capitel «Die Localisation der Sehnenreflexe im Rückenmarke» bespricht STERNBERG wesentlich im Sinne WESTPHAL's die Localisation des Patellarreflexes beim Menschen.

Die Frage, ob die Sehnenreflexe wirkliche Reflexe seien, bejaht STERNBERG entschieden. Während hiebei der Sehne nur die Rolle eines elastischen Mediums für die Uebertragung der durch den Schlag erzeugten Schwingungen zukommt, setzt sich der Sehnenreflex in Wirklichkeit zusammen aus einem Knochenreflex, vermittelt durch die Periostnerven, und einem Muskelreflex. Demgemäss ist auch die Ansicht GOWERS', wornach das Wesentliche die Dehnung des Muskels sei, zu verwerfen. STERNBERG bespricht weiters unter dem Sammelnamen «Klonische Phänomene» eine Reihe von Erscheinungen, deren bekantestes der Fussklonus, deren höchster Grad die Epilepsie spinale der Franzosen ist. STERNBERG sieht in ihnen eine besondere Art der Sehnenreflexe, die durch Reizung der Muskeln ausgelöst werden. — In sehr ausführlicher und lehrreicher Weise werden hierauf an der Hand eines instructiven Schemas die verschiedenen Modificationen des Ablaufes des Reflexvorganges durch Veränderungen im Reflexbogen sowie ausserhalb desselben in den verschiedenen Stationen des Centralnervensystems, der Einfluss allgemeiner, den Organismus treffender Schädlichkeiten, endlich das Verhalten der Sehnenreflexe bei Nervenkrankheiten und anderen krankhaften Processen besprochen.

Trotz des grossen Interesses, das gerade dieses Capitel bietet, müssen wir es uns versagen, hier näher darauf einzugehen zu wollen. Wir erwähnen vielleicht nur, dass STERNBERG die Reflexsteigerung bei der Pyramidendegeneration auf den Ausfall hemmender Bahnen, das Fehlen der Sehnenreflexe bei gewissen Fällen von Rückenmarksdurchtrennung, sowie gewisser cerebraler Läsionen auf Reizung solcher hemmender Bahnen zurückführt.

Ein zweites grosses Capitel des Buches behandelt die Contracturen. STERNBERG nimmt dies Wort in dessen weitester Bedeutung als «Fixation eines Gelenkes», speciell hier durch musculäre Einflüsse. — Er unterscheidet die Contracturen je nach dem Verhalten der Sehnenreflexe in drei Gruppen, reflexophile, solche, welche nothwendiger Weise mit einer Steigerung, reflexdepressorische, welche nothwendiger Weise mit einer Herabsetzung der Sehnenreflexe einhergehen, und endlich in solche welche die Reflexe unbeeinflusst lassen, reflexoneglectorische. — Auch hier werden nun im Einzelnen die Verhältnisse bei den verschiedensten Läsionen besprochen und ihre Stellung im Schema erörtert. Die bisher meist übliche Eintheilung der Fälle in «cerebrospinale spastische» und in «spino-peripherische schlaffe Lähmungen» genügt nicht, sondern es ist zu beachten, dass eine Läsion von reizendem Character gleichzeitig sowohl Hemmungen für die Sehnenreflexe, als Impulse für Contracturen ins Rückenmark senden kann. Mechanische Erregbarkeit und Muskeltonus gehen durchaus nicht parallel mit den Sehnenreflexen, ebenso besteht zwischen Ataxie und Sehnenreflexen kein Zusammenhang.

Bezüglich der Bedeutung der Sehnenreflexe für den Organismus kommt STERNBERG zu dem Schlusse, dass dieselben einen Apparat zur reflectorischen Fixation der Gelenke bei Stössen und Zerrungen, eine Schutzvorrichtung gleichsam darstellen, um das Gelenk unversehrt zu erhalten.

Eine Zusammenfassung der theoretischen und diagnostischen Schlussfolgerungen des Verfassers, ein ausführliches Literaturverzeichniss und Register bilden den Schluss des Buches, das wir allen jenen, die sich für die einschlägigen Fragen interessiren, auf's Beste anempfehlen.

Dr. R.

Grundzüge der physiologischen Psychologie

von **Wilhelm Wundt.**

Vierte umgearbeitete Auflage, erster Band.

Verlag von Engelmann, Leipzig 1893.

Wenige Werke der letzten Dezennien hatten für Aufbau und Entwicklung eines Wissenszweigs eine derartige Bedeutung, wie WUNDT's «Grundzüge», deren erste Hälfte uns nunmehr in vierter

Auflage vorliegt. Ueber die Vorzüge dieses classischen Werkes zu sprechen, ist überflüssig, seine Geschichte ist zugleich die Geschichte der experimentellen Psychologie; denn abgesehen von einigen ausgezeichneten Vorarbeiten auf psychophysischem Gebiete, wurde durch WUNDT diese Art psychologischer Forschung neu geschaffen und im weiteren Werdegang am intensivsten beeinflusst, so dass ihr Aufbau unbestreitbar seinem Verdienste zuzuschreiben ist.

Die grösste Schwierigkeit für die physiologische Psychologie lag darin, dass erst eine neue adäquate Methode begründet werden musste, deren Erfindung mindestens so hoch zu schätzen ist, wie die Resultate, welche sie lieferte. Wie glücklich man in der Lösung der methodologischen Probleme forschritt, zeigt ein Vergleich der vorliegenden Auflage mit den früheren.

In jüngster Zeit wird in naturwissenschaftlichen Kreisen der psychologischen Forschung wieder grössere Aufmerksamkeit zugewendet, wodurch das Bedürfniss nach rationeller Methodik äusserst rege geworden, um vor Irrwegen bewahrt zu werden, welche gerade auf diesem Gebiete leichter, als sonst eingeschlagen werden. Diesem Bedürfniss entspricht das Werk in eminenter Weise durch Vorführung und eingehende Erörterung psychologischer Untersuchungsmethoden, wodurch die vorliegende Auflage sich gegenüber den älteren als wesentlich verändert charakterisirt.

Die sonstigen Verbesserungen, wozu auch die Vermehrung der ausserordentlich instructiven und sorgfältigst ausgeführten Holzschnitte zählt, erstrecken sich so gleichmässig auf alle Theile des Werkes, dass ihre Hervorhebung mehr Raum als den gebotenen erheischte; besonders die Lehre von der Empfindung, ein Lieblingsthema des Autors seit Beginn seiner psychologischen Studien, ist wieder reichlichst vertieft und erweitert.

So wird die neue Auflage, gleich ihren Vorgängerinnen allen Freunden dieses interessanten Wissenszweiges und noch mehr denen, welche sich selbst mit psychologischen Untersuchungen ernstlich beschäftigen, willkommen sein. *Dr. M. N.*

Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes

mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für praktische Aerzte und Studirende.

Von **Dr. Albert Rosenberg**

I. Assistenten an der königlichen Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke in Berlin.

Mit 178 Abbildungen und einer lithogr. Tafel.

Verlag von S. Karger, Berlin 1893.

In einem verhältnissmässig engen Rahmen den bezeichneten Gegenstand in den Hauptpunkten erschöpfend dargestellt zu haben, ist eine Kunst, welche bisher Wenigen, und in diesem Specialfache vielleicht noch Niemandem gelungen ist. Es ist in der That in dem, etwas mehr als 300 Seiten umfassenden Buche alles Bemerkenswerthe angeführt, stellenweise sogar kritisch beleuchtet, wozu der Autor nach nahezu 12jähriger Thätigkeit als Assistent der B. FRÄNKEL'schen Poliklinik wohl berechtigt erscheint. Was man an dem Buch eventuell aussetzen könnte, sind Kleinigkeiten, die bei einer voraussichtlich in Bälde erscheinenden zweiten Auflage mit Leichtigkeit eliminirt werden könnten. So sind die stellenweise langen, nicht ganz verständlichen Sätze, störend.

Eine kleine stylistische Ciselirarbeit würde entschieden für eine raschere und bequemere Perception von Vortheil sein. Von wissenschaftlichem Standpunkte kann nicht verschwiegen werden, dass die Citate der Arbeiten zu einseitig sind. Man merkt allenthalben, dass der Autor sich gewöhnlich nur der ihm geläufigen Namen und Arbeiten erinnert, wodurch sich derselbe kaum des Dankes seiner Collegen auf laryngologischem Gebiete erfreuen dürfte. Indess sind diese erwähnten Uebelstände Kleinigkeiten, welche die auffallenden Vorzüge des Buches kaum schmälern dürften. Die Verlagshandlung hat sich um die gefällige Ausstattung und den schönen Druck verdient gemacht. *Dr. M. H.*

Die augenärztlichen Operationen.

Von **Dr. Wilhelm Czermak**,

k. k. Universitäts-Professor in Innsbruck.

2., 3. und 4. Heft.

Verlag von Carl Gerold's Sohn. Wien 1893.

Nachdem der Autor das im 1. Hefte begonnene Capitel über Antisepsis zu Ende geführt, gibt er einige praktische und durchaus beherzigenswerthe Winke über Vorbereitung des zu Operirenden vor der Operation, über seine Lagerung während und nach geschehenem Eingriff, und dergleichen mehr. Sodann wendet sich Verfasser zur Besprechung der eigentlichen Operationslehre, mit den Lidern beginnend. Eine ganz gediegene anatomisch-physiologische Einleitung über den Bau und die Function der in Betracht kommenden Organe ist vorangeschickt.

Verfasser geht von dem Grundsatze aus, dass nur der die Krankheiten der Lider verstehen und richtig operativ behandeln wird, der in den Mechanismus dieser complicirten Organe genau eingeweiht ist, und sucht die etwas schwierigen Verhältnisse dem Leser durch gediegene Abbildungen zu erläutern.

Die einzelnen Operationen selbst sind mit einer Gründlichkeit behandelt, wie wohl in keinem der existirenden Werke über Augenheilkunde. Jeder einzelne der pathologischen Zustände wird klinisch beleuchtet, sodann die verschiedenen üblichen Methoden erwähnt und kritisch besprochen. Nahezu jeder Operationsmethode sind überlebensgrosse Abbildungen beigegeben, und Verfasser hat es sich angelegen sein lassen, namentlich die Nahtverhältnisse in gelungener Weise zur Anschauung zu bringen, wofür ihm Jeder, der sich in dem Buche Raths erholen wird, dankbar sein dürfte, da es ja bekannt ist, dass speciell bei den plastischen Operationen ein gutes Bild weit mehr orientirt, als eine noch so ausführliche Beschreibung. Mit besonderer Sorgfalt ist das Capitel Ectropium behandelt, und auch den in neuerer Zeit so vervollkommneten Methoden der Blepharoplastik hat Verfasser ganz specielles Interesse gewidmet. Das Lob, das wir bei Besprechung der 1. Lieferung der Ausstattung ertheilten, können wir heute nur in verstärkten Masse wiederholen. *Dr. A. P.*

Sanitätsbericht über die königlich preussische Armee,

das XII. (königlich sächsische) und das XIII. (königlich württembergische) Armeecorps.

Für das Berichtsjahr vom 1. April 1889 bis 31. März 1890.

Verlag von E. S. Mittler & Sohn, königliche Hofbuchhandlung.

Der vorliegende Sanitätsbericht enthält eine Fülle werthvollen statistischen Materials in ansprechender Form, und ausserdem eine Menge interessanter Krankheitsfälle im Auszug oder ausführlich mitgetheilt. Die Medicinalabtheilung des königlich preussischen Kriegsministeriums, welcher die Bearbeitung des Sanitätsberichtes oblag, hat eine ausserordentlich schwierige Arbeit in musterhafter Weise gelöst. Die Ausstattung des umfangreichen Werkes, dem 7 Karten, 2 Tafeln graphischer Darstellung und 2 Tafeln Abbildungen beigegeben sind, ist eine vortreffliche. *F.*

Zeitungsschau.

Prof. Dr. Alexander Poehl (St. Petersburg): **Zur Erklärung der Wirkung des Spermin als physiologisches Tonicum auf die Autointoxicationen.** (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 36, 1893).

In einer früheren Arbeit hat Verfasser schon mitgetheilt, dass das Spermin bei subcutaner Anwendung ein physiologisches Tonicum in Schwächezuständen aller Art darstellt und in späteren Untersuchungen fand er, dass dasselbe nicht nur ein specifischer Bestandtheil der männlichen Zeugungsorgane ist, sondern auch in der Schilddrüse, Thymus, Bauchspeicheldrüse, in der Milz, den Eierstöcken sich findet, ja sogar unter normalen Bedingungen als physiologischer Bestandtheil im Blut circulirt. — Die Spermacrystalle (Sperminphosphat) erwiesen sich als identisch mit den CHARCOT-LEYDEN'schen Krystallen.

Das Spermin ist ein Leukomaïn, d. h. ein Product der regressiven Metamorphose der Eiweisskörper und zwar im Gegensatz zu anderen derartigen Verbindungen, die sich entweder als für den Organismus indifferent oder schädlich erwiesen, eine für die Erhaltung der Lebensthätigkeit des Organismus wichtige Substanz.

Die BROWN-SÉQUARD'sche Testikelemulsion enthält nach des Verfassers Analysen ausser Eiweissstoffen, Nucleïn, Lecithin, Fetten etc. noch Hypoxanthin, Guanin, Kreatin, Kreatinin, Spermin. Das Spermin (POEHL) wurde durch Versuche als das wirksame Princip dieser Emulsion nachgewiesen.

Das Spermin übt einen ausgesprochenen Einfluss auf Oxydationsvorgänge; es hat die Eigenschaft durch katalytische Wirkung die herabgesetzte Oxydationsfähigkeit des Blutes wieder herzustellen und die sogenannte intraorgane Oxydation zu fördern. Verfasser verweist hiebei auf folgende Thatsachen:

1. Metallisches Magnesium wird in Gegenwart von Spermin in einer wässerigen Lösung von Chloriden der Edel- und auch anderer Metalle unter deutlicher Entwicklung des bekannten Spermageruches stets in Magnesiumoxyd verwandelt.

2. Die durch die Einwirkung von chemischen Agentien (Chloroform, Stickoxydul, Strychnin etc.) herabgesetzte Oxydationsfähigkeit des Blutes wird unter dem Einfluss von Spermin wieder hergestellt.

3. Das Spermin hat nach zahlreichen klinischen Beobachtungen bei verschiedenen Erkrankungen, die mit Schwächung der Oxydationsprocesse im Organismus einhergehen, wie Anämie, Neurasthenie, Scorbut, Diabetes etc. eine ausgesprochen tonische Wirkung.

4. Sperimininjectionen bewirken meist eine Vermehrung des Harnstoffes mit gleichzeitiger Verminderung der Leukomaïne im Harn.

5. Die Cholerarothreaction, die auf Reduction beruht, tritt in den Choleraculturen bei Gegenwart von Spermin nicht ein.

Da das Spermin, wie schon hervorgehoben, unter normalen Verhältnissen in verschiedenen Organen vorhanden ist und mit dem Blute im Organismus circulirt, so muss man annehmen, dass dasselbe in gewissen Krankheiten und zwar nach den obigen Auseinandersetzungen in solchen Fällen, wo die intraorganen Oxydationen herabgesetzt sind, unwirksam, inactiv d. h. unlöslich wird und sich ausscheidet, wie dies die Befunde von Sperminkrystallen (CHARCOT-LEYDEN'schen Krystallen) im Auswurf von Asthmatikern, im Blut von Leukämischen, in den Excrementen von Typhus-Pneumoniekranken etc. beweisen.

Ausser der crystallinischen Form des Sperminphosphats hat Verfasser noch eine amorphe Form gefunden. Bei vorsichtiger Neutralisation einer alkalischen Sperminlösung mit Phosphorsäure scheidet sich das Sperminphosphat in amorpher Gestalt aus und geht allmählig in Krystallform über.

Man muss dieser Reaction entsprechend annehmen, dass das Spermin bei Herabsetzung der normalen Alkalescenz der Gewebe oder des Blutes in die inactive, unlösliche Form übergeht. — Thatsächlich wurde die Alkalescenz des Blutes in verschiedenen Krankheiten: Typhus, Scharlach, Pneumonie, Gelenksrheumatismus, Diabetes etc. herabgesetzt gefunden (F. KRAUS).

In ähnlicher Weise wird auch bei Reizung des Nervengewebes durch die hiebei in demselben auftretende sauere Reaction die Alkalescenz des durchströmenden Blutes vermindert.

Es ist also in vielen Fällen eine wichtige Aufgabe der Therapie, die Alkalescenz des Blutes zu heben.

Mineralwassercuren (Karlsbader-, Emser-, Biliner Wasser), die die Alkalescenz erhöhen, ermöglichen dadurch die Sperminwirkung in den Organen und auf diese Weise durch Hebung der intraorganen Oxydationen die Fortschaffung der angehäuften schädlichen Leukomaïne. Sie sind darum in vielen Fällen eine wichtige Unterstützung für die Wirkung der Sperimininjectionen.

PAUTSCHENKO hat aus der Literatur 182 von verschiedenen Autoren mit Spermin-POEHL behandelte Fälle zusammengestellt und danach einen günstigen Einfluss der Injectionen bei Neurasthenie, Tabesdorsalis, verschiedenen anderen Nervenleiden, bei Kachexien und Marasmus constatirt. Es genügte die subcutane Injection von 1 *ccm* der zweipercentigen Lösung täglich im Verlauf von 1—2 Wochen. Niemals wurde eine schädliche Wirkung beobachtet.

Das Spermin ist nach alldem kein Specificum für irgend eine Krankheit, sondern ein wichtiges Mittel, durch Hebung der Oxydationen die bei vielen Erkrankungen auftretenden Autointoxicationen zu beseitigen; es ist ein physiologisches Tonicum.

B. S.

Neuere Arbeiten über Muskelatrophie bei Hirnläsionen.

1. **Darkschewitsch: Affection der Gelenke und Muskeln bei cerebralen Hemiplegien.** (Arch. f. Psych. u. Nerv. 24. Bd. 534.)

2. **Eisenlohr: Beiträge zur Hirnlocalisation.** (D. Zeitschr. f. Nerv. III. 260.)

3. **Steiner: Ueber die Muskelatrophie bei der cerebralen Hemiplegie.** (D. Zeitschr. f. Nerv. III. 280.)

4. **Quincke: Ueber cerebrale Muskelatrophie.** (D. Zeitschr. f. Nerv. IV. 299.)

1. DARKSCHEWITSCH ist geneigt die Muskelatrophie mit dem gleichzeitig bestehenden Gelenksaffectionen in ursächlichen Zusammenhang zu bringen, was alle anderen Autoren läugnen.

Als charakteristisch für die hemiplegische Atrophie führt er an: Fortschreiten vom Centrum zur Peripherie, elektrisches Verhalten normal oder leichte Herabsetzung. Rapide Progression, Heilung hat DARKSCHEWITSCH nicht beobachtet, hält sie aber nicht für ausgeschlossen.

Es besteht kein Zusammenhang zwischen Atrophie und Schwere der Lähmungserscheinungen.

Anatomisch ist die Affection eine einfache Atrophie, sie ist die sogenannte frühzeitige cerebrale Atrophie im Gegensatze zu der Spätform, die spinale Ursachen hat.

Ausser dem Einfluss der Arthropathien lässt DARKSCHEWITSCH die Theorie von JOFFROY und ACHARD gelten, welche einen Einfluss der Hirnrinde auf die Vorderhornzellen des Rückenmarkes annehmen. Die Frühformen sind bedingt durch blosse dynamische Veränderungen dieser Zellen, die Spätformen durch anatomische Veränderungen (spinale Form).

2. EISENLOHR beobachtet in mehreren Fällen qualitative Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, und degenerative Atrophie der Muskeln, was er durch rapiden Verlauf der Erkrankungen erklärt. Er läugnet die Theorie von JOFFROY und ACHARD und nimmt eine directe trophische Beziehung zwischen gewissen Hirncentren und dem motorischen Apparat an, ohne auf die Vorderhornzellen zu recurriren. Wahrscheinlich liegen diese Centren im Thalamus opticus, doch können auch von der Rinde aus trophische Störungen zu Stande kommen. Den Thalamus opticus hat früher schon BORGHERINI zur Erklärung der in Rede stehenden Erscheinung herangezogen. Jedenfalls um noch weitere Untersuchungen abzuwarten, bevor man eine Entscheidung trifft, oder gar die Atrophie als ein Herdsymptom des Thalamus auffasst!

3. STEINER läugnet entschieden, dass die Fälle von Hemiplegie mit Atrophie eine besondere Localisation des Krankheitsprocesses darbieten. Er stellt sämmtliche bekannte Fälle zusammen, zeigt das Ueberwiegen der linken Seite (wie bei hysterischer Hemiplegie). Gewöhnlich ist die cerebrale Atrophie (wie die hysterische) charakterisirt durch schnelles Eintreten, gleichmässiges Befallen eines ganzen Abschnittes, Stillstand bei mittleren Graden. Mikroskopisch gewöhnlich einfache Atrophie, mitunter degenerative (wie die spinale Form), elektrisch ebenfalls nicht sicher von der spinalen Form zu trennen. Bei der Erklärung der Erscheinung geht STEINER von der Thatsache aus, dass Atrophien im Gefolge von Hirnprocessen am häufigsten im Kindesalter beobachtet werden. Trophische Centren sind nur die Vorderhornzellen. Diese stehen jedoch im jugendlichen Alter in starker Abhängigkeit vom Gehirn und werden durch Unterbrechung der corticomusculären Bahn leistungsunfähig. Im späteren Alter werden die Vorderhornzellen selbständig, ausnahmsweise jedoch bleiben sie abhängig vom Hirn. Der Grad dieser Abhängigkeit ist individuell verschieden. Daher auch verschiedene Grade der cerebralen Atrophien.

4. QUINCKE theilt neue Beobachtungen mit, aus denen in Ergänzung zu den früheren hervorgeht, dass die Atrophie selbst nach sechsmonatlichem Bestehen verschwinden kann, andererseits

trotz wieder hergestellter Beweglichkeit fortbestehen kann. Ein Zusammenhang mit Arthropathien oder Intensität der Lähmung besteht absolut nicht. QUINCKE glaubt, dass man ohne Annahme trophischer Centren im Gehirn nicht auskommen kann. Dieselben können cortical oder subcortical liegen. Die den trophischen Einfluss führenden Fasern verlaufen wahrscheinlich in der Nähe der sensiblen Bahn (Thalamus opticus), ihren Einfluss machen sie auf die Vorderhornzellen geltend und damit nähert sich QUINCKE im Gegensatz zu EISENLOHR, der Theorie der Franzosen. *R. K.*

H. Quincke (Kiel): **Ueber Tag- und Nachtharn.** Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. 32, Heft 3 und 4, 1893.)

Es ist eine altbekannte Thatsache, dass der während des Tages abgesonderte Harn im Allgemeinen reichlicher, heller und dünner ist, als der Nachtharn.

Dieser Unterschied wird in erster Liniei durch den Unterschied in der Verschiedenheit der Flüssigkeitszufuhr zum Organismus hervorgerufen. Dass aber dabei auch die verschiedene Körperstellung und der Schlaf eine gewisse Rolle spielt, wurde bereits von mehreren Autoren nachgewiesen.

WENDT brachte bei gleichmässiger Lebensweise zwei Tage sitzend, zwei andere auf der Seite liegend zu. Die Harnabsonderung war namentlich in den Nachmittagsstunden in der Seitenlage grösser und zwar im Verhältniss von 148 bis 176 : 100.

In einer zweiten Versuchsreihe trank WENDT morgens nüchtern 1200 *ccm* Wasser von 35° C und urinirte in den folgenden 4 Stunden viertelstündlich. An 7 Tagen brachte er diese Zeit sitzend, an 7 Tagen in Seiten- oder Knieellenbogenlage zu. Die mittlere Urinmenge pro Minute war dann:

im Sitzen	im Liegen	Verhältnisse
4·23 *ccm*	5·5 *ccm*	100 : 130

Verfasser selbst beobachtete, dass die Erscheinung der morgendlichen Harnfluth nur bei Bettlage deutlich und durch Aufstehen verdunkelt wird.

Auch LÄHR fand, dass ruhige Bettlage eine Steigerung der Urinmenge bedingt.

Verfasser führt des Weiteren noch diesbezügliche Angaben anderer Autoren an und kommt zur folgenden Schlussfolgerung:

Während bei liegender Körperstellung die Harnsecretion steigt, wird sie durch den Schlaf und die aus mangelnder Zufuhr entspingende Wasserverarmung des Körpers während der Nacht vermindert; die letzteren beiden Momente überwiegen gewöhnlich, so dass die Harnsecretion in der Nacht (pro Stunde berechnet) im Allgemeinen spärlicher (und der Harn concentrirter) als bei Tage ist.

Verfasser machte sich nun zur Aufgabe, zu untersuchen, ob und wie weit dieses für gewöhnlich geltende Verhältniss zwischen Tag- und Nachtharn durch Krankheitszustände abgeändert werde.

Die Untersuchungen an Herz- und Nierenkranken ergaben folgendes:

In der Nacht war eine reichlichere Harnsecretion vorhanden, nicht nur in dem Sinne, dass in der Nacht die stündliche Secretion weniger weit als normal hinter der des Tages zurückbleibt, sondern sehr oft so, dass sie dieselbe übersteigt und Tag zu Nacht sich verhält wie 2 : 3 und mehr. Dieses Ueberwiegen der nächtlichen Secretion findet sich aber nicht nur bei Kranken, die Tags über das Bett verlassen und dabei vielleicht in ihrer unteren Körperhälfte Oedeme bekommen, sie findet sich ebenso gut bei beständig bettlägerigen Kranken.

Dieses Ergebniss vermuthete Verfasser auch von vornherein. Es erschien ihm nämlich wahrscheinlich, dass bei solchen Personen, welche beim Stehen und Gehen Oedeme der Füsse bekommen, die am Tage aufgespeicherten Wassermengen, wenn sie Nachts — mit dem Schwinden der Oedeme wieder in die Circulation gelangen, nur ganz oder theilweise in den Urin übergehen, dass also das physiologische Verhältniss zwischen Tag- und Nachtharn sich verschieben oder gar umkehren werde.

Bei den Nierenkranken zeigt sich die nächtliche Polyurie etwa in derselben Weise und in demselben Masse wie bei den Herzkranken.

Bei Prostatakranken ergibt sich ein erhebliches, zum Theil ganz enormes Ueberwiegen der nächtlichen Harnsecretion gegenüber der bei Tage.

Verfasser untersuchte diesbezüglich noch andere Kranke (Carcinoma ventriculi, Diabetes insipidus) und stellte fest, dass die Intensität der Harnausscheidung für die festen Stoffe so gut wie für das Wasser, in der Nacht grösser ist als am Tage.

Die Untersuchungen des Verfassers haben also ergeben, dass das Verhältniss der Harnsecretion bei Nacht zu der am Tage bei vielen Kranken ein wesentlich anderes ist als bei Gesunden.

Während bei diesen die stündliche Secretion bei Tag und Nacht sich verhält, wie etwa 100 : 25 bis 100 : 60, steigt bei Kranken die nächtliche Harnsecretion mehr oder weniger, so dass das Verhältniss 100 : 100 bis 150 selbst 100 : 200 werden kann.

Bei Gesunden wie bei Kranken scheint Aufstehen und Bewegung bei Tage die nächtliche Secretion zu steigern, oder mit anderen Worten die Secretion vom Tage nach der Nacht hin zu verschieben. Allein der Einfluss des Aufstehens oder Bettliegens ist untergeordnet und nicht einmal immer erkennbar. Die Verschiebung der Secretion vom Tage nach der Nacht hin, ist ebenso auffällig bei beständig bettlägerigen Kranken.

Es bleibt also nichts übrig, als im Schlafe und in der äusseren Ruhe in dem Wegfall so vieler von aussen wirkender Reize, die Ursache dieser nächtlichen Pulyurie zu suchen. Sie fand sich bis jetzt bei Herz- und Nierenkranken, bei alten Prostatikern bei einem alten Carcinomatösen, bei einem Diabetes insipidus. *Rdt.*

Aus der Universitätsfrauenklinik in Giessen.

Dr. Heinrich Kayser, erster Assistenzarzt der Klinik: **Ueber den Einfluss des Salipyrins bei Gebärmutterblutungen.** (Sonderabdruck aus der Deutschen Medicinischen Wochenschrift 1893, Nr. 43.)

Das Salipyrin Riedel, welches aus Salicylsäure und Antipyrin besteht, hat bekanntlich schon seit längerer Zeit den therapeutischen Hilfsmitteln der inneren Kliniker angehört.

Was die Wahl der Frauen anlangt, so hat Verfasser principiell nur die Blutungen bei krebsigen Processen der Gebärmutter und Geburts- resp. Abortblutungen ausgeschlossen, eine Ausschliessung, welche sich schon aus dem therapeutischen Handeln in der Klinik ergeben muss. Selbstverständlich konnte bei solchen Frauen, bei denen es sich um besonders reichliche Blutungen und daraus resultirende bedrohliche Anämie handelte, nur von einem kurzen Versuch mit Salipyrin die Rede sein: dieser Versuch musste in diesen Fällen — es sind deren drei — bald dem eingreifenden Verfahren, der Abrasio der blutenden Gebärmutterschleimhaut, weichen. Ob in diesen drei Fällen ein längerer Salipyringebrauch die Blutung zum Stehen gebracht haben wurde, mag dahingestellt sein. Rechnet Verfasser diese drei Fälle zu Ungunsten des Salipyrins, so kann er denselben aus der Zahl der anderen Fälle füglich nur noch einen vierten anfügen.

Das sind vier Fälle, bei welchen das Salipyrin keinen Nutzen gebracht hat. In den anderen zwölf beobachteten Fällen lässt sich eine günstige Wirkung des Mittels nicht verkennen.

Es handelte sich um Blutungen bei Frauen im Alter von 28—48 Jahren. Die klinische Diagnose lautete in drei Fällen: Metritis und Endometritis uteri, in zwei Fällen Stenosis orificii interni mit consecutiver Metritis und Endometritis, in je einem Falle Entzündung der Anhänge, alte Perimetritis resp. Retroflexio uteri mit Endometritis hämorrhagica resp. endlich Myoma submucosum. In allen diesen Fällen konnte eine recht gute Wirkung des Salipyrins bezüglich Dauer und Stärke der Menses beobachtet werden. Schmerzen, soweit solche mit den Blutungen in Zusammenhang standen, wurden durch Salipyrin niemals beeinflusst. Bei vier der Patienten war die Wirkung eine nachhaltige, die fünfte Patientin

klagte später wieder nach Aussetzen des Salipyrins über dieselbe Stärke und Dauer der Blutungen.

Nach diesen Beobachtungen glaubt Verfasser dem Salipyrin einen gewissen günstigen Einfluss auf die Gebärmutterblutungen zusprechen zu dürfen, indem letztere durch das Mittel bezüglich ihrer Stärke und Dauer, soweit sie mit der Menstruation in Zusammenhang stehen, eine Einschränkung erleiden; Blutungen, welche nicht an die Periode gebunden sind, hörten, falls es sich nicht um solche bei krebsigen Processen oder grösseren Tumoren und Geburts- und Abortblutungen handelt — hierüber liegen keine Untersuchungen vor — nach längerem Salypiringebrauch auf. Schmerzen, welche bei den Menses und bei den Blutungen überhaupt vorhanden sind, werden durch das Mittel nicht beeinflusst, Einen besonderen Werth scheint das Mittel bei den Blutungen. welche dem Climacterium häufig vorangehen, zu besitzen. Eine Dauerwirkung des Salipyrins lässt sich bis jetzt noch nicht mit Sicherheit feststellen.

Um namentlich über letzteren Punkt in's Klare zu kommen, bedarf es noch vielfacher Untersuchungen. Die Empfehlung des Mittels ist aber um so eher angezeigt, als beim Gebrauch desselben bis jetzt üble Nebenwirkungen noch nicht beobachtet sind. Verfasser selbst hörte nur zwei Patienten über etwas Sausen vor den Ohren und Glockenläuten sich beschweren, Klagen, die übrigens bei den grösseren Blutverlusten auch durch diese ihre Erklärung finden können.

Was die Dosirung des Mittels anlangt, so möchte Verfasser nach diesen vorläufigen Untersuchungen pro dosi 1, pro die 3 *g* empfehlen. Man beginnt die Darreichung bei menstruellen Blutungen am besten tags vor oder mit dem Eintritt der Menses.

Das Mittel wird in Pulverform oder auch recht praktisch in der Form der Tablettae compressae wie sie von Dr. KADE (Berlin) dargestellt werden, gegeben. *F.*

Boleslaus von Broekere (Dissertat. Greifswald): **Hautausschläge und psychische Störungen.** (Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. XVII. Nr. 6. 1893.)

Verfasser bespricht einleitend das Verhältniss der organischen Ergasien, die sich als Kinesie, Ekkrisie und Trophie — Bewegung Secretion und Ernährung — kundgeben, zu den psychischen Störungen. Am häufigsten kommen die geistigen Spannkräfte als Kinesien sichtbar zur Lösung. Die Wuth kommt in Faustschlägen, der Zorn im Beissen der Lippen, Knischen der Zähne etc. zum Durchbruch. Bei Epileptikern kommen Hyperkinesien in Form von Krampfanfällen, bei Melancholikern in Form von Tobsuchtsanfällen zum Vorschein. Zuweilen kann vicariirend für die Kinesie die Ekkrisie (Secretion) eintreten. Beispielsweise befreit ein plötzlicher, ergiebiger Schweissausbruch zuweilen den Epileptiker vor einem Krampfanfalle etc.

Manche Hypertrophien der Haut, Haare, Nägel, stärkere Pigmentirung sind auf eine gesteigerte Ernährung in Folge gesteigerter Erregbarkeit zurückzuführen, wie umgekehrt gewisse atrophische Zustände der Haut und Haare und verminderte Pigmentirung derselben in einer verminderten Ernährung in Folge herabgesetzter oder aufgehobener Erregbarkeit ihre Ursache haben. So wurde beispielsweise bei einer Idiotin, während dieselbe sich im erregten Zustande befand, das Haar goldröthlich, und wenn sie in den stuporösen Zustand verfiel, gelblichblond.

Bei Geisteskranken ist die Haut weniger widerstandsfähig, weshalb bei denselben leicht Decubitus, Akne-, Furunkel und Karbunkelbildung auftritt.

Verfasser erörtert das Verhältniss von Psychosen zu einzelnen Hautaffectionen, wie Erysipelas, Pityriasis, Psoriasis, Roseola, Urticaria, Erythema, Lichen, Herpes zoster, Pemphigus, Eccema u. A. und bringt kasuistisches Material bei.

J. Ruslow: Zur Casuistik der Erkrankung des Centralvervensystems bei Gonorrhoe. (Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 15—30. — St. Petersburger medicinische Wochenschrift Nr. 38. 1893.)

Bei einer 26jährigen Frau, die an Gonorrhoe und gonorrhoischen Gelenksaffectionen litt, stellten sich folgende Symptome ein: lancinirende, im Verlauf der nn. ischiadici ausstrahlende Schmerzen; klonische Krämpfe der Muskeln der unteren Extremität und des Bauches; rasch fortschreitende Atrophie der Oberschenkel- und Beckenmuskulatur, erhöhte Haut- und Muskelreflexe; im weiteren Verlauf völlige Paralyse der unteren Extremitäten, Parese der Harnblase und des Mastdarms. Decubitusbildung. Von Seiten des Herzens traten ganz interessante Symptome auf; diese bestanden in paroxysmenartig einsetzender functioneller Herzschwäche (Dilatation der Ventrikel, Stauungserscheinungen) und in plötzlich auftretender Tachycardie. Section wurde nicht gestattet. Verfasser hält das ganze Krankheitsbild für eine acute Meningo-myelitis, die wohl zur Gonorrhoe in Beziehung stand.

Brigidi: Enteritis mycotica. (Gazzetta degli Ospitali 1893 Nr. 103).

Ein robuster Mann, 28 Jahre alt, wird nach einem mit Kopfschmerzen, Vomitus und Diarrhoë einhergehenden Unwohlsein, von hohem Fieber mit Delirien befallen: es zeigt sich eine scharlachähnliche Eruption über dem ganzen Körper und nach drei Tagen tritt der Tod ein.

Die Section ergibt: Hirnhäute bis in die feinsten Gefässe injicirt, Hirnsubstanz hyperämisch; Dünndarm eine Strecke weit stark geröthet, die entsprechenden meseraischen Drüsen geschwollen und hyperämisch; Leber und Milz blutreich ohne besondere krankhafte Alterationen.

Ganz bemerkenswerthe Läsionen fanden sich an einer circa 50 *cm* langen Dünndarmstrecke: man beobachtete hier hirsekorngrosse Knötchen von grauröthlicher oder graugelblicher Farbe und zahlreiche kleinere Ulcerationen; die tiefsten Geschwüre reichten bis zur muscularis. Der grösste Theil der Knötchen sass in der Submucosa. Aus dem Safte der Knötchen gewann man Coccen. In den Präparaten des Darmes fand man capillare Thrombosen, bestehend aus Coccen. Es handelte sich also in diesem Falle um eine Darmmycose eigener Art. *A. D.*

Wolfenstein (Cleveland, Ohio): **Larynx und Pharynxparästhesien als Frühsymptom der Lungentuberkulose.** (Medic. News 1893, Nr. 1081.)

Schon von früheren Autoren wurden Parästhesien des Larynx und Pharynx als ein Frühsymptom der Lungentuberkulose erwähnt. WOLFENSTEIN kann diese Beobachtungen aus eigener Erfahrung bestätigen. In einem seiner Fälle traten solche Parästhesien zu einer Zeit auf, wo noch keinerlei Lungenveränderungen physikalisch nachweisbar waren. Sie äussern sich als Kitzeln, Brennen, Fremdkörpergefühl, Trockenheit oder Kältegefühl im Halse; charakteristisch für sie ist der fortwährende Wechsel ihrer Localisation, bald im Kehlkopfe, bald an verschiedenen Stellen des Rachens. Theilweise sind sie auf eine die Lungentuberkulose begleitende Anämie des Kehlkopfes zurückzuführen. In Fällen, wo die Anämie noch nicht nachweisbar ist, glaubt Verfasser mit IURASZ diese abnormen Sensationen auf Nerven-Irradiation von den Lungenästen des Vagus auf seine Larynxäste beziehen zu sollen. Eine sorgfältige Untersuchung des Nasenracheoraumes wird vorerst eine locale Ursache der Parästhesie, wie Katarrhe der betreffenden Gebilde auszuschliessen haben, desgleichen kleine Schleimhautverletzungen, wie sie durch spitzige Speisebrocken hervorgerufen werden. Die abnormen Kehlkopfsensationen der Hysterischen treten fast immer als Globulus hystericus auf, Hypochondrie — besonders bei Syphilophoben — ist anamnestisch zu erheben. In allen anderen Fällen kann bei bestehender hereditärer Belastung beginnende Lungentuberkulose als Ursache der Parästhesie des Larynx angenommen werden. Kreosot in steigender Dosis brachte diese Parästhesien bald zum vollständigen Verschwinden. *W. Sch.*

Dr. E. Monin (Paris): **Einige Bemerkungen über die Behandlung der Dyspepsien.** (Société d'Editions scientifiques 1893.)

HAYEM und Germain SÉE haben die durch Thatsachen bekräftigte Behauptung aufgestellt, dass die dyspeptischen Zustände von den Störungen des Magenchemismus, einer Steigerung oder Verminderung der normalen Chlorhydrie, einer Hyperpesie oder Hypoacidität herrühren. Ebenfalls steht es fest, dass eine gewisse Anzahl hartnäckiger Dyspepsien, die von Stagnation und Gährung der Speisen, von Congestionen des Magens und beständigen Indigestionen mit gastro-intestinalem Meteorismus begleitet sind, mit einer Art subacuter Gastritis oder chronischem Magenkatarrh zusammenhängen. Denn seit dem Missbrauche, den man mit den BROUSSAIS'schen Lehren getrieben, ist es Sitte, diesen abscheulichen Namen Gastritis nicht mehr auszusprechen und alles mit secretorischen, nervösen oder mechanischen Einflüssen in Verbindung zu bringen. Indess sind selbst die intransigentesten Feinde der Gastritis genöthigt, eine solche häufig anzunehmen, wäre es auch nur mit Bezug auf die Alkoholiker, deren Zahl heute Legion ist!

Zu Beginn eines Magenkatarrhs wird die Reinigung der Verdauungssäfte und die Hemmung der abnormen Gährungen durch die Verabreichung einiger Gläser Hunyádi János sehr leicht erzielt. Ein Gleiches gilt bei der atonischen Dyspepsie, wie dies Prof. MAGGIORANI (Rom) beobachtet hat. Wenn hier die Ableitung infolge dieses vervollkommneten Typus eines salinischen Abführmittels von so grossem Vortheil ist, so geschieht dies vor allem dadurch, dass das venöse Pfortadersystem entlastet und die Blutstauungen eingeschränkt werden. Heilt nicht oft die Natur selbst die Magen-Affectionen durch das Darmemunctorium, dessen Hypersecretion die *restitutio ad integrum* des gesammten Verdauungscanals herbeiführt?

Wir beobachten, dass diese providentiellen Krisen vor allem bei arthritischen und herpetischen Individuen vorkommen. Der alte STOLL erklärte sie durch eine schärfere Beschaffenheit der Galle, die in ihrem Abflusse eine Irritation und Hypercrinie der Darmschleimhaut bewirken soll. Eine Purgirung durch salinische Abführmittel wird diese Wirkung kräftigst unterstützen.

Die Nützlichkeit des Hunyádi János bei der Behandlung der Gastropathien braucht also klinisch nicht weiter erwiesen zu werden, sie soll nur noch pathogenetisch beleuchtet werden. Das fragliche Wasser hindert, wie wir bereits sagten, Stauungen in der Leber; ausserdem neutralisirt es die überschüssige Säure mittelst des in ihm enthaltenen Magnesiumcarbonates und der Natrium-Calciumcarbonate. Seine kathartische Wirkung hindert die Ansammlung oder auch die Bildung von Alkaloïden, Ptomaïnen, Leukomaïnen, die aus der Spaltung von Eiweisskörpern hervorgehen und die heftige Gifte darstellen, welchen ich die Mehrzahl der sympathischen Erscheinungen und der nervösen oder hypochondrischen Complicationen, die in der Regel mit jeder Art Dyspepsie verbunden sind, zuzuschreiben geneigt bin.

Die natürliche salinische Purgirung stellt die normale Magenfunction wieder her und bringt die Schmerzen zum Verschwinden, Dank einer Art Detersion der schleimerzeugenden Follikeln, deren katarrhalische Entzündung den dyspeptischen Zustand verursacht oder unterhält. Sie triumphirt desgleichen über jenen Zustand von Alternativen zwischen Diarrhoe und Verstopfung, die fast ein Charakteristikon von der gastro-intestinalen Atonie sind. Sie befreit den Verdauungscanal von jenen irritirenden Substanzen, die ihn entzünden, sie fördert die peristaltischen Darmbewegungen; sie übt endlich durch den bekannten Einfluss der neutralen Salze eine substituirende Wirkung aus, indem, wie TROUSSEAU richtig behauptet hat, eine örtliche specifische und bösartige Entzündung durch eine ebenfalls specifische jedoch die Heilung anstrebende Revulsion ersetzt wird. Um nichts unerwähnt zu lassen, müssen wir noch hinzufügen, dass auch die Physiologie zeigt, dass Hunyádi János das Verdauungsvermögen der Pepsindrüsen und des Pancreas empfindlich steigert.

Bei neurasthenischen Dyspepsien und Magendilatationen, wo es von Wichtigkeit ist, die Retraction des Magens zu begünstigen und die putriden Gährungen, sowie die daraus resultirende Diarrhoe hintanzuhalten, wird das Hunyádi János gleichfalls das Abführmittel der Wahl sein.

Bei dem einfachen Ulcus ventriculi herrscht für gewöhnlich die Koprostase, die durch Einleitung eines Milchregimes noch hartnäckiger wird; die Hyperchlorhydrie ist stark ausgesprochen und die gastrischen Krisen verursachen die heftigsten Schmerzen: kleine Dosen des erwähnten ungarischen Mineralwassers, wiederholt genommen, werden in der Regel über alle diese Symptome den Sieg davontragen, ohne dass eine Gastrorrhoë eintreten würde.

Die salinische Purgirung ist also bei der Mehrzahl der Magenkrankheiten indicirt und das Hunyádi János-Wasser verdient hier vor allen anderen Abführmitteln den Vorzug.

Standesfragen und Korrespondenz.

Das Berufsgeheimniss des Arztes*).

Von **Dr. A. Kühner.**

Ein Arzt in Luxemburg ist vor Kurzem wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses, begangen durch Veröffentlichung einer Abhandlung, welche ehrenrührige, wenn auch wahre Thatsachen des Familienlebens Anderer enthielt, zu 15 Tagen Gefängniss verurtheilt worden. Diese Strafsache hatte noch ein Nachspiel, indem verschiedene in jener Publication betroffene Personen, unter Anderen ein belgischer Rechtsanwalt und ein Hauptmann a. D. Civilklage erhoben gegen den die Ehre der betreffenden Familien schädigenden Arzt. Das Landgericht sprach vier verschiedenen Klägern Schadenersatz zu von je 2400 Mark. Einem anderen Kläger war im Strafverfahren eine Summe von 6400 Mark zugesprochen worden.

Es erscheint von ungemein praktischer Wichtigkeit, an die gesetzlichen Bestimmungen zu erinnern, welche in allen civilisirten Staaten die Wahrung des Berufsgeheimnisses des Arztes fordern, sowie auf die unheilvollen Folgeerscheinungen hinzuweisen, welche sich an die Nichterfüllung jener Pflichten knüpfen. Gegen keine der Berufspflichten wird von dem Arzte alltäglich so oft verstossen, als gegen die Wahrung der ihm anvertrauten Privatgeheimnisse; dass solche Verstösse nicht allenthalben geahndet werden, beruht wohl zunächst auf der Thatsache, dass eine Strafverfolgung nur auf Antrag geschieht, dass aber das Bewusstsein dieser dem Antragsteller zumeist unbekannt.

Wenn wir uns zunächst die Fassung der bezüglichen gesetzlichen Bestimmungen vergegenwärtigen, so erscheint es von grossem Interesse, die Form des deutschen, österreichischen und ungarischen Strafgesetzbuches mit einander zu vergleichen.

Der hier in Betracht kommende § 300 für das Deutsche Reich lautet:

> «Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Vertheidiger in Strafsachen, Aerzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen Kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu 1500 Mark oder mit Gefängniss bis zu drei Monaten bestraft.»

Die bezüglichen gesetzlichen Bestimmungen Oesterreich umfasst der § 498, welcher besagt:

> «Ein Heil- oder Wundarzt, Geburtshelfer oder eine Wehmutter, welche die Geheimnisse der ihrer Pflege anvertrauten Person jemand Anderem als der ämtlich anfragenden Behörde entdecken, sollen für die Uebertretung das erste Mal mit Untersagung der Praxis auf drei Monate, das zweite Mal auf ein Jahr, das dritte Mal für immer bestraft werden.»

Das ungarische Strafgesetzbuch fasst die Bestimmungen in dem § 328 folgendermassen:

> «Oeffentliche Beamte, Advokaten, Wundärzte, Apotheker und Hebammen, welche ein ihnen Kraft ihres Amtes, ihrer Stellung oder ihrer Beschäftigung zur Kenntniss gelangtes, den guten Ruf ihrer Familie oder einer Person gefährdendes Geheimniss ohne begründete Ursache einem Dritten offenbaren, begehen ein Vergehen und werden auf Antrag der verletzten Partei mit Gefängniss bis zu drei Monaten und an Geld bis zu 1000 fl. bestraft.»

---

*) Wenn der Leser der vorliegenden Abhandlung in einem anderen Blatte eine gleichnamige Betrachtung des Verfassers finden sollte, so wird ein Vergleich lehren, dass beide Arbeiten als selbstständige, originale, sehr gut neben einander bestehen können. Dr. K.

Die den vorstehenden gesetzlichen Bestimmungen gemeinsame Eigenthümlichkeit, dass unter den im Gesetze einzeln aufgezeichneten Berufsarten die Geistlichen, denen am leichtesten Gelegenheit zur missbräuchlichen Offenbarung anvertrauter Geheimnisse gegeben sein dürfte, nicht inbegriffen sind, soll hier unerörtert bleiben. Nach dem preussischen Landrecht muss das, was einem Geistlichen unter dem Siegel der Beichte anvertraut worden, von ihm bei Verlust des Amtes geheim gehalten werden. Aehnliche Bestimmungen werden auch in Oesterreich-Ungarn gelten.

Sehr beachtenswerth und gewiss von grosser praktischer Bedeutung sind indess die durchgreifenden Unterschiede der drei beregten Gesetzgebungen. Während das deutsche und ungarische Strafgesetz die Verletzung des Berufsgeheimnisses mit Geldstrafe, eventuell Gefängniss bedroht, ahndet das österreichische Recht eine «Uebertretung» das erste Mal mit Untersagung der Praxis auf drei Monate, das zweite Mal auf ein Jahr, das dritte Mal für immer!

Auch im Weiteren machen sich sehr bemerkenwerthe Unterschiede in der Fassung dieser Gesetzesbestimmung geltend. Das ungarische Strafgesetz verschärft den Begriff des deutschen «anvertraut» durch «zur Kenntniss gelangt», präcisirt genau ein «den guten Ruf einer Familie oder einer Person gefährdendes Geheimniss» und differenzirt den Begriff «unbefugt» durch die weitere Fassung «ohne gegründete Ursache».

Was das österreichische Gesetz besonders auszeichnet, ist der Zusatz: «Entdeckung des Geheimnisses an jemand Anderen, als der amtlich anfragenden Behörde». Hierdurch wird die Stellung des Arztes vor Gericht in Betreff der Offenbarung des Berufsgeheimnisses genau präcisirt, während der deutsche Arzt sich den Standpunkt zur Wahrung des Berufsgeheimnisses vor Gericht selbst suchen muss.

Es ist von grossem Interesse nicht nur für den Juristen, sondern auch für den Arzt, eine vergleichende Uebersicht zu finden über die gesetzlichen Bestimmungen zur Wahrung des Berufsgeheimnisses in den verschiedenen civilisirten Staaten, zu ersehen, welche durchgreifende Unterschiede, sowie welche Feinheiten der Fassung der Gesetzgeber je nach den verschiedenen Rechtsanschauungen differenzirt. Vortreffliche Bemerkungen und Commentare finden Interessenten in einer soeben erschienenen Schrift von PLACZEK*), welcher mit riesigem Fleiss das gesammte Material über das Berufsgeheimniss des Arztes gesammelt und verarbeitet hat. Wir verweisen namentlich auch auf den für jeden Arzt werthvolle Winke und Rathschläge enthaltenden geschichtlichen Theil und heben hier nur die wichtigen Beziehungen der Wahrung des Berufsgeheimnisses in den mannigfaltigen Erscheinungsformen des ärztlichen Berufes hervor.

Diese Beziehungen erweisen allenthalben, dass die Stellung des Arztes zur Wahrung des Berufsgeheimnisses sehr erschwert werden kann, indem es leicht in dieser Beziehung zu einer unlösbaren Collision zweier Berufspflichten kommt. «Auf der einen Seite die gebotene unverbrüchliche Wahrung des anvertrauten Geheimnisses, auf der anderen die unbedingt erforderliche Mitwirkung des Arztes an der Förderung des Gesammtwohles. Erfüllt der Arzt seine Pflicht gegen das letztere, so begibt er sich in Gefahr, mit dem Strafgesetzbuch in Conflikt zu kommen, handelt er dagegen strikt nach dem Wortlaut des Gesetzes, so verliert er wohl seinen humanitären Lebenszweck aus dem Auge, vermeidet aber eine folgenschwere Gefahr.»

Die Combinationen und Complicationen, die sich dem Arzte bei der Wahrung des Berufsgeheimnisses ergeben, sind bei der eigenthümlichen Vertrauensstellung, welche derselbe in Haus und Familie einnimmt, so zahlreich und viel verschlungen, dass sie sich durch eine allgemeine Betrachtung gar nicht erschöpfen lassen.

Man bedenke die delicaten Beziehungen, welche durch gewisse, namentlich ansteckende Krankheiten bei der Verheiratung sowie in der Ehe in Betracht kommen können. Der Arzt kann leicht hierbei in Conflict gerathen mit der Wahrung des Berufsgeheimnisses einerseits sowie mit der unsagbar traurigen Zertrümmerung des Lebensglückes einer Person und desjenigen ihrer Familie und Nachkommenschaft. Grosse Schwierigkeiten können dem Arzte ferner erwachsen bei der Behandlung Verwundeter, bei Duellaffairen, bei der Anzeige von Verbrechen, bei Attesten, Krankenscheinen, Todtenscheinen. Wie complicirt und unentwirrbar sich bei allen diesen Forderungen die Verhältnisse gestalten können, hat PLACZEK an der Hand einer reichen, ungemein lehrreichen Casuistik erwiesen, welche wir als sehr beherzigenswerth zur Lectüre empfehlen.

*) Dr. A. PLACZEK, Nervenarzt in Berlin, das Berufsgeheimniss des Arztes. Leipzig. Verlag von Georg Thieme, 1893, Preis 2 Mk. 40 Pf.

Den praktischen Aerzten rufen wir die Grundsätze zu, welche die Heilkunde der brahmanischen Periode ihren Jüngern zur Richtschnur machte, Grundsätze, die von einer unendlich hohen, edlen Auffassung des ärztlichen Berufes zeugen und heute noch nach Ablauf von Tausenden von Jahren, gleiche Allgemeingiltigkeit besitzen, eine Stelle, welche wir PLACZEK verdanken, der Vergessenheit entrissen zu haben. Die betreffenden Worte lauten: «Wenn der Arzt von einem bekannten und zum Eintritt berechtigten Manne begleitet in die Wohnung des Kranken tritt, soll er wohl bekleidet, gesenkten Hauptes, nachdenklich, in fester Haltung und mit Beobachtung aller möglichen Vorsicht auftreten. Ist er drinnen, so darf Wort, Gedanke und Sinn auf nichts anderes gehen, als auf die Behandlung des Patienten, und was mit dessen Lage zusammenhängt. Die Vorgänge im Hause dürfen nicht ausgeplaudert, auch darf von einem dem Kranken etwa drohenden frühen Ende nichts mitgetheilt werden, wo es dem Kranken oder sonst jemand Nachtheil bringen kann.»

Tagesnachrichten und Notizen.

• Universitäts- und Personal-Nachrichten

— Berlin. Professor Dr. Henoch hat sich von seiner Thätigkeit als Lehrer an der Universität und Leiter der Klinik für Kinderkrankheiten am königlichen Charitékrankenhause zurückgezogen. — In der Charité wurde eine Klinik für Otologie unter Leitung Prof. Trautmann's und eine laryngologische Klinik unter Leitung Prof. B. Fraenkel's neu errichtet.

— Tübingen. Dr. Dreser, Privatdocent für Toxikologie, geht als erster Assistent an das pharmakologische Institut in Bonn.

— Nancy. Professor Bernheim ist zum Ritter der Ehrenlegion ernannt worden.

— Jurjew (Dorpat). Zum Nachfolger Prof. Küstner's auf dem Lehrstuhl der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Jurjew (Dorpat) ist Dr. Alexander Gubarew aus Moskau ernannt worden.

Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 13. November unter dem Vorsitze des Vicepräsidenten Dr. Heim abgehaltenen Sitzung des Wiener med. Doctorencollegiums musste die Discussion über den Vortrag Prof. Lang's verschoben werden, da viele Mitglieder einer anderen Sitzung beiwohnten. Dr. S. Baum hielt seinen angekündigten Vortrag: «Ueber den Werth des mechanischen Reizes in der Hydrotherapie», welcher an anderer Stelle erscheint. Zum Schlusse der Sitzung machte Dr. Gross darauf aufmerksam, dass die in letzter Zeit vom Magistrate mittels Cicolares vorgeschriebene Anzeigepflicht sich mit dem vom Arzte geleisteten Eide betreffs der Wahrung des ärztlichen Geheimnisses nicht vertrage und daher das Präsidium des Doctorencollegiums die nöthigen Schritte unternehmen möge, um die Aerzte von dieser mit ihrem Eide in Widerspruch stehenden Pflicht zu befreien. Der Vorsitzende verweist den Redner darauf, eine von 20 Mitgliedern unterfertigte Petition an den Gesellschaftsrath zu richten. — Bei der am 17. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte, in welcher Prof. M. Gruber den Vorsitz führte, demonstrirte Dr. Dittl zwei Präparate von exstirpirten Uterus-Myomen, wonach Prof. Winternitz seinen angekündigten Vortrag: «Weitere Untersuchungen über Veränderungen des Blutes unter thermischen Einflüssen» hielt, in welchen er an seine vor kurzer Zeit abgegebene vorläufige Mittheilung betreffs Vermehrung der Leukocythose unter Kälteeinwirkung anknüpft. Die auf der Tagesordnung stehende Dis-

cussion über die Vorträge Hofr. Billroth's (Aneurysmen) und Hofr. Nothnagel's (Gefässschmerzen) leitet Prof. Czokor mit einem interessanten Vortrage über Aneurysmen beim Pferde ein, um die Form und Bildung derselben zu beleuchten, worauf Hofr. Albert die historische Entwicklungsgeschichte der Operationsmethoden des Aneurysma entwirft. Prof. v. Schrötter zieht beide Vorträge in den Bereich seiner Discussion, während Prof. Lang die bei luetischen Affectionen auftretenden Arterienschmerzen bespricht. Die weitere Discussion über beide Vorträge musste wegen der vorgerückten Zeit auf die nächste Sitzung verschoben werden. Der ausführliche Bericht findet sich in der nächsten Nummer.

* Vom Obersten Sanitätsrathe. In der Sitzung des k. k. Obersten Sanitätsrathes am 11. November l. J. gelangten nach Vorlage der für die Bibliothek eingesandten Werke und nach Mittheilung über die Erledigung mehrerer Gegenstände, über welche der Oberste Sanitätsrath Gutachten erstattet hatte, folgende Angelegenheiten zur Berathung: 1. Begutachtung der Anlage einer Wasserleitung. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. Max Gruber.) 2. Gutachten, betreffend die Ableitung nicht genügend gereinigter Abwässer aus einer Lederfabrik. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer.) 3. Aeusserung über einen Recurs, betreffend die Vorkehrungen gegen Belästigungen aus dem Betriebe einer Potasche-Fabrik. (Referent: O. S. R. Hofrath Prof. Dr. E. Ludwig.) Hierauf wurde eine Discussion über einen Initiativantrag eingeleitet, welcher Anordnungen des Wiener Magistrates, betreffend die Verpflichtung der Aerzte zur Anzeige von ansteckenden Hautkrankheiten bei in gewissen Gewerbebetrieben beschäftigten Personen zum Gegenstande hatte. Andere Initiativanträge beschäftigten sich mit der Frage der Unterbringung der von Infectionskrankheiten befallenen Fremden besserer Stände und mit der Frage der Förderung eines ordnungsmässigen Desinfectionsverfahrens auch in den Landgemeinden.

* Rom. Der XI. internationale Congress wird vom 29. März bis zum 5. April 1894 abgehalten werden.

* Petersburg. Die erste allrussische hygienische Ausstellung, welche am 21. Mai d. J. hierselbst eröffnet und am 10. October geschlossen wurde, ist in dieser Zeit von 200.000 Personen besucht worden. Die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat beschlossen, ein hygienisches Museum hierselbst zu gründen, für welches von den Ausstellern bereits eine grosse Zahl der von ihnen ausgestellten Gegenstände gespendet worden ist.

* Philadelphia. Preisausschreiben. Das College of Physicians in Philadelphia schreibt für das nächste Jahr den Alvarenga-Preis im Betrage von 180 Dollars für eine Arbeit über ein beliebiges medicinisches Thema aus. Die Arbeit darf noch nicht veröffentlicht sein und ist bis zum 1. Mai 1894 in der üblichen Form an den Secretär des College, Herrn Charles W. Dulles, einzusenden.

* Der preussische Medicinalkalender für den preussischen Staat für das Jahr 1894 ist soeben bei Aug. Hirschwald in Berlin erschienen. Er besteht aus zwei Abtheilungen, deren erste, von Dr. A. Wanich herausgegeben, den Geschäftskalender, Heilapparate, Verordnungslehre und diagnostisches Nachschlagebuch enthält, während die zweite die Verfügungen und Personalien des Civil- und Militär-Medicinalwesens in sämmtlichen deutschen Staaten mit alphabetischen Namensregistern enthält. — Der Kalender zeichnet sich wie immer durch seine Reichhaltigkeit, durch seine Verlässlichkeit und durch seine elegante Ausstattung aus.

* Todesfall. In London starb der berühmte Kliniker Andrew Clark, im Alter von 67 Jahren.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Die Besserung der sanitären Verhältnisse Galiziens hielt auch in der abgelaufenen Woche an und ist eine stetige Abnahme der Zahl der Choleraerkrankungen eingetreten. Es gelangten zur Anzeige vom 7. bis 14. November 41 Erkrankungs- und 28 Todesfälle. Ungarn. Die Zahl der Gemeinden, in denen Choleraerkrankungen vorkamen, hat sich der Vorwoche gegenüber um 5 vermindert, die Zahl der Erkrankungen ist von 204 auf 237, jene der Todesfälle von 126 auf 144 gestiegen. — Auch in Bosnien war in der Woche vom 16. bis 22. October eine Zunahme der Zahl der Choleraerkrankungen um 24, sowie der Todesfälle um 10 eingetreten. — Deutsches Reich. Die Zahl der constatirten Cholerafälle war in der letzten Woche eine erheblich geringere. — Italien. Es ist ein erheblicher Rückgang der Erkrankungshäufigkeit ersichtlich und soll neuesten telegraphischen Nachrichten zufolge die Epidemie nunmehr erloschen sein. — Russland. Vom 30. October bis 3. November sind in St. Petersburg 40 Erkrankungen und 15 Todesfälle, vom 27.—30. Oct. in Moskau 4 Erkrankungen und 3 Todesfälle vorgekommen. — Türkei. In Constantinopel dauert die Epidemie fort und hat an Intensität zugenommen.

* Wissenschaftliche Versammlung des Wiener Doctoren-Collegiums Montag den 20. November 1893 im Hörsaale des Herrn Prof. Stricker, k. k. allgemeines Krankenhaus. Programm: Prof. Stricker: Ueber Entstehung des Eiters (mit Demonstrationen).

Aerztliche Stellen.

Stadtarztesstelle in Engelsberg (Schlesien) mit 1270 Einwohnern. Der Stadtarzt erhält von der Stadtgemeinde einen Jahresgehalt von 200 fl. ö. W. und werden ihm die Kranken von der in Engelsberg bestehenden Bezirkskrankenkasse mit ca. 400 Mitgliedern und von der allgemeinen Arbeiterkrankenkasse mit ca. 360 Mitgliedern zur Behandlung zugewiesen werden. Ferner ist Aussicht auf eine grössere Privatpraxis, da in den umliegenden Gemeinden Lichtenwerden mit 2 Flachsspinnereien, Altvogelseifen, Altwasser, Dürrseifen, Dittersdorf und Wiedergrün mit zusammen 5000 Einwohnern kein Arzt wohnhaft ist. Auch ist die Aussicht, dass der Stadtarzt von Engelsberg als Districtarzt für die obigen Gemeinden ernannt werden dürfte. Bewerber wollen die Gesuche bis Ende November 1893 beim Gemeindevorstande einbringen, woselbst auch nähere Auskünfte ertheilt werden.

Fabriksarztesstelle in Lichtenwerden nächst Freudenthal (Schlesien). Mit dieser Stelle ist ein Jahreshonorar von 1000 fl. nebst freier Wohnung verbunden, wofür dem Arzte die Haltung einer Hausapotheke und die Behandlung von beiläufig 450 Spinnereiarbeitern in Krankheits- und Entbindungsfällen, dann die unentgeltliche Beistellung der erforderlichen Medicamente und Verbandmittel obliegt. Dieser Fabriksarzt hat bestimmte Aussicht, als Districtsarzt für die Gemeinden Lichtenwerden, Altvogelseifen, Altwasser, Dittersdorf, Dürrseifen und Wiedergrün ernannt zu werden und aus dem Landesfonde und den Gemeinden eine Subvention von etwa 600 fl. pro anno zu erhalten. Ferner ist auch dessen Ernennung zum Fabriksarzte der weiters im Orte bestehenden Flachsspinnerei und Zwirnfabrik, welche bei 200 Arbeiter beschäftigt, voraussichtlich. Lichtenwerden mit der Nachbargemeinde Engelsberg und den umliegenden Ortschaften umfasst bei 8000 Seelen, daher eine ziemliche Privatpraxis geschaffen ist. Bewerber wollen die Gesuche, welche Angaben über zurückgelegte Praxis, Alter und Confession enthalten, bis Ende November d. J. bei dem Vorstande der Betriebskrankenkasse der Vereinten Flachsspinnerei in Lichtenwerden (österr. Schlesien) einbringen, woselbst auch Auskünfte ertheilt werden.

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgruppe in Hochwolkersdorf-Schwarzenbach, mit dem Sitze in Hochwolkersdorf, politischer Bezirk Wr.-Neustadt (Niederösterreich) mit 1. Jänner 1894 zu besetzen. Jährliche fixe Bezüge: 620 fl. und zwar 400 fl. von dem n.-ö. Landesausschusse, 150 fl. von der Gemeinde Hochwolkersdorf und 70 fl. von der Gemeinde Schwarzenbach; hiefür obliegt dem Gemeindearzte die unentgeltliche Vornahme der Todtenbeschau, sowie die unentgeltliche Behandlung der Ortsarmen. Hausapotheke. Bewerber um diese Stelle wollen ihre ordnungsmässig instruirten Gesuche unter Nachweisung der Praxisberechtigung, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der physischen Eignung und Unbescholtenheit, sowie der bisherigen Verwendung an die Gemeinde Hochwolkersdorf einsenden. Nähere Auskünfte über diese Stelle können bei der k. k. Bezirkshauptmannschaft Wr.-Neustadt eingeholt werden.

Districtsarztesstelle für den Sanitätsdistrict Victring im Gerichtsbezirke Klagenfurt Umgebung (Kärnten) (7 Gemeinden mit 7872 Einwohnern, 3 Qu.-Meilen Flächenraum). Jahresremuneration 600 fl. Ausserdem hat der Districtsarzt für Reisen in Sanitätsangelegenheiten der polit. Verwaltung, für die Armenbehandlung und für Reisen im Interesse der Gemeinden des Sanitätsdistrictes Anspruch auf die in der diesbezüglichen Kundmachung der h. k. k. Landesregierung vom 12. Februar 1885, Z. 1156, L. G.-Bl. Nr. 9, normirten Gebühren. Der Districtsarzt ist verpflichtet, eine Hausapotheke zu halten und hat den Sitz in Victring. Die wechselseitige Kündigungsfrist beträgt zwei Monate. Vollständig und zwar auch mit Tauf- bezw. Geburtsschein belegte Gesuche bis zum 30. November l. J. hieramts an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Klagenfurt.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. | Wien, 26. November 1893 | Nr. 48.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl., halbj 5 fl., viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Eine mechanische Behandlung der Phthise.

Von

Dr. Noble Smith *)

Chirurg im «All Saints' Children's Hospital» u. s. w. in Edinburgh.

Ich beabsichtige, als ein gänzlich neues Heilmittel für die Behandlung der Lungentuberkulose, eine Methode der mechanischen Ausdehnung der Lungen und einer permanenten Vergrösserung des Luftfassungsraumes der Lungen zu beschreiben.

Der Modus operandi dieser Behandlung gründet sich auf Thatsachen, die schon lange festgestellt und von den Aerzten acceptirt sind, und wenn ich auch jetzt diese Methode zum ersten Mal veröffentliche, so habe ich nichtsdestoweniger während vieler Jahre die Wirkung derselben an mannigfachen Patienten, die mit mannigfältigen Affectionen des Respirationsapparates behaftet waren, verfolgt. Zunächst will ich feststellen, dass die folgenden Momente als Thatsachen acceptirt sind:

1. Dass die Tuberkel öfter in den Lungenspitzen als in anderen Theilen der Lungen gefunden werden;

2. dass in einer grossen Mehrzahl der Fälle von Phthisis die Krankheit in den Lungenspitzen beginnt;

3. dass der Grund dafür, dass die Tuberkel zuerst in den Lungenspitzen auftreten, darin gelegen sei, dass diese Theile der Lunge weniger dazu angethan sind, die genügende Luft in sich aufzunehmen;

4. dass dieser soeben genannte Umstand abhängt: *a)* von dem Mechanismus der Respiration, *b)* von dem allgemeinen Schwächezustand der Kranken, der zu einer verminderten Anstrengung bei der Respiration Veranlassung gibt, und der auch bewirkt, dass solche Individuen weniger im Stande sind, ihren Körper aufrecht zu halten;

5. dass alle Maassregeln, welche die Tendenz haben, die vitale Capacität der Lungen zu erhöhen, wie z. B. Beschäftigungen und Uebungen in der freien Luft, welche die Entwicklung des Thorax begünstigen, auch die Tendenz haben, das Fortschreiten der tuberculösen Krankheit aufzuhalten und sogar auch dazu beitragen können, die Krankheit thatsächlich zu heilen, wenn die Behandlung frühzeitig eingeleitet wird;

6. dass, welche Heilmittel immer wünschenswerth erscheinen mögen, die vermehrte Zufuhr reiner Luft zu den Lungen von immensem Werthe in der Behandlung der Lungenschwindsucht sei.

Die Aerzte haben sich darum bemüht, die Tuberkelbacillen zu tödten, und dies ist ihnen misslungen. Es ist jedoch ihre Aufgabe, den Boden für das Gedeihen dieser Bacillen untauglich zu machen, oder in anderen Worten, die Vitalität des Kranken so weit zu erhöhen, dass die Tuberkelbacillen auf ihm nicht gedeihen können. Um die Vitalität des Kranken bis zum höchsten Grade zu erhöhen, müssen wir mannigfache Mittel anwenden — klimatische, diätetische, medicinale und hygienische — und wir wissen Alle, wie viel von einer sorgfältigen Anwendung dieser Maassregel abhängt.

Man kann sich schwer vorstellen, dass irgend welche bemerkenswerthe Vervollkommnung in den erwähnten Mitteln — es müsste denn die «medicinalen» Mittel betreffen — realisirt werden könne.

Was aber die grössere Expansion und eine ausgiebige Luftversorgung der Lungen betrifft, so ist in dieser Beziehung bis jetzt noch wenig gethan worden, und ich glaube, dass der Behandlungsplan, den ich jetzt zu beschreiben beabsichtige, alle anderen Methoden, die jemals zur Erreichung dieses Zieles angegeben worden sind, ungleich übertrifft.

Thatsächlich ist dies die einzige Methode, durch die ein dauernder Zustand einer grösseren Expansion der Lungen bewirkt werden kann, während der Patient zu gleicher Zeit alle anderen Details der Behandlung, die früher genannt wurden, ausführen kann. Dr. SILVESTER, der als Autor des Werkes «die physiologische Methode, die künstliche Respiration einzuleiten» eine Weltberühmtheit erlangt hat, erkannte die grosse Bedeutung dieses Theiles der Behandlung. Er verfasste eine Schrift unter dem Titel «Die physiologische Methode der Behandlung der Schwindsucht», in der er ganz besonders den Werth der Methode, die vitale Capacität zu erhöhen, betonte.

*) Vortrag, gehalten in der Section für Medicin auf der 61. Jahres-Versammlung der British Medical Association in Newcastle-on-Tyne. — Mitgetheilt von Léon LEIBOWITZ.

Er beruft sich hierbei auf die Unfähigkeit phthisischer Kranker, genügende körperliche Uebungen auszuführen, um ihre Lungen in ausgiebiger Art ausdehnen zu können.

Er berichtet auch über seine Untersuchungen, betreffend das Gewicht der oberen Extremitäten, und zwar, dass nach den diesbezüglichen Experimenten, die von John Wood für ihn vorgenommen worden waren, das Durchschnittsgewicht der Arme bei Männern 7 Pfund und 7 Unzen betrug, und bei Frauen 5 Pfund und 10 Unzen, und dass, wenn die Kräfte der betreffenden Individuen nachgelassen hatten, der Einfluss dieser Gewichte eine Depression der oberen Rippen verursachte und die entsprechende Versorgung der Lungenspitzen mit Luft wesentlich hinderte.

Er experimentirte mit dem Spirometer und fand in einer gewissen Zahl von Fällen, dass, wenn die Arme herunterhingen, die Zahl der Kubikzolle der Inspiration 150 bis 180 betrug, während dies Volumen direct auf 190 gesteigert wurde, wenn die Arme aufwärts gehalten wurden. Sogar, wenn der Patient eine aufrechte Stellung einnimmt, haben die Arme die Tendenz nach vorne zu gleiten und den Thorax zu comprimiren, und man wird auch in einem solchen Falle finden, dass die Scapulae von der Mittellinie der Wirbelsäule nach vorne gezogen werden.

Es besteht auch häufig eine grosse Neigung bei den Menschen, sich zu bücken und die gebückte Stellung steigert in hohem Grade die comprimirenden Effecte, welche den Thorax treffen.

Meine Eperimente wurden auch an Patienten ausgeführt, welche gewohnheitsmässig eine gebückte Position einnahmen, und ich habe bereits die schädlichen Einwirkungen, die sich aus der dauernden gebückten Haltung des Körpers für die Respiration ergeben, beschrieben. Phthisiker zeigen eine grosse Tendenz, eine gebückte Position einzunehmen. Die gebückte Haltung beeinträchtigt die eigentliche Function der Rippen und vermindert auf diese Art die Respiration mit Hilfe des Thorax und schädigt somit auch den Athmungsprocess sehr ernstlich.

Die Bauchmuskeln sind auch erschlafft, und die Kraft auf die Baucheingeweide während der Vorgänge der Austreibung einzuwirken ist geschwächt. Der Thorax ist stets abgeflacht, und die Function aller Eingeweide beeinträchtigt. Die Untersuchungen des verstorbenen Dr. Hutchinson über die Bewegungen des Thorax thun in unwiderleglicher Art dar, von welch' grosser Bedeutung das Aufrechterhalten einer natürlichen vitalen Capacität sei.

Dieses Moment bildet gewiss einen Gegenstand, über den sich sehr viel sagen lässt, und auf dessen Einzelheiten ich jetzt nicht eingehen will.

(Fortsetzung folgt.)

Formen und Diagnose des Ulcus Ventriculi.

Von

Prof. Germain Sée in Paris.

(Fortsetzung.*)

Zeichen und Diagnose des Ulcus pepticum oder Ulcus simplex.

Vier Hauptzeichen charakterisiren das Ulcus simplex:

1. Die Hyperchlorhydrie, welche bei allen Magengeschwüren vorhanden ist, die man aber fast nur beim Ulcus pepticum constatiren kann.
2. Der Schmerz und seine verschiedenen Formen.
3. Das Erbrechen, das unter vielen Fällen ein Mal fehlt.
4. Die Dyspepsie.

Diese letztgenannten Phänomene sind häufig derart, dass man diese einfachen peptischen Geschwüre täglich mit hyperchlorhydrischen Dyspepsien verwechselt.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 45, 46, 1893.

Das runde Magengeschwür verdient den Namen Ulcus pepticum, denn es rührt thatsächlich von einer Autodigestion einiger Stellen des Magens her. Dies wird auch durch den Umstand bewiesen, dass das Geschwür nur dort entsteht, wo der Magensaft seine Wirkung entfalten kann, und zwar um einen Erweichungs- oder Zerstörungsprocess hervorzurufen.

Man hat zu allen Zeiten geglaubt, dass es die Alkalescenz des Blutes sei, welche die Einwirkung des sauren Magensaftes auf die Schleimhaut verhindert, und dass das Ulcus die Folge des Umstandes sei, dass die Einwirkung des Blutes auf die Schleimhaut aufgehoben wurde.

Diese Annahme gilt heute als falsch, und die Autodigestion während des Lebens muss in Zukunft der Auffassung einer speciellen Veränderung des Magensaftes, der Hyperchlorhydrie oder der Hypersecretion den Platz räumen.

1. Hyerchlorhydrie. Im Jahre 1886 constatirte Riegel zum ersten Male in dem Magensafte einen Säuregrad von 4 Theilen Salzsäure auf 1000 Theile Magensaft. Dieser Befund wurde 21 Mal an 8 Kranken angetroffen. Van der Welden erhielt dieselben Resultate.

Riegel vervollständigte seine Beobachtungen an 31 anderen Kranken, indem er die Hypersecretion betonte. Der Säuregrad erreichte im Mittel 3 bis 4 Procent, ohne Spuren organischer Säuren.

Später bestätigten Jaworski und Gluzinski, Rothschild und Guttmann diese Angaben.

Aber Gerhardt beobachtete im Jahre 1888, dass dieses Phänomen in 24 Fällen 7 Mal fehlte; Schöffer machte dieselbe Beobachtung und zu gleicher Zeit bemerkte er ein Verschwinden des Albumins, welches normaler Weise im Magensafte vorhanden ist; Bourget fand in 7 Fällen von Ulcus Ventriculi 5·53 Procent Salzsäure. Hayem und Winter geben selbst die primäre Hyperchlorhydrie zu, wenn sie auch die Quantität von Salzsäure geringer anschlagen.

Der einzig ernste Einwand ist das Fehlen der Acidität in einer gewissen Anzahl von Fällen, und diese Fälle beziehen sich bald auf die Anämie, die im Gefolge der Hämatemesen der Geschwüre auftritt, und häufiger noch auf den Krebs, der sich oft auf dem Boden des Geschwürs entwickelt.

2. Der Schmerz bietet oft einen paroxysmellen Charakter dar. Er tritt kurze Zeit nach der Ingestion der Nahrung auf und ist in diesem Falle die Folge einer mechanischen und chemischen Reizung der ulcerösen Wunde; es besteht hier thatsächlich eine gewisse Beziehung zwischen der Qualität der Nahrung und der Intensität des Schmerzes (Oser), so dass ein mildes Regime, wie z. B. die Milch, keine schmerzhafte Sensation auslöst, im Gegensatze zu dem, was man bei der Verabreichung consistenter und schwer verdaulicher Nahrung beobachtete.

Dieser Schmerz des Ulcus unterscheidet sich wesentlich von der allgemeinen Hyperästhesie der Magenschleimhaut, die man oft bei den Anämischen beobachtet.

Bei dieser Hperästhesie folgt der Schmerz auf die Ingestion irgend welcher Art von Nahrung, sei es flüssige oder feste, und hält so lange an, bis die Nahrung in den Darm übergeht oder durch das Erbrechen hinausbefördert wird.

Ein anderer wichtiger Charakter des Schmerzes beim Ulcus Ventriculi bezieht sich auf den Einfluss, den die Bewegungen und die Haltung des Kranken auf denselben ausüben. Bei Ruhe im Bett verschwindet er gewöhnlich, um während des Gehens wieder zu erscheinen. In der sitzenden Stellung ist der Schmerz häufig weniger heftig als in der Rückenlage, besonders, wenn es sich um Geschwüre der hinteren Wand handelt. Natürlich hängen die verschiedenen schmerzhaften Variationen, welche aus den verschiedenen körperlichen Haltungen resultiren, vom mechanischen Zuge am Ulcus, von einer directen Reizung seiner Oberfläche durch den deplacirten Mageninhalt ab.

Bei gewissen Haltungen des Körpers und zu gewissen Zeitmomenten, zum Beispiel während der Nacht, wenn der mit einem runden Magengeschwür behaftete Patient keine Nahrung

zu sich genommen hat, empfindet derselbe keine Schmerzen, während der mit Krebs behaftete Kranke immer, gleichgiltig in welcher Zeit, leidet.

Ein anderer Umstand, der für den Schmerz beim runden Magengeschwür charakteristisch ist und es gestattet, die Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Gastralgie zu machen, betrifft die Thatsache, dass man den Schmerz durch Druck verstärken kann; aus diesem Grunde können auch solche Kranke enganliegende Kleider und namentlich das Mieder nicht vertragen. Dieser Schmerz auf Druck, ein constantes Zeichen des Ulcus, findet sich namentlich in der Gegend des Processus xyphoideus und hauptsächlich links.

Der paroxysmelle Schmerz bei den mit rundem Magengeschwür Behafteten dauert oft 2 bis 4 Stunden, bisweilen viel länger. Er besteht in einer Sensation von Umschnürung oder von Nagen im Epigastrium; es wird aber auch oft Schmerz in der Gegend der letzten Rückenwirbel angegeben, und nicht selten beobachtet man ausstrahlende Schmerzen in den Hypochondrien, zwischen den Schultern und zwischen den Rippen; endlich erstreckt sich der Schmerz oft auf die Verzweigungen des Vagus in der Lunge, woher auch das Gefühl der Umschnürung in der Brust herrührt, und auf den Plexus brachialis (Traube).

3. Das Erbrechen manifestirt sich oft in den schmerzhaften Paroxysmen und hört mit dem Schmerz auf, wenn man die Ursachen der Reizung (Ingesta), die auf die Nervenausbreitungen ihren Einfluss ausüben, entfernt hat.

Das Erbrechen tritt immer ein, wenn ein Diätfehler begangen wird, der dann auch die Schmerzen bedingt. Das einzige besondere Charakteristicum des Erbrechens der mit Ulcus rotundum Behafteten ist seine starke Acidität, die auf Rechnung der Anwesenheit einer grossen Menge von Salzsäure im Magen kommt.

4. Die Verdauung gewisser Nahrungsmittel findet bei den in Rede stehenden Kranken statt; das Fleisch namentlich wird gut verdaut, wenn es ohne Fett und gut zertheilt bereitet wird. Die gut gekochten Eier werden auch leicht assimilirt. Die Milch wird viel weniger gut verdaut und die Milchdiät, welche heute den Glaubensartikel der verzweifelten Aerzte bildet, wenn alle ihre anderen Hilfsquellen erschöpft sind, wird nicht immer von den an rundem Magengeschwür Leidenden vertragen.

Der Appetit ist gewöhnlich erhalten, häufig sogar stärker als de norma, und wenn er bisweilen fehlt, so ist dies mehr durch die Furcht bedingt, dass die Ingestion der Nahrung Schmerzen auslösen könnte.

Die Dauer der Digestion, die man für vermindert hielt, ist im Gegentheil in einer grossen Zahl von Fällen eine grössere.

Hayem weist auf die Verzögerung der Verdauung hin; es ist dies auch die gewöhnliche Erscheinung, und was diesen Umstand beweist, das ist das unbehagliche Gefühl — das ich das stündliche («horaire») Unbehagen nenne, — dasjenige Unbehagen, das für's Gewöhnliche vier Stunden nach Beginn der Mahlzeit auftritt. Dieses Unbehagen ist von unangenehmen localen Sensationen, von dem Gefühle des falschen Hungers, begleitet, des Hungers, den die Ingestion der leichtesten und noch so geringen Nahrung befriedigen kann.

* * *

Differentialdiagnose des Ulcus pepticum.

1. Ulcus und Cancer. Nur in der Untersuchung des Magensaftes findet man die Momente des zu lösenden Problems. Wir wissen, dass das chemische Charakteristicum des Ulcus rotundum die Hyperchlorhydrie sei, i. e., die Salzsäure-Hyperacidität, die man schon durch das colorimetrische Verfahren bestimmen kann.

Man bestimmt dieselbe durch Färbungsreagentien, oder auch ebensogut mit Hilfe der acidimetrischen Dosirung; die Gesammtacidität erreicht am häufigsten oder überschreitet 2·5 bis 3 auf 1000. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Salzsäure nicht der einzige Factor sei, welcher die Gesammtacidität ausmacht. Im Gegensatze zu dem, was man zu Beginn der Untersuchungen über die Hyperchlorhydrie glaubte, kann man häufig in dem Magensafte der Hyperchlorhydrischen neben der Mineralsäure auch organische Säuren antreffen und trifft dieselben thatsächlich oft an.

Dennoch ist es bewiesen, dass der grösste Theil der totalen Acidität auf Rechnung der freien Salzsäure kommt.

Das Unbehagen und der Schmerz, die bei den Hyperchlorhydrischen mit und ohne Ulcus Ventriculi einige Stunden nach der Mahlzeit auftreten, sind von der Hyperacidität des Mageninhaltes abhängig, die häufig erst drei oder vier Stunden nach der Ingestion der Nahrung das Maximum ihrer Intensität erreicht.

Das Herausbefördern des Magensaftes mit Hilfe der Sonde ist nur in dem Falle von Ulcus, der nicht mit Hämorrhagien complicirt ist, gerechtfertigt.

Die chemischen Charaktere des Magensaftes in den Fällen von Cancer befinden sich in einem absoluten Gegensatze zu denen des Ulcus; hier spielt wieder die Anachlorhydrie, combinirt mit dem Vorhandensein von Gährungssäuren in grosser Quantität die Hauptrolle.

Die Anachlorhydrie ist überdies nicht für den Krebs allein charakteristisch, da man sie auch in Fällen von Gastritis mucosa atrophica, von amyloider Entartung u. s. w. antrifft. Das Carcinom, so weit es als Neoplasma in Betracht kommt, bedingt noch nicht nothgedrungen die Anachlorhydrie; es ereignet sich bisweilen, dass man in einem Falle von sehr umschriebenem Cancer, ohne concomitirende Gastritis, einen gewissen Grad von Salzsäureausscheidung antrifft, wenn die Krankheit fortschreitet.

Die Diagnose wird, sozusagen, unmöglich, wenn sich der Krebs auf dem Boden eines alten Geschwüres entwickelt. Rosenheim hat im Jahre 1888 dargethan, dass das Carcinom das Ulcus häufig complicirt, und dass dann die Salzsäureausscheidung eine normale oder selbst eine erhöhte sei. Hauser constatirte eine epitheliale Proliferation in den benachbarten Drüsen der Narben gewisser Ulcera. Nur in diesen Fällen von Krebs persistirt die Salzsäure bis an's Ende; sie kommt auf Rechnung des Ulcus.

Ein anderes chemisches Charakteristicum des Cancer ist die Anwesenheit einer grossen Menge von Gährungssäuren und namentlich von Milchsäure in grosser Menge in der Magenflüssigkeit.

Zweifellos finden sich die Säuren auch in einer gewissen Anzahl anderer Fälle vor, aber niemals in so grosser Quantität wie beim Krebs, Diese Thatsache wurde von einer gewissen Anzahl von Aerzten, namentlich von Boas (Deutsche medicinische Wochenschrift, Nr. 7, 1893) constatirt.

Was die Peptone betrifft, so findet man deren Spuren selbst dann, wenn die Salzsäure gänzlich fehlt, was die Andauer einer geringen Ausscheidung von Pepsin voraussetzen lässt. Nach Boas fehlt auch der Magenlab nicht vollständig.

(Schluss ftolg.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 17. November 1893.

Dr. v. Dittel jun. demonstrirt zwei exstirpirte Uterusmyome. Das erste der Präparate entstammt einem Falle, bei welchem bei der Operation in Folge der schwierigen Auslösung, die Blase verletzt wurde. Trotzdem trat in diesem, wie in dem zweiten Falle vollkommene Heilung ein.

* * *

Prof. Winternitz: Weitere Untersuchungen über Veränderungen des Blutes unter thermischen Einflüssen.

Anknüpfend an eine im März d. J. erschienene vorläufige Mittheilung, der zufolge Vortragender nach Kälteapplicationen in dem der Fingerbeere oder dem Ohrläppchen entnommenen Blute mit seltener Constanz eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen fand, macht WINTERNITZ weitere Mittheilungen über die in dieser Richtung mit etwa 50 Fällen fortgesetzten Untersuchungen, die er jetzt auch auf die rothen Blutkörperchen, auf den Hämoglobingehalt und das specifische Gewicht erstreckte. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen, welche meist Gesunde und Anämische betrafen, sind folgende:

1. Bei allen allgemeinen, die ganze Oberfläche des Körpers treffenden thermischen und mechanischen Proceduren (Abreibungen im nassen kalten Laken, Tauchbädern, Douchen u. s. w.) zeigte sich eine Vermehrung sowohl der rothen als auch der weissen Blutkörperchen, auch der Hämoglobingehalt hatte zugenommen.

2. Die Zunahme der rothen Blutkörperchen betrug im Maximum 1,860.000 im Kubikmillimeter, die der Leukocyten das dreifache, der Hämoglobingehalt 14 % mehr.

3. Das Maximum der Zunahme war nicht immer unmittelbar nach der Procedur, sondern oft erst nach einer Stunde zu constatiren. Während die Erythrocyten bereits wieder abzunehmen begannen, fand oft erst eine Zunahme der Leukocyten statt. Diese Veränderungen hielten verschieden lange Zeit an; zwei Stunden nach der Procedur war meist bereits eine Abnahme zu constatiren. Weniger constant als das Verhalten der rothen Blutkörperchen war das der weissen, die oft absolut und relativ in geringerer Anzahl sich vorfanden. Bei einzelnen Untersuchten ist die Vermehrung überhaupt nicht vollständig rückgängig geworden.

4. Auch active Muskelbewegungen hatten einen ähnlichen, wenn auch weniger ausgesprochenen Effect.

5. Bei Einwirkung der Wärme waren die Erythrocyten oft vermindert, um nach einiger Zeit einer mässigen Vermehrung Platz zu machen.

6. Locale thermische Einwirkungen bewirken eine Verminderung der Zahl der Erythrocyten und Leukocyten in dem der Fingerbeere oder dem Ohrläppchen entnommenen Blute.

Es ist nun sehr unwahrscheinlich, dass diese Vermehrung der zelligen Elemente des Blutes eine so rasch erfolgte Neubildung sein sollte. Es deuten vielmehr zahlreiche Thatsachen darauf hin, dass es im Blute präformirte Zellen sind, die nach der Kälteeinwirkung in die allgemeine Blutbahn und in die Circulation gelangen. Der Grund für die Vermehrung nach Kälteeinwirkung und Muskelarbeit liegt offenbar in Veränderungen der Circulation der Herzaction, des Tonus von Gefässen und Geweben. Die bis dahin in verschiedenen Organen stagnirenden, dem Kreislaufe nicht dienenden Blutelemente werden in den Kreislauf geführt, in den Lungen mit Sauerstoff gesättigt und nun dem Stoffwechsel in den Geweben und Organen dienstbar.

Es dürfte sich auch herausstellen, dass die grössere oder geringere Vermehrung der rothen Körperchen im Blute als ein Massstab gelten kann für die vollständige oder unvollständige Reaction auf thermische und mechanische Eingriffe. Unzähligemal sah Vortragender auf diese Weise schwere Anämien und Chlorosen zur Heilung kommen.

Nicht eine bestimmte Procedur, sondern die Hervorrufung einer vollkommenen Reaction erklärt die mächtigen Wirkungen thermischer Einflüsse auf den Organismus und damit auch die zahlreichen Heilerfolge.

* * *

Discussion zu den Vorträgen Hofrath Prof. BILLROTH's (Ueber Aneurysmen) und Hofrath Prof. NOTHNAGEL's (Ueber Gefässschmerzen).

Prof. CZOKOR: In Bezug auf das Aneurysma nimmt das Pferd eine Sonderstellung ein, da sich bei jedem Pferde ein Aneurysma findet, welches immer an einer und derselben Stelle, und zwar am gemeinschaftlichen Stamme der Grimmdarmarterie sitzt. Es erreicht Taubenei- bis Mannskopfgrösse. Die kleinsten Aneurysmen sind stets spindelförmig; mit ihrem Wachsthum werden sie cylindrisch, birnförmig, kahnförmig und bei bedeutender Grösse sackförmig. Aetiologisch hängt das Aneurysma mit einem im Pferde lebenden Schmarotzer zusammen, von dem die Jugendform (Sclerostomum armatum varietas minor) die rothe Erweichung im Aneurysma bedingt, um dann auszuwandern und in die ältere Form (Sclerostomum armatum varietas major) überzugehen. Die Sclerosirung des Aneurysma wird meist gut vertragen. Werden aber Thromben abgerissen, so kommt es leicht zu schweren Embolien und in Folge dessen zur Lähmung eines Dünndarmstückes, zu fauler Gährung, Torsion des Darmes und Rückstauung der Futterstoffe. Die meisten Koliken beruhen auf rother Erweichung im Aneurysma. Die Ursache der Form desselben ist in den Circulations- und Druckverhältnissen zu suchen. Da die Thromben in den kahnförmigen Aneurysmen an der weniger ausgebuchteten Wand haften und hier die Würmer auch zahlreich zu finden sind, so muss angenommen werden, dass sich die Thromben sowie die Schmarotzer mit Vorliebe dort etabliren, wo der Druck auf die Arterienwand ein geringerer ist.

Hofrath Prof. ALBERT liefert einen historischen Ueberblick über die Entwicklung der verschiedenen Operationen beim Aneurysma und zeigt, dass die derzeit nach ANTYLLOS benannte und geübte Methode nicht den richtigen Namen führt, da ANTYLLOS peripher und central unterband, den Aneurysmasack eröffnete und ausräumte, während er die Exstirpation desselben selbst für sehr gefährlich hielt. Letztere datirt erst seit der antiseptischen Zeit, ANTYLLOS hat sie nie geübt. Eine gewisse einheitliche Terminologie sei sehr nothwendig, da der Namen die Operationsmethode nicht genügend bezeichnet. Auch ALBERT hegt gewisse Bedenken gegen die Exstirpation, welche in Frankreich so sehr protegirt wird. Es sei wohl leicht möglich, dass man bei der Exstirpation die in der Umgebung des Sackes liegenden kleinen Arterien, welche ja bei der Bildung eines Collateralkreislaufes mithelfen sollen, verletzt. Ferner kann sich peripher stets ein Thrombus ablösen. Diese Frage müsse noch sorgfältig studirt werden; es gehe nicht an, sich sehr warm für die Resection auszusprechen und alle Fälle nach einem Muster operiren zu wollen.

Prof. v. SCHRÖTTER beobachtet durchschnittlich im Jahre 15 Fälle von Aortenaneurysma u. zw. zumeist der Aorta ascendens des Aortenbogens, seltener am absteigenden Theile, am seltensten an der Bauchaorta. Ihre Ursache bilden meist atheromatöse Processe; die Luës scheint mit Unrecht als Urheberin dieser Processe anzuschuldigen. Vortragender hat mit Glück bei der Behandlung der Aneurysmen die Einführung von Fil de Florence versucht und vor einem Jahre ein Präparat demonstrirt, welches die Erreichung eines günstigen Resultates zur Genüge bewies. Diese Methode, welche sich noch dadurch auszeichnet, dass die Fäden, nachdem sie ihre Schuldigkeit gethan, auch resorbirt werden, würde SCHRÖTTER eines Versuches werth halten.

Mit Bezug auf den Vortrag Hofrath NOTHNAGEL's scheine es SCHRÖTTER, in Anbetracht dessen, dass schon frühzeitig bei kleinen Aneurysmen Verwachsungen mit den Nachbarorganen eintreten, sehr gewagt die bestehenden Schmerzen auf die Arterienwandung beziehen zu wollen. Die Verbiegungen der Trachea, die Kehlkopfflähmung. Druck auf den Sympathicus (Ptosis des Augenlides, Pupillenerweiterung) seien bei der Diagnose des Aneurysma nicht zu unterschätzende Symptome. Dass Schmerzen längs der Aorta vorkommen können, stehe ausser allem Zweifel. Doch ist die Schmerzhaftigkeit an der Aorta und am Herzen geringer, als allgemein angenommen wird. Die peripheren Arterien zeigen für gewöhnlich keine Schmerzen. Die Atheromatose, welche von vielen Aerzten an sich selbst beobachtet wurde, hat ihren Trägern nie Schmerzen verursacht, welche auf die Gefässe selbst hätten bezogen werden können. Und warum sollte sich die Aorta anders verhalten, als andere Arterien? Vortragender berichtet über einen Fall, bei dem zuerst stechende Schmerzen an der Herzbasis auftraten, welche von einer Aorteninsufficienz gefolgt waren.

Was die Schmerzen bei Migräne anlange, so dürfe man sich nicht ohne weiters vorstellen, dass diese durch Contraction der Arterien bedingt seien, sonst müsste man dies auch für andere

Arterien gelten lassen. Es finden sich nicht nur Schmerzen bei der angiospastischen, sondern auch bei der angioparalytischen Form.

Prof. LANG. Die Erkrankungen kleinster Gefässe sind schon sehr Früh bei der Syphilis mikroskopisch zu constatiren, besonders in den Lymphdrüsen, welche unmittelbar nach dem Initialaffecte erkranken; doch zeigen sich hier nirgends Schmerzen. Anders ist es bei syphilitischen Erkrankungen grösserer Arterien; da lassen sich fast in jedem Falle mehr weniger starke Schmerzen constatiren. So waren in einem Falle von Arteriitis der Bauchaorta bei einem Luëtiker die Schmerzen so excessiv, dass sie das hervorstechendste Symptom bildeten. In wiefern das Aneurysma der Aorta auf Syphilis bezogen werden könne, darüber wolle sich Vortragender kein Urtheil erlauben.

(Fortsetzung der Discussion in der nächsten Sitzung.)

Dr. Em. Mandl.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 20. November 1893.

Prof. Stricker: Ueber die Entstehung des Eiters.

(Mit Demonstrationen).

Vortragender demonstrirt mittels des Projectionsmikroskopes eine Reihe von Bildern, welche derselbe bereits i. J. 1874 dargestellt und publicirt hatte, die aber auf den Verlauf der literarischen Ereignisse keinen nachweisbaren Einfluss ausübten. In Bezug auf die Frage, ob die Eiterzellen der Cornea «Einwanderer» sind, oder ob sie aus den Gewebszellen der Cornea stammen, neigte sich STRICKER, im Widerspruche mit einer erdrückenden Majorität, letzterer Anschauung zu, wobei er in COHNHEIM seinen hartnäckigsten Gegner fand, von demselben aber nicht widerlegt wurde. Während Vortragender bei der Eiterung der Cornea an seinen Präparaten gewisse Veränderungen constatirte, wollten Andere dieselben gar nicht gelten lassen.

Auch das bis 1867 angenommene Princip der Zelltheilung des Eiters, welche STRICKER 1874 selbst am lebenden Thiere beobachten konnte, wurde fallen gelassen, da bis dahin Niemand Gelegenheit hatte, sich selbst davon durch den Augenschein zu überzeugen. Zwar wurde die Theilung durch Bildung von Scheidewänden an der Pflanzenzelle gesehen, aber die Uebertragung dieser Lehre auf die thierische Zelle fand keinen Anklang. STRICKER bekennt sich zur Lehre MAX SCHULTZE's, dass die Theilung ein B e w e g u n g s a c t sei.

Bevor der Eiter gebildet wird, kommt es zur Theilung der Gewebszellen, welche untereinander zusammenhängen und ein Ganzes, das Gewebe, bilden. Die Theilung kommt hier durch Scheidewände zu Stande, die wiederum durch eine Metamorphose von Zellsubstanz entstehen, welche STRICKER Zwischensubstanzen nennt, welche die verästigten Zellen in Felder abtheilen. Dies ist die Vorstufe der Eiterung, welche durch Lapisfärbung sehr deutlich erkennbar gemacht werden kann, da der Lapis die Zwischensubstanz dunkler färbt als die Zellen selbst. Spalten sich diese Felder ab, so entsteht Vereiterung; die neuen Zwischensubstanzen können aber wiederum zu Zellkörpern werden und es kommt so zu einer Restitutio ad integrum. Die Theilung der Zellleiber lässt sich an Präparaten sehr gut demonstriren, dagegen sind die Bilder mit der Annahme von der Existenz von Saftkanälchen in der Cornea unvereinbar.

Die neuen Beobachtungen haben auch STRICKER zu einer Theorie des Infiltrates und der Vereiterung geführt, wobei die mikroskopischen Bilder mit den klinischen Thatsachen vollkommen in Einklang gebracht werden können. Die hervorstechendsten Merkmale des Infiltrates, die Schwellung und die Härte des Gewebes, werden eben durch die Schwellung des Zellnetzes bedingt und erst wenn die Zellen ganz auseinander fallen, kommt es zur Vereiterung.

Vortragender demonstrirt nun mittels des Episkops einige Präparate. Das erste Bild zeigt eine normale Cornea mit ihren verästelten Zellen, das zweite Bild eine in Eiterung begriffene Cornea, wo die verästelten Zellen durch dunkle Theilungslinien in Felder abgetheilt sind. Das dritte Bild zeigt eine Uebergangsphase, u. zw. ist die Zwischensubstanz in einzelne Felder getheilt, von der Grundsubstanz sind nur einzelne Stücke vorhanden. Diese fixirten Bilder beweisen die Unrichtigkeit der Anschauung COHNHEIM's zur Evidenz, sie zeigen, dass die Eiterung nicht auf Einwanderung der Zellen, sondern auf Theilung derselben beruht, wobei sich die Zwischensubstanz auf Kosten der Grundsubstanz vermehrt.

* * *

Dr. Hasterlik: Demonstration gut conservirter Bacterienculturen mittels des Episkop's.

Vortragender zeigt einige Gelatine-Stichculturen, die durch Formalin gehärtet und fixirt worden sind. Dr. HAUSER, Privatdocent der patholog. Anatomie in Erlangen hat das Formalin oder Formaldehyd, (ein neues Antisepticum) zur Conservirung von Bacterienculturen verwendet und seine Resultate in der Münchener medicinischen Wochenschrift publicirt. Die Formalindämpfe fixiren sowohl Gelatine-Platten als auch Gelatine-Stichculturen derartig, dass das Aussehen der verflüssigten oder nicht verflüssigten Culturen in jedem Stadium der Entwicklung vollständig erhalten bleibt und sich selbst bei monatelanger Aufbewahrung nicht ändert. Die Culturen sind ausserdem vollständig steril. Das Verfahren gestattet jetzt eine leichte Anlegung von Collectionen von Stich- und Plattenculturen, was trotz der sorgfältigen Arbeiten Anderer, bisher nur sehr schwer möglich war. Die mit Formalin gehärteten Culturen haben ausserdem die Eigenschaft, dass sie selbst in der Bunsenflamme nicht schmelzen und sich daher für Demonstrationen mit elektrischem Lichte, wo sie ziemlich hohen Temperaturgraden ausgesetzt sind, vorzüglich eignen.

Es folgt nun die Demonstration von einer Stichcultur des Bacillus prodigiosus, ferner eine Kommabacillen-Cultur, welche sehr wenig verflüssigt ist und in ihrer Entwicklung dem vierten Tage entspricht. Zuletzt zeigt Vortragender eine Milzbrandcultur.

Dr. Em. Mandl.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 22. November 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Fortsetzung der D i s c u s s i o n über: i n t e r m i t t i r e n d e A l b u m i n u r i e.

Dr. STERNBERG vermisst in den Vorträgen WEIDENFELD's und Prof KRAUS' die Erwähnung der hie und da bei Chlorose vorkommende Albuminurie, welche vorübergehend auftritt, ebenfalls nicht auf dauernde Veränderungen der Nieren beruht und in der Literatur noch wenig studirt ist. Vortragender hat dieselbe in 3—4% von Chlorose beobachtet. Bei dieser Erkrankung findet sich nicht selten Thrombose der Venen. Bei einem solchen Falle, den Vortragender durch längere Zeit zu beobachten hatte, fand sich eine ausgedehnte Thrombose der unteren Extremität, welche mit einer vorübergehenden Albuminurie einherging. Mit ersterer schwand auch die Albuminurie. Es sei daher anzunehmen, dass auch im Gebiete der Nierenvenen kleine Thrombosen vorkommen, welche geringe Stauungen verursachen, die zur Albuminurie Veranlassung geben. Letztere ist daher eine renale Albuminurie.

Ferner sei zu bedenken, dass bei fast gar keiner Krankheit die Niere in toto erkrankt, so dass gesunde und kranke Abschnitte mit einander abwechseln. Daraus erklärt sich auch die abwechselnde Ausscheidung von normalem und pathologischem Harn. Es kann auch zu diagnostischen Schwierigkeiten kommen, da bei der Chlorose weisse Flecken am Augenhintergrunde beobachtet wurden, welche einer Retinitis Brightica sehr ähnlich sehen. So in einem Falle von Chlorose, den Vortragender lange Zeit beobachtete und bei dem keine Spur von Albumen im Harne, keine Drüsenschwellung, kein Milztumor, wohl aber eine auffallende Vermehrung der eosinophilen Zellen, und eine fast typische Retinitis albumin. nachweisbar waren. Nur nach mehrfachen Beobachtungen und sorgfältiger Untersuchung des Harns dürfen erst die Schlüsse gezogen werden.

Dr. WEISS hat ebenfalls in einem Falle von Asthma nervosum bronchiale durch 8 Tage den Harn untersucht. Derselbe zeigte in der anfallsfreien Zeit ein gewöhnliches Aussehen, spec. Gewicht war

1010, Albumen war mit keiner Probe nachweissbar. Zur Zeit der Anfälle und nach denselben war derselbe nicht so exquisit gelb, sein spec. Gewicht sank selbst auf 1001, Eiweiss war auch hier nicht nachweisbar. Die Albuminurie dürfe daher nicht als ein Symptom des Asthma nervosum bronchiale aufgefasst werden.

SCHLESINGER konnte auch nicht immer bei Asthma nervosum bronchiale Albumen im Harne nachweisen. Es müsse daher, im Sinne WEIDENFELD's eine specielle Disposition angenommen werden.

* * *

Discussion zu dem von Dr. BAUER vorgestellten Falle von: spastischer Spinalparalyse.

Dr. WEISS wendet sich gegen ERBEN, welcher gegen die Auffassung dieses Falles als Meningo-Myelitis luëtica Protest erhoben habe. OPPENHEIM hat hervorgehoben, dass nach luëtischen Affectionen Meningo-myelitis auftrit, dass secundäre Degeneration im Rückenmarke — Seitenstrangsclerose — entstehe, schliesslich könne sich die Meningo-myelitis zurückbilden, die Sclerose bleibe zurück. Klinisch sei dies das Bild der spastischen Spinalparalyse. Diese Erklärung OPPENHEIM's lasse sich auf den vorliegenden Fall sehr gut anwenden, da Patient einige Jahre nach der luëtischen Infection mit Störungen in der sensiblen Sphäre erkrankte; in dem Masse als sich diese zurückbildeten, traten die motorischen Störungen in den Vordergrund. Die Einwände ERBEN's seien daher widerlegt.

ERBEN bemerkt, dass das Postulat, das er an das klinische Bild der Meningo-myelitis luëtica gestellt, jetzt in den sensiblen Störungen gegeben sei und er daher mit WEISS übereinstimme.

* * *

Dr. Löwy: Zwei Fälle von Spontangangraen.

(Demonstration.)

I. Ein 11jähriges Mädchen kam mit einer, durch einen Glassplitter veranlassten, stark blutenden Wunde am unteren Drittel der Ulnarseite des Vorderarmes an die Klinik und wurde verbunden. Nach einigen Wochen zeigten sich an der Vola manus, sowie an der Kuppe des vierten Fingers dunkelbraune blasenartige Hervorwölbungen, welche platzten und zur Geschwürsbildung führten; der Eiter war übelriechend. Jetzt besteht Klauenhand, deutliche Atrophie mehrerer Muskeln, besonders der Interossei, Sensibilität im Ausbreitungsgebiete des Ulnaris gestört, typische Entartungsreaction. Da Diabetes, Rückenmarksleiden und Hysterie hier vollkommen ausgeschlossen werden können, keine hereditäre nervöse Veranlagung besteht, so dürfte es sich hier um eine anscheinende Spontangangraen auf Grundlage trophischer Störungen in Folge traumatischer Verletzung handeln, zumal sich die Erscheinungen auf den Ausbreitungsbezirk des Nervus ulnaris beschränkt. Vasomotorische Störungen waren nicht vorhanden; äussere Reize lassen sich fast sicher hier ausschliessen.

II. Die zweite vorgestellte Patientin stach sich vor 4 Jahren eine Nadel in den vierten Finger, welche abbrach, stecken blieb und nicht entfernt werden konnte. Nach 6 Wochen trat Phlegmone in der Cubita, 3 Wochen später ein sehr schmerzhaftes Neurom am vierten Finger auf, das wiederholt operirt wurde; chronisches Panaritium und Enucleation des Fingers. Später bildeten sich bis auf den Oberarm hinaufreichend, theils mit wasserhellem Serum, theils mit Eiter gefüllte Blasen. Ausserordentliche Empfindlichkeit des Nervus radialis, ulnaris und medianus; dieselben nicht verdickt; beträchtliche Hyperästhesie am Arme. Patellarreflexe sehr gesteigert, hysterische Symptome nicht nachweisbar. Es dürfte sich hier ebenfalls um einen pemphigusartigen Blasenausschlag auf wahrscheinlich neurotischer Grundlage handeln.

SINGER hält die Bezeichnung «Spontangangraen» hier nicht zutreffend, da directe Läsionen den nachfolgenden Erscheinungen vorausgegangen seien. Die hier aufgetretene Gangraen seit mit den Befunden in Einklang zu bringen, nach welchen zur Hervorbringung trophischer Störungen nicht centrale Läsionen nöthig sind, sondern solche in peripheren Nerven vollkommen ausreichen. Es gehe nicht an, den Begriff der Spontangangraen so weit auszubreiten und solche, wenn auch durch geringfügige Ursachen entstandene Fälle den neuro-paralytischen trophischen Störungen anzuschliessen.

HOCK bemerkt, dass sich die hysterische Gangraen meist auf äussere Anstösse entwickelt und Neigung zu Recidiven zeigt. Sehr oft werde aber die Hysterie den Patienten nur aufdisputirt, ohne dass diese wirklich hysterisch wären. Das Einstossen von Nadeln sei eine häufige Ursache der Gangraen. HOCK selbst hat einen solchen Fall gesehen, wo ein solcher Pemphigus hystericus auf den ganzen Körper übergieng. Auch bei Geisteskrankheiten wurde solche Gangrän beobachtet.

SINGER erinnert an einen von ihm im Wiener medicinischen Club vorgestellten Fall, von hysterischer Gangrän, bei dem er wiederholt Recidiven beobachtete und der mit Suicidium endigte. Wo eine directe Nervenläsion vorliegt, dürfe man nicht von Spontangangrän sprechen.

Doc. v. LIMBECK bemerkt, dass er den von SINGER erwähnten Fall auf seiner Abtheilung beobachtet habe. Die betreffende Patientin zeigte exquisive hysterische Zeichen. Betreffs der langsamen Heilung des Ulcus an der Mamma bei dieser Patientin müsse er bemerken, dass die Heilung keine Fortschritte zeigte, wenn der Verband lose anlag, wohl aber eine fortschreitende Heilung zu constatiren war, wenn der Verband fest war. Die Patientin scheine daher die Heilung selbst verhindert zu haben.

* * *

Dr. Pascheles: Zur Methodik des quantitativen Studiums der Resorption.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Unzulänglichkeit der gegenwärtigen, hiehergehörigen Methoden, den Vorgang des Eintrittes löslicher Stoffe in die Circulation nach seiner physikalischen Seite zu studiren, geht der Vortragende an die Erläuterung seines Verfahrens, das eine continuirliche, quantitative Untersuchung der Erscheinung gestattet. Gelingt es nämlich bei einer Salzlösung in constantem Volumen, von bestimmter Concentration, die einer stetigen Aenderung unterliegt, den jeweiligen Concentrationswerth zu bestimmen, ohne dabei die Concentration selbst zu ändern, so kann man, durch algebraische Ergänzung des ermittelten Salzgehaltes zum ursprünglich vorhandenen Werth, unmittelbar die hinzu- oder weggekommene Salzmenge berechnen. Zur relativen Bestimmung der jeweiligen Concentration dient die Messung der elektrischen Leistungsfähigkeit der Lösung, die mit genügender Annäherung eine einfache Function des procentischen Salzgehaltes darstellt. Das Princip wurde am menschlichen Körper in der Weise realisirt, dass durch einen kräftigen Strom die betreffende Salzlösung in die menschliche Haut (bei polarisationsfreier Anordnung) geschafft wurden und nach maximaler Kataphorese, erkennbar am absoluten Minimum des elektrischen Leitungswiderstandes der Haut, für den kräftigen ein schwacher Strom von vernachlässigbarer, kataphonischer Wirkung eingeführt wurde, der zur Messung des Widerstandes nach der vom Vortragenden angegebenen Methode der Stromverzweigung diente. So gelangt man zu Curven der Aenderungen der Leitungsfähigkeit (reciproker Werth des Widerstandes) in die Haut geschaffter Lösungen, die zugleich ein Bild der stattgefundenen Concentrationsänderungen liefern. Wie die einfache Betrachtung an Leichen und Lebenden unter gleichen Umständen ermittelter Curven erkennen lässt, sind die Concentrationsänderungen am Lebenden weit bedeutender als an der Leiche. Dieser Unterschied ist vornehmlich auf die Wirkung der Circulation zu beziehen, die durch die Beseitigung des diffundirten Salzes das Concentrationsgefälle steigert. PASCHELES erwähnt weiter die Möglichkeit mit der Methode bei vergleichsweiser, symmetrischer Application gleicher Lösungen den Einfluss gegebener oder gesetzter Circulationsänderungen zu studiren. Versuche mit verschiedenen Concentrationen eines Salzes und verschiedenen Salzen haben gezeigt, dass der Eintritt dieser Salze in die Circulation im Wesen einen Vorgang physikalischer Natur darstellt, hauptsächlich abhängig von Concentration und Diffussionsconstante. Die detaillirte Darstellung der überaus schwierigen Verhältnisse behält der Vortragende der eingehenden Behandlung des Stoffes vor. Die Untersuchungen wurden an der Abtheilung des H. Ord. Doc. Dr. R. v. LIMBECK ausgeführt.

Dr. Em. Mandl.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 30. October 1893)*.

Diskussion über den Vortrag des Prof. E. GRAWITZ:
Ueber die Anämien bei Tuberkulose und Carcinose.

Prof. LITTEN fragt, ob sich des Vortragenden Untersuchungen auch auf Krankheiten erstrecken, bei denen die rothen Blutkörperchen sehr rapide zu Grunde gehen, wie bei acuten Krankheiten, Verbrennungen etc., und ob in diesen Fällen eine Vermehrung des Hämoglobins im Blute nachweisbar war. Die klinischen Untersuchungen haben LITTEN immer ein negatives Resultat ergeben, selbst in den am schleunigsten verlaufenden Fällen von perniciöser Anämie.

Prof. GRAWITZ: Die Frage über den Verbleib des gelösten Hämoglobins im Blute ist eine sehr wichtige und interessante, doch ist das von GRAWITZ nach dieser Richtung gewonnene Material noch ein geringes. In den Fällen mit langsamer chronischer Auflösung der rothen Blutkörperchen, wie bei der Anämie der Phthisiker und der Carcinomatösen, ist ein Nachweis des Hämoglobins im Urin bisher nicht erfolgt; man nimmt an, dass die geringen Mengen des in den Blutkreislauf übergegangenen Hämoglobins durch die Leber ausgeschieden werden. Beim acuten Zugrundegehen der rothen Blutkörperchen dagegen muss das Hämoglobin eine gewisse Zeit im Blut gelöst kreisen. Bei paroxysmaler Hämoglobinurie trifft man das purpurrothe Blut an und kann es als Hämoglobin nachweisen. Bei einem an Malaria leidenden Manne, bei welchem in wenigen Tagen die Zahl der rothen Blutkörperchen von 5 auf 1 Million verringert wurde, liess sich eine erhebliche Hämoglobinurie als Folge des rapiden Zugrundegehens der rothen Blutkörperchen nachweisen. Endlich hat GRAWITZ eine junge Frau beobachtet, welche puerperal-septisch inficirt war und im Verlaufe weniger Stunden zu Grunde ging. Patientin hatte einen theerfarbenen Urin, ganz mit Hämoglobin gefüllt. Das ihr entnommene Blut zeigte ganz extreme Verhältnisse: im Cubikmillimeter waren 300.000 rothe Blutkörperchen zu finden; das Serum war ganz und gar von Hämoglobin erfüllt. Diese Hämatolyse bezieht GRAWITZ auf eine foudroyante Einwirkung der septischen Stoffe auf das Blut.

* * *

Dr. Rosin: *Epilepsie im Gefolge von Herzkrankheiten.*

Es handelt sich um eine Patientin, welche im vergangenen Jahre im Alter von 62 Jahren ihrem seit 13 Jahren bestehenden Leiden erlag. Bis zu ihrem 49. Lebensjahre war sie vollständig gesund gewesen; sie war in keiner Weise hereditär nervös belastet, hatte niemals an Lues gelitten.

Die Erkrankung begann mit Anfällen von paroxysmaler Herzarythmie, welche zunächst als Herzneurose aufgefasst und mit dem Klimakterium in Zusammenhang gebracht wurde. Die Anfälle fingen ganz plötzlich an, das Herz begann unregelmässig und schnell zu schlagen, bis nach einigen Stunden dieser eigenthümliche Herzschlag ganz plötzlich wieder aufhörte, und vollständiges Wohlbefinden eintrat. Objective Symptome nur während des Anfalls und zwar Blässe des Gesichts, heller dünner Urin. Subjektiv klagte Patientin über Unbehagen, zumal sie den schnurrenden Herzgang fühlte. Herztöne rein, Urin frei von Eiweiss. Verschiedene Curen zur Beseitigung der Nervosität blieben ohne Erfolg; die Anfälle nahmen mehr und mehr zu. Die Annahme einer Myodegeneratio cordis wurde zur Gewissheit, als nach 6 Jahren die Herzarythmie beständig wurde und zugleich eine geringe Verbreiterung des Herzens nach rechts und links, sowie ein klappender zweiter Aortenton konstatirt wurde. Diese Herzarythmie wurde aber noch volle 7 Jahre scheinbar gut vertragen. Patientin konnte ziemlich weite Wege zurücklegen, auch hin und wieder Treppen steigen. Asthmatische Anfälle, anginöse Beschwerden waren nicht zu konstatiren. Patientin ist nur an der Complication i. e. der Epilepsie zu Grunde gegangen. Diese trat schon im 3. Jahre nach dem ersten Entstehen der Tachykardie und zwar des Nachts in Form eines im Schlaf sich einstellenden epileptischen Anfalls auf. Patientin schrie auf, fiel in tonische und klonische Zuckungen, denen ein tiefer Sopor folgte, nach dessen Nachlassen sie wieder einschlief und am nächsten Morgen ohne eine Ahnung von dem Vorgefallenen erwachte; nur war sie erstaunt, dass sie unter sich gelassen hatte. Auffallend waren zahlreiche Sugillationen der ganzen Haut des Halses und des oberen Theils der Brust, welche während des Anfalls entstanden waren.

ROSIN hat später noch einen zweiten Patienten kennen gelernt, welcher jeden Monat einmal an der Haut des Kopfes, des Halses und der Brust eine Menge von Sugillationen zeigte. Er schloss aus der Analogie mit dem ersterwähnten Falle auf epileptische Anfälle und die weitere Beobachtung bestätigte diese Annahme. Patient hatte stets bei Nacht im Schlafe ohne Ahnung seitens seiner Angehörigen einen epileptischen Anfall, der sich am nächsten Morgen mit ausgedehnten Blutungen in die Haut äusserte. Auffallend war in beiden Fällen, dass die Haut vom unteren Theil der Brust an frei war. Diese Erscheinung erklärt ROSIN aus der alleinigen Entstehung der Blutung in dem Gebiete der Vena cava superior, welche ihr Blut aus der Schädelhöhle und der oberen Extremität bezieht. Während des epileptischen Anfalls findet durch die verhinderte Respiration und den Druck des Zwerchfells eine sehr erhebliche venöse Stauung im Thorax statt, welche schliesslich zu den erwähnten Sugillationen Veranlassung gibt.

Was die Zahl der epileptischen Anfälle bei der ersterwähnten Patientin anbetrifft, so erfolgten in den übrigen 10 Jahren nach dem Auftreten des ersten Anfalls nur noch 7, und zwar der zweite nach 5jähriger Pause. Sämmtliche Anfälle traten während der Nacht auf. Im letzten 8. Anfalle trat der Tod ein; Patientin ging im Koma zu Grunde. Ausser den grossen ausgebildeten Anfällen kamen noch lavirte Formen vor.

Sie begannen mit einer Aura im Hals und in der Magengegend und bestanden in einer momentanen, nur Sekunden hindurch anhaltenden Blässe, verbunden mit Hallucinationen. Bei dem Auftreten von Epilepsieen im Verlaufe von Herzkrankheiten liegt die Vermuthung eines ursächlichen Zusammenhangs sehr nahe. Auch waren die sonstigen für Epilepsie verantwortlichen ätiologischen Momente hier nicht zutreffend. Die Ursache der Epilepsie ist noch nicht genügend geklärt, doch pflegt man die einzelnen Arten derselben noch nach ätiologischen Momenten zu unterscheiden: 1. die Intoxikationsepilepsie in Folge chronischer Vergiftung durch Alkohol, Blei etc.; 2. die Infektionsepilepsie z. B. nach Lues; 3. die traumatische wie die JACKSON'sche Rindenepilepsie; 4. die Gruppe der Epilepsieen in Folge von Circulationsstörungen im Gehirn, nach heftigen Embolieen, Apoplexieen, während des Wachsthums von Hirntumoren, bei multiplen Sclerosen etc. LÉPINE hat neuerdings Epilepsieen beschrieben, welche durch heftige Congestionen nach dem Kopf bei manchen an Plethora leidenden Menschen entstehen; 5. die Reflexepilepsie, von sexuellen Reizungen des Genitaltractus ausgehend. Diese 5 Gruppen ist man geneigt als symptomatische Epilepsieen aufzufassen. Diesen ist die 6. Gruppe der genuinen Epilepsien entgegenzustellen, welche nur im jugendlichen Alter auftreten und ausser der hereditären Belastung keinerlei ätiologische Momente aufweisen.

Den mitgetheilten Fall reiht ROSIN in die 4. Gruppe ein, in der Idee, dass die Epilepsie in Folge einer Circulationsstörung im Gehirn entstanden sei. Es scheint allerdings ziemlich selten zu sein, dass das Hirn bei Herzkrankheiten in functioneller Weise betroffen wird. In dieser Beziehung bildet die Chorea in Folge von Herzkrankheiten, bei welcher es sich jedenfalls um einen Reizungszustand der motorischen Bahn des Hirns handelt, gewissermassen den Uebergang zur Epilepsie bei Herzkrankheiten. In der Literatur fand ROSIN 12 einschlägige Fälle. Schon LEMOINE hat auf den Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten aufmerksam gemacht.

Die Prognose der Erkrankung ist im allgemeinen ungünstig zu stellen. In den meisten Fällen der Literatur trat nach einigen Jahren der Exitus ein. Dennoch kann man durch die Therapie die Erkrankung einigermassen aufhalten. ROSIN gelang es in dem betreffenden Fall, durch Brom eine Erhaltung der Patientin zu bewerkstelligen. Solange die Kranke unter Brombehandlung stand, trat auch kein epileptischer Anfall auf. LEMOINE empfiehlt einen energischen Gebrauch von Digitalis und hat die Anfälle dadurch auf $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr hinausgeschoben.

(Fortsetzung folgt.)

*) Nach dem Berichte der «Deutschen Medizinal-Zeitung». Nr. 91. 1893.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen.

Nach dem neuesten wissenschaftlichen Standpunkte und zahlreichen eigenen Studien und Untersuchungen.

Dargestellt von **Dr. Ernest Finger,**
Docent an der Universität in Wien.

Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien 1893.

Die auf exacte, pathologisch-anatomische und klinische Studien gestützte Darstellung des gonorrhoischen Processes, in welcher zum ersten Male die fundamentalen Fortschritte der ätiologischen und pathologischen Forschung eine einheitliche Würdigung erfahren und die Therapie zum ersten Male auf der Basis rationeller Indicationen und Principien fundirt erscheint, hat der vorzüglichen Monographie FINGER's in kürzester Zeit eine allgemeine Anerkennung und weiteste Verbreitung gesichert. So kann es nur neuerdings als ein beredtes Zeugniss für den Werth und die Brauchbarkeit des Werkes betrachtet werden, dass sich nach kaum zweijähriger Frist die Nothwendigkeit herausstellte, der zweiten Auflage eine dritte folgen zu lassen.

Obgleich wir nun in dieser Auflage weder principiellen Aenderungen noch wesentlichen Umarbeitungen begegnen, so lässt sich doch in den meisten Abschnitten die nachhelfende, ergänzende Hand des um die Ergründung des gonorrhoischen Processes verdienten Autors erkennen, der durch eingehende Berücksichtigung der, bis in allerjüngster Zeit gemachten Fortschritte und Erfahrungen, bestrebt war auch diese Auflage auf der Höhe zu erhalten.

Als die werthvollste Bereicherung der Auflage jedoch ist die auszugsweise Erörterung der pathologisch-anatomischen Veränderungen der an chronischer Blennorrhoe erkrankten männlichen Urethra hervorzuheben, deren Pathologie und Histologie bisher nur aus einzelnen ungenauen Untersuchungen bekannt, erst durch die systematischen Untersuchungen FINGER's, eine wissenschaftlich erschöpfende, gediegene Darstellung erfahren hat. (Archiv für Dermatol. und Syphilis. Ergänzungshefte. Pars anterior 1891 Nr. 1; Pars posterior 1893 Nr. 1)

Der Schlussfolgerungen, die sich aus den Untersuchungen des Verfassers ableiten lassen, sei hier in aller Kürze gedacht: Die chronische Urethritis stellt sich im Wesentlichen dar als ein herdweiser chronischer Entzündungsprocess des subepithelialen Bindegewebes, mit einem ersten Stadium der kleinzelligen Infiltration, der Bindegewebsproliferation und einem zweiten Stadium der Schrumpfung und Schwielenbildung — der Bildung cirrhosirendem Bindegewebes.

In die obersten Schichten des subepithelialen Bindegewebes localisirt, verläuft der Process auch der Hauptsache nach in diesem. Doch vermag die chronische Bindegewebsneubildung sich an und um Lacunen, Drüsen, um den Utriculus, die Ductus ejaculatorii, in bedeutende Tiefe fortzusetzen und indem sie auch hier in das zweite Stadium der Schrumpfung übergeht, wesentliche Veränderungen der Wand der genannten Drüsen und Drüsenausführungsgänge zu bedingen.

Neben diesen für den Process essentiellen Veränderungen sind noch zwei Reihen von Erscheinungen zu nennen, die sich theils als complicatorische, theils als consecutive darstellen.

Als complicatorisch ist aufzufassen die Erkrankung der Drüsen der Urethra, des Caput gallinaginis, die theils als rein desquamativer, theils als desquamativ-eitriger Catarrh abläuft. Ebenso die catarrhalische Erkrankung der Schleimhaut der Urethra.

Die consecutiven Erscheinungen sind bedingt durch die im subepithelialen Bindegewebe erfolgende Schwielenbildung. Hierher gehört die herdweise Erkrankung des periurethralen und cavernösen Gewebes, die Umwandlung des Cylinderepithels der Urethra und des Caput gallinaginis in Plattenepithel, die Zerstörung der Lacunen und oberflächlichen Drüsen, die Obliteration der Mündung des Utriculus und der Ductus ejaculatorii. Die Herde chronischer Urethritis fand Verfasser mit Vorliebe in Pars pendula, Bulbus und Pars prostatica localisirt; während sich die Pars membranacea dem chronischen Process gegenüber relativ immun erweist. (In 32 Fällen chronischer Urethritis fanden sich nur zweimal leichte, oberflächliche, unwesentliche Veränderungen.)

Zwei, der Originalarbeit entnommene instructive Tafeln, veranschaulichen in getreuer Wiedergabe die angedeuteten histologischen Details, so dass die Neuauflage, deren Ausstattung die Signatur der bekannten Eleganz der Verlagshandlung an sich trägt, auch nach dieser Richtung hin eine schätzenswerthe Bereicherung erfahren hat.

Dr. G. Nobl.

Syphilis und Prostitution.

Vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege.

Von **Dr. A. Blaschko.**

Verlag von S. Karger. Berlin 1893.

Es ist zweifellos, dass eine social so wichtige Frage wie es die der Prostitution ist, nicht von Aerzten allein gelöst werden kann; als eine nicht sehr glückliche Idee des Verfassers muss es aber bezeichnet werden, wenn er den ersten Theil seines Buches einer populär-wissenschaftlichen Darstellung der «Geschlechtskrankheiten» widmet, um so das grosse Publikum zum Mitrichter auch in dem rein ärztlichen Theile des Problems anscheinend zur Genüge vorzubereiten.

Wir überschlagen dieses Capitel und wenden uns gleich zu dem über die «Controlle» der Prostituirten. Wir lernen im Verfasser einen entschiedenen Gegner des Bordellwesens kennen, ohne aber von der Ansicht des Autors überzeugt zu werden. Der letztere citirt nämlich Alle Jene, welche mit ihm übereinstimmen — darunter freilich anerkannte Autoritäten — ohne die zum Worte kommen zu lassen, welche aus gewichtigen Gründen die Bordellirung der Prostituirten empfehlen, obgleich die Zahl derer nicht gering ist.

Wenn das Factum citirt wird, dass in Leipzig ein Untersuchungsarzt eine Prostituirte, die er eine halbe Stunde zuvor in einem Bordell als syphilitisch beanstandet hatte, in einem anderen Bordell, wo man die Inspection «nicht erwartet» hatte, vorfand, so ist das lediglich für die in genannter Stadt herrschenden Zustände charakteristisch, berechtigt aber durchaus nicht zu allgemeinen Schlüssen.

Es reicht dies jedoch nicht hin, des Verfassers Verdienst zu schmälern, das er sich erworben, indem er dieses so eminent wichtige Capitel bearbeitet hat; eine reiche Fülle statistischer Daten, reglementarischer Bestimmungen für die Prostituirten aus verschiedenen Zeiten und Ländern, sowie manche recht praktische Vorschläge zu Neuerungen machen die Lectüre dieses Werkes jedem, der sich für das Problem der Prostitution interessirt, sehr empfehlenswerth.

A. P.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen

umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen.

Unter Mitwirkung von Fachgenossen, bearbeitet von

Dr. med. P. Baumgarten
o. ö. Professor der Pathologie an der Universität Tübingen.

Siebenter Jahrgang 1891.

Verlagsbuchhandlung für Naturwissenschaft und Medicin von Harald Bruhn. Braunschweig 1893.

Der vorliegende Jahresbericht von 1891 ist wohl der voluminöseste von allen bisher erschienenen Jahrgängen, ein Band von mehr als 2000 Seiten. Das von Jahr zu Jahr constatirbare Anwachsen des Berichtes könnte fast Befürchtungen erregen, dass die Uebersehbarkeit des Materiales darunter Schaden leidet.

Indess dürfen wir nicht vergessen, dass das Jahr 1891 in Folge der KOCH'schen, die medicinische Welt bewegenden Entdeckung des Tuberkulins und der schier unübersehbaren, an diese Entdeckung sich anschliessenden Literatur eine Ausnahme bildet, beträgt doch die Literatur über das Tuberkulin selbst mehr als 200 Seiten. Wir wollen somit des Autors in der Vorrede gegebene Versicherung, dass an ein derartiges dauerndes Anschwellen des Jahresberichtes nicht zu denken sei, mit Freude registriren.

Wir wollen auch an dem Versprechen nicht zweifeln, nach welchem der Autor durch Heranziehung weiterer Arbeitskräfte in

Aussicht stellt, dass die nächsten Jahrgänge in dem darauffolgenden nächsten halben Jahre erscheinen werden. Wird dies wohl möglich sein? Es ist nicht nothwendig hervorzuheben, welch enorme Vortheile das raschere Erscheinen des Jahresberichtes für die mi Bacteriologie sich beschäftigenden medicinischen Kreise bringen würde.

Im Uebrigen ist der Jahresbericht in seiner Anlage derselbe geblieben, das besagt Alles. Die Referate knapp, dennoch erschöpfend, sachlich und was nicht zu unterschätzen ist, durch Anbringung von Anmerkungen ausserhalb des Referattextes wird der Zusammenhang mit den Berichten der früheren Jahrgänge auf das vortheilhafteste erhalten. Druck und Ausstattung sind vollkommen.

Dr. M. Hajek.

Grundriss der Augenheilkunde,

ein Compendium für Studirende und Aerzte.

Von **Dr. G. Guttmann** in Berlin.

Mit 93 Figuren im Text und einem Durchschnitt des Auges.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Den weitgehendsten Anforderungen, welche der praktische Arzt sowohl, als der Student an ein Lehrbuch zu stellen berechtigt sind, wird das vorliegende Werk in vollstem Masse genügen. Bei prägnantester Kürze hat es der Autor verstanden, insbesondere den praktisch-klinischen Theil des Buches in ausserordentlich plastischer Weise darzustellen, so dass das Büchlein als eine zugleich anregende Lectüre bezeichnet werden kann.

Mit besonderer Sorgfalt sind die Erkrankungen der tiefen Theile des Auges behandelt. Zahlreiche, sehr gelungene Abbildungen so insbesondere ein ganz musterhafter Durchschnitt des Auges (nach FLEMMING) tragen wesentlich zum Verständnisse des Textes bei. Die Ausstattung ist durchwegs eine gefällige. *Dr. A. Pollak.*

Zeitungsschau.

Aus dem deutschen gerichtlich-medicinischen Institute in Prag.

Dr. Max Richter (Assistent am Institute): **Verletzungen aus „Zufall" oder „Nothwehr" und ihre gerichtsärztliche Begutachtung.** (Prager med. Wochenschr. Nr. 39, 1893).

In manchen Fällen kann an den Gerichtsarzt die Nothwendigkeit herantreten, sich darüber zu äussern, ob eine bestimmte Verletzung durch Zufall oder im Zustande der Nothwehr oder durch einen rechtswidrigen Angriff enstanden ist. Meist wird es sich hiebei um bestimmte Angaben eines Beschuldigten handeln, über deren Richtigkeit im Zusammenhalten mit dem anatomischen Befunde die Entscheidung zu treffen sein wird.

Einen Fall dieser Art theilt Verfasser in Folgendem mit:

Am 26. Mai gegen $^1/_2$9 Uhr Abends fiel der 19 Jahre alte Schlossergehilfe J. F. den 17jährigen Typographen F. Č. mit seinem Stocke an. In der nun entstehenden Balgerei fielen beide zu Boden In diesem Momente stiess F. einen Schrei aus und liess seinen Gegner, auf dem er lag, los. Beide sprangen auf, F. fiel jedoch sofort mit dem Gesichte nach abwärts zu Boden und starb nach wenigen Minuten.

Die Section ergab an der sehr kräftig gebauten Leiche als wichtigsten Befund folgende Verletzung:

Daumenbreit nach links von dem obersten Winkel der Magengrube eine schlitzförmige, 13 *mm* lange, scharfrandige, spitzwinkelige Trennung der Haut in der Richtung von innen und oben nach links und unten. Die Verletzung dringt durch das Unterhautzellgewebe, nach links aufwärts durch den 6. Rippenknorpel, durch den Herzbeutel, der etwa 50 *kcm* flüssiges Blut enthält, in das Herz. Daselbst findet sich Daumenbreit über der Spitze, rechts von der vorderen Herzfurche eine 12 *mm* lange Trennung mit scharfen Rändern, welche sich mittelst eines ebenso breiten Canals nach links und oben bis in die linke Höhle fortsetzt, woselbst sie mit einem scharfrandigen 14 *mm* langen Schlitz offen endigt. — Im linken Pleura rann etwa 1 *l* flüssigen Blutes. Die inneren Organe ziemlich anämisch.

Das vorgewiesene Taschenmesser schien völlig geeignet die beschriebene Verletzung zu verursachen.

Der Thäter gab an, er habe während der Balgerei, bloss um dem übermächtigen Gegner zu drohen, das Messer aus der Tasche gezogen, und zwar mit der linken Hand, weil er den rechten Arm zur Abwehr der gegen ihn geführten Schläge benöthigte, dann habe er, das Messer in der linken Hand halten, mit dem Daumen dieser Hand die Messerklinge aufzuklappen gesucht, wobei ihm dieser zwischen Klinge und Heft gerieth. In diesem Augenblick seien sie beide zu Boden gestürzt und dabei sei das Messer dem Getödteten in die Brust gedrungen.

Der Thäter selbst, klein und schwächlich, zeigte bei der Untersuchung Schwellungen des Nagelgliedes des linken Daumens, der Nagel blutunterlaufen, auf demselben ein linear quer über die Lunula verlaufender Ritz.

«Es wurde sonach das Gutachten dahin abgegeben, dass — — siehe Original Seite 474, Spalte 2, Punkt 1., 2., 3., 4. a), b), c)».

Der Thäter wurde freigesprochen.

Der Fall bietet neben dem sonstigen Interessanten ein Beispiel der ziemlich seltenen Nagelverletzungen und ihrer forensischen Bedeutung. Der hier vorgefundene lineare Ritz auf dem Daumennagel sprach für die Richtigkeit der Angaben des Beschuldigten, während Schwellung und Blutunterlaufung allein auch anderweitig im Verlauf der Rauferei hätten entstehen können.

Zufällige Verletzungen in dem hier beschriebenen Sinne sind in der Literatur mehrfach verzeichnet (HOFFMANN, MASCHKA, Caspar LIMAN u. A.), dagegen sind Verletzungen, wo der Gerichtsarzt zu entscheiden hat, ob Nothwehr im Spiele war oder nicht, seltener.

Verfasser führt zwei derartige Fälle aus der Literatur an, den einen von DEVERGIE, wo ein Mensch, der einen anderen durch einen Stich in die Weichen getödtet hatte, sich selbst einen seichten Schnitt in der Gegend des manubrium sterni beibrachte, um seine That als Nothwehr erscheinen zu lassen und wo aus Lage und Richtung der Wunde geschlossen wurde, dass der Thäter sich dieselbe wahrscheinlich selbst zugefügt habe — und einen zweiten von BLÜMLEIN, wo ein Wildhüter einen Waldfrevler durch einen Schrotschuss verletzt hatte und angab, der Wilddieb habe, als er den Heger erblickte, das Gewehr gegen ihn zum Anschlag erhoben, so dass er sich zum Schutz des eigenen Leibes genöthigt gesehen habe, auf den Wilderer zu schiessen. Aus der Vertheilung der Schrotschusswunden bei dem Letzteren wurde auf die Richtigkeit der Angaben des Hegers geschlossen. *B. S.*

P. Klamann (Luckenwalde): **Zur Impfung.** (Allgemeine Medicinische Central-Zeitung Mr. 83, 1893.)

I. Postvaccinales Exanthem.

Ein 12jähriger Knabe wurde am 17. Mai vorigen Jahres in der Schule geimpft. Am dritten Tage nach der Impfung erkrankte er mit hohem Fieber an einer Anschwellung des ganzen linken Armes. Zugleich entwickelte sich ein feines, fast wie Scharlachfrieseln aussehendes Exanthem, welches sich über den ganzen linken Arm, die vordere Seite des Thorax und über einen grossen Theil des Rückens ausbreitete. Complicirt war dieses Exanthem mit einer unbedeutenden catarrhalischen Angina ohne besondere Betheiligung der Tonsillen; die Zunge war vollständig feucht und leicht belegt. Als ich den Patienten am 25. Mai sah, fand ich die Pusteln in Eiterung begriffen, geöffnet und den Arm noch stark geschwollen. Das Allgemeinbefinden war kein schlechtes; die Temperatur betrug in der Achselhöhle 39 Grad. Am 27. war das Exanthem ganz verschwunden und der Kranke ohne Fieber und bei guter Stimmung, auch nahm die Schwellung des Armes bald ab.

Scharlach und Erysipel musste Verf. in diesem Falle dem ganzen Verlauf nach ausschliessen. Wir hatten es mit einem bei Revaccinirten selten auftretenden postvaccinalen Exanthem zu thun.

II. Schmerzhaftigkeit der Impfnarben.

Dass die Impfnarben längere Zeit empfindlich bleiben, wird wohl häufiger beobachtet. Solche Empfindlichkeit kann sogar viele Jahre hindurch bestehen.

Ein ganz eigenartiges Verhalten sah Verf. bei einem 12 jährigen Knaben, welcher im Juni 1890 geimpft worden war. Vier Wochen nach der Impfung schwollen die Narben an und rötheten sich, ohne dass der Knabe eine Ursache hierfür angeben konnte. Bei einer länglich geformten Narbe trat dieser Process besonders deutlich auf dieselbe erhob sich ca. 1 Millimeter über die Oberfläche der umgebenden Haut, wurde glänzend und schliesslich entwickelte sich auf derselben eine nässende Papel, während die anderen Narben blass blieben. Dieser Vorgang wiederholte sich von Zeit zu Zeit, wobei dann immer ein starker Juckreiz auftrat. Ichthyolcollodium, welches einige Wochen hindurch auf die Narbe gepinselt wurde, führte Heilung herbei.

III. Erkrankung an Variola vera ein Jahr nach der erfolgreichen Impfung.

In der Familie eines Gärtners wurde 1865 ein einjähriger Knabe geimpft und zwar mit vollständigem Erfolg, indem sich alle Pocken regelrecht entwickelten. 1866 traten in Folge des Krieges die Pocken in dem Orte, wo diese Gärtnerfamilie wohnte, auf. Ein erwachsenes Mädchen einer anderen in demselben Hause wohnenden Familie erkrankte an den Blattern. Der betreffende Knabe, welchem der Zutritt zu der Kranken eines Tages gestattet wurde, inficirte sich ebenfalls und erkrankte schwer an den Blattern trotz der ein Jahr vorher vollzogenen erfolgreichen Impfung, die ihn nun doch vor allen Gefahren schützen sollte. In englischen Pockenepidemien soll ja auch ähnliches beobachtet sein.

Aus dem klinischen Laboratorium der Universität Basel.

F. Suter und H. Meyer: Beiträge zur Physiologie der normalen Harnsecretion beim Menschen. (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd. 32. Heft 3 und 4. 1893.)

Die Verfasser hatten die seltene Gelegenheit, während längerer Zeit bei einem fünfjährigen Knaben, der wegen Blasenektopie auf der Abtheilung des Professor Socin sich befand, den Harn beider Nieren getrennt auffangen und untersuchen zu können.

Der Mechanismus der Harnentleerung aus den Uretheren gestaltete sich folgendermassen:

Der Urin tropfte nicht continuirlich aus den Uretheren, sondern entleerte sich ruckweise. Und zwar folgte einer Entleerung immer eine verschieden lange Pause, in welcher kein Urin erschien. Der rechte und linke Urether wechselten in ihrer Entleerung ziemlich regelmässig ab. Das Anzeichen einer Urinportion wurde durch eine leichte Streckbewegung der Uretherpapille, durch eine Art Errection eingeleitet. Dann schossen einige Tropfen im leichten Strahle heraus, während der letzte Tropfen nach Ablauf der Contraction zögernd hervortrat und an dem wieder erschlafften Zäpfchen herunterrann.

Die unterbrochene Gewinnung des Urins dauerte 3½ Tage. Tag und Nacht waren die Verfasser bei dem Patienten, um das Harnsammeln überwachen zu können. Der aus beiden Nieren während dieser Zeit ausgeschiedene Harn betrug 1787·25 *ccm*. Um eine Vergleichung der Thätigkeit der beiden Nieren nach möglichst verschiedenen Richtungen hin möglich zu machen, wurden folgende Bestimmungen ausgeführt:

1. Messen der Urinmengen;
2. Bestimmung des specifischen Gewichtes;
3. der Acidität;
4. des Harnstoffes und
5. des Phosphorsäuregehaltes.

Die stündlichen Harnmengen der rechten und linken Niere wurden von den Verfassern in einer Tabelle angelegt.

Grössere Differenzen liessen sich dort constatiren, wo mehr Urin secernirt wurde. Die grösste absolute Differenz findet sich am dritten Versuchstage zur Zeit der intensivsten Thätigkeit der Nieren, Morgens von 10—11 Uhr. Sie beträgt 5·5 *ccm* bei einer Harnmenge von 36, resp. 30·5 *ccm*. Relativ sehr grosse Differenzen beobachteten die Verfasser am vierten Versuchstage; und dabei ist das Auffallende, dass die Minderausscheidung erst die rechte, dann die linke Niere betrifft, während sonst in der grossen Mehrzahl der Fälle das Plus der Ausscheidung auf Seiten der rechten Niere ist.

Von den in 48 Stunden ausgeschiedenen 1787·25 *ccm* Urin fällt auf die linke Niere 40·75 *ccm* weniger als auf die rechte. Das bedeutet ein Minus der Harnausscheidung von nicht ganz 0·5 *ccm* pro Stunde zu Ungunsten der linken Niere. Die absoluten Differenzen der einzelnen Tage differiren ziemlich stark; dagegen die procentischen sehr wenig.

Die specifischen Gewichte sind in der Mehrzahl der Fälle gleich oder differiren nur sehr wenig. Die grösste Differenz im specifischen Gewichte fand sich am vierten Tage und zwar 1033 und 1030·5 *ccm*.

Was die Acidität betrifft, so zeigten sich hier bedeutende Differenzen, die zwei Mal beinahe 50 % betrugen. Einen weniger sauren Harn lieferte immer die linke Niere.

Die Harnstoff- und Phosphorsäurewerthe waren selten absolut gleich, die Unterschiede jedoch meist sehr gering. Die Differenzen des Harnstoffgehaltes hielten sich stets in den Centigrammen, die der Phosphorsäure stets in den Milligrammen. In der Mehrzahl der Fälle lieferte die rechte Niere einen etwas concentrirteren Harn, als die linke.

Vergleicht man die Gesammt-Harnstoff- und Phosphorsäuremengen, die innerhalb von Perioden von sechs Stunden ausgeschieden wurden, so lässt sich der Schluss ziehen, dass die beiden Nieren in gleichen Zeiten ungefähr gleiche Flüssigkeits-Harnstoff- und Phosphorsäuremengen liefern.

Trotz der gesunden Differenzen glaubt Verfasser, dass die beiden menschlichen Nieren in gleichen Zeiten gleichviel Harn liefern, der gleichviel Harnstoff- und Phosphorsäure enthält.

Zum Schlusse fasst Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen die Factoren zusammen, durch welche die Function der Nieren beherrscht wird.

Diese sind folgende:

1. Beschaffenheit des Blutes, Reichthum desselben an Wasser und an harnfähigen Stoffen.
2. Der Blutkreislauf der Nieren, abhängig vom allgemeinen Kreislauf (Blutdruck, Stromgeschwindigkeit, Herzaction, Blutmenge) und von localen Bedingungen (Vasomotoren der Nieren).
3. Etwaige directe Nerveneinflüsse auf die Drüsenzellen.
4. Sogenannte Disposition, d. h. die augenblickliche functionelle Leistungsfähigkeit der Nierenepithelien (vom Ernährungszustand und anderen Momenten abhängig.

Rosenstadt.

Quincke: Ueber puerperale Hemiplegien. (D. Zeitschr. f. Nervenh. IV. 3 u. 4.)

Im Anschluss an mehrere Beobachtungen und Berücksichtigung der Literatur unterscheidet Quincke drei Formen, dieser ziemlich seltenen Affection.

Während der Geburt entstehende Hemiplegien. Dabei dürfte die andauernde Steigerung des Blutdruckes zur Zerreissung von kleinsten Gefässen führen, besonders wie Quincke glaubt von Venen.

Die während des Wochenbettes auftretenden Hemiplegien sind durch Circulationsschwäche mit Anämie und Thrombose zu erklären. Diese heilen rasch bei Besserung der Circulation.

Manche Fälle sind embolischen Ursprungs durch Recrudescenz alter endocarditischer Processe (bei vorhandenen Herzfehlern), während die sogenannte puerperale Endocarditis (Septica) nur ganz ausnahmsweise zur Embolie führt.

Rudolf Kolisch.

Aus dem Institut für Allgemeine Pathologie an der Universität zu Catania, Vorstand Prof. **Ughetti.**

Alonzo: Ueber die Alteration der Nieren und der Leber in Folge Ligatur des Ductus choledochus. (Riforma Medica 1893, Bd. III. Nr. 53 und 54).

Auf Grund eingehender experimenteller Untersuchungen über diesen Gegenstand gelangt Dr. Alonzo, Assistent am obigen Institute für Allgemeine Pathologie zu folgenden Schlussfolgerungen:

Auch beim Hunde, gleichwie bei anderen Thieren, treten in Folge der Ligitur des Ductus choledochus destructive Herde, in der Leber, ebenso im ganzen Organe grössere degenerative Alterationen auf; nur stellen sich diese Veränderungen beim Hunde später als anderen Thieren ein.

Nicht alle Leberelemente werden von derselben Art der Degeneration befallen: einige erleiden die Fettdegeneration, andere die Vacuolisation.

Auch beim Hunde findet eine Bindegewebsentwicklung statt, die zum geringen Theile von der am Ligaturpunkte hervorgerufenen und nach oben hin vorgeschrittenen Entzündung, zum grossen Theile jedoch von einer Reaction in Folge der in dem Leberparenchym platzgegriffenen degenerativen und destructiven Vorgängen und der in demselben stattfindenden Circulationsstörungen herrührt.

Als Folge der Ausscheidung der Galle durch das Nierenemunctorium treten in der Niere Alterationen auf, die zu einer Autointoxikation des Thieres Anlass geben können. Diese Alterationen gehen von den Tubuli aus; viel später erfolgt bindegewebige Neubildung.

Die Thiere, deren Ductus choledochus man unterbunden hat, leben nicht lange. Fälle von längerer Lebensdauer, sind auf einen geringen Grad von Wiederherstellung der Wegbarkeit des Gallenganges zurückzuführen. In diesem Falle wechseln einigermassen die Erscheinungen und die Vorgänge in der Leber.

Beim Menschen finden analoge Alterationen statt, wofern der Icterus persistent ist; zu den Erscheinungen der Cholämie und Acholie gesellen sich recht bald jene der Urämie. *D. A.*

Wl. Gajkiewicz (Waschau): **Ein zweiter Fall von Akromegalie.** (Gazeta Lekarska Nr. 31, 1893.)

In Anschlusse an die ausführliche Darstellung eines genau beobachteten einschlägigen Falles bespricht Verfasser dieses Leiden als eine allgemeine, kein Organ verschonende, früher oder später sämmtliche Gewebe des Organismus ergreifende, langdauernde, progressive Krankheit, welche unaufhaltbar zu Cachexie und Atrophie führt.

Im Beginne sind nur die peripheren Scelettknochen, die der Hände, der Füsse und des Gesichtes ergriffen, später werden auch die andern Knochen mitinficirt, am spätesten vielleicht die des Schädels. Ausserdem unterliegen auch diesem Uebel die Weichtheile, Haut, Unterhautzellgewebe, Muskeln und innere Organe. Die Krankheit beruht auf einer Hypertrophie des Bindegewebes, welche in den Knochen den Charakter dichten Knochengewebes annimmt, keine Verlängerung, sondern eine Verdickung derselben verursacht und später rareficirt.

In der Haut unterliegen sämmtliche Schichten der Hypertrophie, wofür auch das starke Schwitzen spricht. In Nervensysteme hypertrophirt die Neuraglia, welche langsam Atrophie der Nervenelemente herbeiführt

Ausserdem fand man bei dieser Krankheit Hypertrophie des Herzens, Atheromatosis der Blutgefässe, Varices u. s. w. Vergrösserung der Lymph-Schild-Thymusdrüsen, der Glandula pituitaria, welche Letztere gewiss mit Ursache für die so häufigen und quälenden Kopfschmerzen in dieser Krankheit ist. Die so allgemeine Verbreitung des Leidens spricht für eine allgemeine Krankheit, eine Trophoneurose. Ursache unbekannt. *Sp.*

Robinson: Ueber Verlauf und Behandlung gewisser urämischer Erscheinungen. (Americ. Journ. 1893, Nr. 258.)

Vorerst wird die Aufmerksamkeit auf eine Reihe von leichteren Erkrankungen verschiedener Art gelenkt, bei denen ein organisches Nierenleiden nicht nachweisbar war. Häufig wiederkehrender Kopfschmerz, andere Neuralgien, chronische katarrhalische Erkrankungen des Respirationstractes, schliesslich die bisweilen recht schweren Erscheinungen nach einem begangenen Diätfehler, ist ROBINSON geneigt, bei Fehlen eines anderen ätiologischen Momentes, auf mangehafte Ausscheidung von Zersetzungsproducten des Organismus durch die Nieren zurückzuführen. Es handelt sich hier also um eine functionelle Erkrankung der Nieren, um eine Insufficienz der Nierenthätigkeit. Der Harn zeigt oft keine pathologischen Veränderungen; bisweilen ist seine Menge vermehrt oder vermindert. Albumen findet sich nicht oder in Spuren; Nierenelemente fehlen. Der gegebenen Indication, Zersetzungsproducte aus dem Körper zu entfernen, wird durch dargereichte Abführmittel genügt. Aber auch von Diureticis, wie Ammoniumacetat, sah ROBINSON einen günstigen Erfolg, zumal wenn die Diurese gleichzeitig durch flüssige Nahrung befördert würde.

Im Verlaufe eigentlicher organischer Nierenerkrankungen können die dabei auftretenden schweren Erscheinungen, wie Oppressionsgefühl und Athemnoth einmal auf Erlahmen des meist hypertrophischen Herzens zurückgeführt werden.

Die Herzaction ist unregelmässig und frequent, die Pulsspannung im Vergleiche zur Dicke des Gefässes gering, der Harn spärlich. Hier ist die vorsichtige Anwendung von Digitalis oder Coffëin am Platze. In einer anderen Reihe von Fällen dagegen, charakterisirt durch hohe Gefässspannung, regelmässige, kräftige Herzaction und dabei doch geringer Harnmenge, ist ein Erlahmen der Nierenthätigkeit selbst mit Retention giftig wirkender Substanzen im Organismus anzunehmen. Hier sind Diuretica, z. B. Colchicin, zu reichen. Hat man Ursache, aus einer ganz abnorm hohen Pulsspannung auf Krampf der kleinen Nierengefässe zu schliessen, so wäre Amylnitrit und Nitroglycerin zu empfehlen.

Den Gebrauch von Opiaten — insbesondere Morphin subcutan — will ROBINSON auf die Fälle von Urämie mit schweren Hirnerscheinungen, als allgemeine Krämpfe und Bewusstseinsstörung beschränkt wissen. *W. Sch.*

Tagesnachrichten und Notizen.

Sir Andrew Clark

Präsident des «Royal College of Physicians», London.

SIR ANDREW CLARK wurde als der Sohn eines praktischen Arztes in Aberdeen geboren. Die Mutter SIR ANDREW CLARK's überlebte nicht seine Geburt, und sein Vater starb, als der Knabe 7 Jahre alt war. Er wurde von einem Stiefvater und von einer Stiefmutter erzogen, und es scheint, dass seine Kindheit eine ziemlich freudlose war. Er besuchte die Schule in seiner Vaterstadt, Aberdeen, und absolvirte seine medicinischen Studien in Aberdeen und Edinburgh, wo er durch die zahlreichen Preise, die er bei den Preisausschreibungen für wissenschaftliche Leistungen gewann, auf seinen eifrigen Fleiss und auf seine hohe Begabung die Aufmerksamkeit seiner Lehrer und Collegen auf sich lenkte.

Nach Absolvirung seiner Studien wurde CLARK Demonstrator der Anatomie an der Universität Edinburgh unter der Leitung des berühmten Robert KNOX und war auch während einiger Zeit Assistent von Dr. HUGHES BENNETT an der Lehrkanzel für Pathologie.

Dr. BENNETT übte auch einen grossen Einfluss auf CLARK's wissenschaftliche Laufbahn aus, indem er ihm ein Muster exacter klinischer Beobachtung war und sein Interesse für pathologische Histologie anregte.

Um diese Zeit erkrankte CLARK unter den Anzeichen einer Lungenkrankheit, aus welchem Grunde er sich als Chirurg auf die königliche Marine aufnehmen liess.

Nach einigen Reisen nahm er den Posten eines Pathologen beim königlichen Marine-Hospital in Haslaran, wo er den Gebrauch des Mikroskops bei klinischen und pathologischen Arbeiten lehrte.

Im Jahre 1853 folgte er einem Rufe nach London als Curator des soeben errichteten Museums des «London Hospital». Hier, wie in jeder Sache, die er unternahm, legte er seine ganze Energie an den Tag, prüfte und beschrieb von neuem die vorhandenen Präparate und ordnete das Museum.

Bis auf die letzte Zeit trugen viele der Präparate Inschriften von seiner eigenen Hand. Die Studenten und die Aerzte des Spitals erkannten allsogleich, dass der junge Schottländer in ihrer Mitte kein gewöhnlicher Mensch sei. Er hatte ursprünglich beabsichtigt, sich ausschliesslich der Pathologie zu widmen, aber im Jahre 1854 wurde die Stelle eines Assistenzarztes am Hospital vacant, und CLARK wurde dazu angeregt diesen Posten anzunehmen.

In demselben Jahre erwarb er sich auch den Doctorgrad an der Universität in Aberdeen und im darauffolgenden Jahre wurde er zum Mitgliede des «Royal College of Physicians» in London gewählt.

Als er sein Amt als Assistenzarzt antrat, brachte er die Methoden der klinischen Untersuchung, die er sich in Edinburgh angeeignet hatte, mit, und bei seinen wissenschaftlichen Arbeiten machte er beständig von dem Mikroskope Gebrauch, welches zu jener Zeit bei wissenschaftlichen Forschungen noch wenig in London im Gebrauche stand.

Vor Allem waren alle seine Arbeiten von einem glühenden Enthusiasmus beseelt, der auch auf all' Die, welche unter ihm arbeiteten, einen grossen Einfluss ausübte.

Die gründliche Art, auf die er seine Patienten behandelte, die Art und Weise, wie er den Urin in jedem Falle chemisch und mikroskopisch untersuchte, bilden einen Theil der Geschichte des «London Hospital». Was auf Die, welche mit ihm zu jener Zeit zusammen arbeiteten, einen besonderen Eindruck machte, war die minutiöse Genauigkeit, die Gründlichkeit und die Schnelligkeit, mit der er seine Diagnose stellte.

Bald nach seiner Ernennung zum Assistenzarzt wurde er zum Pathologen des «London Hospital» ernannt, und die Gründlichkeit seiner Untersuchungen und seine besonders grosse Gabe zu demonstriren, zogen auch eine grosse Zahl von Aerzten ausserhalb des Spitals mächtig an, die seinen Sectionen mit Eifer beiwohnten. Inzwischen wurde er auch zum Lehrer im «Medical College» ernannt. Er war der Nachfolger des verstorbenen Dr. W. B. CARPENTER auf dem Lehrstuhle der Physiologie, und seine theoretischen Vorlesungen zeigten dieselbe Klarheit und erregten dasselbe hohe Interesse wie sein praktischer Unterricht. Seine Antrittsvorlesung über «Körper, Seele und Geist» machte unter den Aerzten viel von sich sprechen, und CLARK erwarb sich dadurch eine grosse Berühmheit als ein Mann von ausgesprochener Orginalität der Ansichten und metaphysischer Untersuchungsgabe. In den späteren Jahren finden wir ihn als Professor der inneren Medicin, welche Stelle er jedoch, in Folge seiner vielfältigen Beschäftigung nur einige Jahre inne hatte.

Im Jahre 1866 zeichnete sich CLARK durch seine Untersuchungen über die Cholera aus, die damals im Ostende Londons wüthete. Seine Hingebung zu seinem Berufe, brachte ihn damals auch in Berührung mit Mrs. GLADSTONE, die sich an dem Rettungswerke mit Eifer betheiligte, und auf diese Art wurde CLARK mit der Gemahlin des berühmten englischen Premier bekannt.

CLARK wurde hierauf auch der ärztliche Rathgeber des grossen Staatsmannes, was ihm eine besonders grosse Privatpraxis und eine seltene Popularität in London verschaffte.

Im Jahre 1883 verlieh ihm die Königin von England, nachdem sie von seiner hervorragenden Stellung unter den Aerzten und von seinen hohen Verdiensten um die medicinischen Wissenschaften erfahren hatte, auf die Anregung GLADSTONE'S hin, die Ehre und den Titel eines Barons.

Es würde uns viel zu weit führen, hier auf die mannigfachen Verdienste CLARK's um die innere Medicin und die Pathologie einzugehen, obleich CLARK in die Kategorie jener grossen Gelehrten und Forscher hineingehört, die wenig schreiben, und wir können nur dem Bedauern Ausdruck verleihen, dass mit dem Hinscheiden Sir ANDREW CLARK's England im Speciellen und die medicinische Welt im Allgemeinen einen der grössten Pathologen der Neuzeit verliert. *L.*

---

* **Universitäts- und Personal-Nachrichten**

— Krakau. Der Bezirksarzt und Universitätsdocent Dr. L. Poniklo wurde zum Director des St. Lazarus-Krankenhauses ernannt.

— Berlin. Zum ersten Prosector am I. anatomischen Institut wurde Prof. Hans Virchow, zum zweiten Dr. Broesich, zum Custos Prof. W. Krause ernannt. — Als Privatdocent für Hygiene habilitirte sich am 17. d. M. das ordentliche Mitglied des königlichen Gesundheitsamtes, Regierungsrath Dr. Ohlmüller mit einer Antrittsvorlesung über Wasserversorgung. Ohlmüller ist früherer Schüler und Assistent Gottlieb Merkel's in Nürnberg.

— Tübingen. Prof. Dr. J. v. Säxinger feiert am 26. November das 25jährige Jubiläum als Professor und Vorstand der Frauenklinik.

— Rostock. In der medicinischen Facultät habilitirte sich der Prosector am anatomischen Institut, Dr. med. Friedrich Reinke mit einer Antrittsvorlesung über die Structur des Zellkernes.

— Paris. Dr. Landouzi wurde zum Professor der Therapie und der Medizin ernannt.

— London. Zum Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Professors der Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. John Williams in London, ist Dr. Herbert R. Spencer ernannt worden.

— Constantinopel. Der französische Arzt Dr. Nicole wurde zum Director des bacteriologischen Institutes ernannt.

— Moskau. Zum Nachfolger des Professors der Chirurgie Sklifaskowski ist der bisherige a. o. Prof. Dr. Alexander Bobrow ernannt worden.

* **Aerztliches Vereinsleben in Wien.** Bei der am 20. d. M. im Hörsaale Prof. Stricker's abgehaltenen wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medic. Doctorencollegiums schickte der Vortragende Prof. Stricker seinem mit Demonstrationen verbundenen Vortrage: «Ueber die Entstehung des Eiters» einige Bemerkungen voraus, welche die zum Unterrichte nöthigen Mittel betrafen. Vortragender besitzt ein System von Tafeln, die sich über- und gegeneinander verschieben lassen. Vor der Vorlesung zeichnet er nun die zu demonstrirenden Figuren mittels Farben und Pinsel auf dieselben, um sie den Hörern ersichtlich zu machen. Von grösserer Wichtigkeit sei, dass jetzt in das Haus ein mächtiges Stromkabel geleitet ist, mittels welches ein starker Gleichstrom in den Hörsaal geführt wird, der eine mächtige Fülle von Licht gibt, welches fast dem Tageslichte nahekommt. Die Vergrösserung ist eine 5000—10.000fache und wird einmal durch ein stärkeres Okular, das anderemal durch ein stärkeres Objectiv vermittelt. Dem Vortrage Stricker's folgte eine Demonstration von Bacillenculturen durch Dr. Hasterlik. Beide Vorträge finden sich an anderer Stelle dieses Blattes. — Die Sitzung des Wiener medic. Clubs am 22. d. M., welcher Docent v. Limbeck, nachdem er einige warme Dankesworte für seine Wahl zum Vorsitzenden an die Versammlung gerichtet hatte, präsidirte, brachte nebst einigen interessanten Demonstrationen und der Discussion über intermittirende Albuminurie den Vortrag des Dr. Pascheles: «Zur Methodik des quantitativen Studiums der Resorption». Der ausführliche Bericht findet sich an anderer Stelle dieser Nummer. — Bei der am 24. d. M. unter dem Vorsitze Prof. Hofmokl's abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte, demonstrirte Dr. Narath einen interessanten Fall von operirter Dünndarm-Vaginalfistel, worauf Prof Lorenz zwei Fälle von geheiltem Klumpfuss und einen fast vollständig geheilten Fall von congenitaler Hüftgelenksluxation vorstellt. Docent v. Hacker demonstrirt zuerst einen Fall, bei welchem an dem durchschnittenen Nervus Medianus die Naht mit Erfolg ausgeführt wurde, hierauf ein ziemlich grosses Aneurysma poplitenuo. An der hierauf auf der Tagesordnung stehenden Discussion: «Ueber Aneurysmen» betheiligten sich die Herren Primarius Dr. Schopf, Hofr. Albert und Hofr. Dittel. Der ausführliche Bericht findet sich in der nächsten Nummer.

* **Wien. 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.** In einer am 13. d. M. abgehaltenen Versammlung unter Vorsitz der Professoren v. Kerner und Exner hat sich der wissenschaftliche Ausschuss der ärztlichen Sectionen constituirt. Der Beginn des Kongresses wurde auf den 24. September 1894 festgesetzt.

* **Wien. Aerztekammerwahl.** Das Centralwahlcomité versendet folgende Mittheilung: «Nachdem sämmtliche ärztliche Vereine Wiens, sowie mehrere freie Aerzteversammlungen dem «Central-Wahlcomité» die Namen jener Collegen zur Kenntniss gebracht haben, deren Wahl in die Wiener Aerztekammer sie der Aerzteschaft Wiens durch das Comité empfehlen, ist an

das letztere die schwierige Aufgabe herangetreten, aus der grossen, die gesetzlich normirte Anzahl der zu wählenden Kammermitglieder und Ersatzmänner um etwa das Doppelte übersteigenden Zahl dieser Namen jene Männer auszuwählen, welche demselben durch ihre Erfahrung auf ärztlich-socialem Gebiete, Arbeitslust und Arbeitskraft, Charakter und Ansehen die sicherste Gewähr bieten, die Stimmen der Wähler zu vereinigen. — Das aus den Delegirten der einzelnen Vereine und Versammlungen bestehende «Central-Wahlcomité», welches sich nunmehr definitiv constituirt hat, glaubte dieser Aufgabe auf dem Wege einer Probewahl aus den ihm vorliegenden Listen seiner Mandatare in unparteiischester und liberalster Weise zu entsprechen und hiedurch den stets peinlichen Discussionen über Personalfragen vorzubeugen. Die Zusammensetzung des Comités, das sich aus Vertrauensmännern der gesammten Aerzteschaft Wiens recrutirt, bürgt dafür, dass dieser Modus den berechtigten Wünschen aller Wähler Rechnung tragen werde. Die Namen der aus der Probewahl hervorgegangenen Candidaten werden zu jener Candidatenliste vereinigt werden, welche das «Central-Wahlcomité» sämmtlichen Wählern zur Wahl in die erste Aerztekammer der Reichshaupt- und Residenzstadt empfohlen wird.»

* Paris. Am 20. November ist hier ein Congress eröffnet worden, der sich Nationaler Congress zur freien Ausübung der Medicin nennt. Die Organisatoren appelliren nicht nur an alle Diejenigen, welche die Medicin frei ausüben, wie Magnetiseure, Masseure etc., sondern auch an jene Kranken, die durch nicht diplimirte Praktiker geheilt worden sind. — So berichtet die Medécine moderne. — Nach den offenbaren Tendenzen der Einberufer war es allerdings schwer möglich, sich auch an diejenigen Kranken zu wenden, welche trotz Behandlung von Seite der undiplomirten Praktiker — nicht geheilt worden sind. Aber interessant wäre es jedenfalls, was diese Krankgebliebenen zu erzählen hätten.

* Moskau. Der Professor der Gynäkologie und Geburtshilfe an der Moskauer Universität, Dr. A. M. Makejew, hat zum Bau einer Kirche bei den neuen Universitätskliniken auf dem Jungfernfelde in Moskau 100.000 Rubel gespendet.

* Ungarisches Archiv für Medicin. Das 1. Heft des II. Bandes enthält folgende Original-Mittheilungen: 1. Dr. Karl Kétli: Ueber die antimalarische Wirkung des Methylenblau; 2. Dr. Julius Kóssa: Ueber ein chemisches Gegenmittel bei Cyan-Vergiftung; 3. Dr. Julius Kóssa: Ueber die physiologische Wirkung des Pikrotoxins; 4. Dr. Karl Schaffer: Ueber Veränderungen der Nervenzellen bei experimentellen chronischen Blei-, Arsen- und Antimonvergiftungen; 5. Dr. Géza Békésy: Zur Identitätsfrage der Blattern und Windpocken; 6. Dr. Alexander v. Korányi: Beiträge zur Lehre der cerebralen Lähmungen; 7. Alexander Szili: Apparat zur Untersuchung des Elektrodonus; 8. Dr. Jos. Neumann: Antipyrin als Localanästhetikum für den Kehlkopf und Rachen; 9. Dr. Wilh. A. Meisels: Cornutinum citricum gegen Spermatorrhoe.

* Todesfall. In Halle starb der Vorstand der gynäkologischen Klinik, Prof. Dr. Rudolf Kaltenbach.

* Influenza. Aus verschiedenen Theilen Deutschlands wird das Auftreten der Influenza gemeldet. Auch in England ist sie wieder epidemisch, insbesondere in Birmingham, doch ist ihr Verlauf ein milder.

* Cholera-Nachrichten. Wien. Aus Budapest ist auf dem Schifffahrtwege ein Cholerafall in Wien eingeschleppt worden. Auf einem am 21. November l. J. aus Budapest angelangten Schleppschiffe befand sich der Matrose Stephan Bogardi, welcher Tags darauf wegen choleraverdächtiger Erkrankung in das Kaiser Franz Josefs-Spital abgegeben wurde Stephan Bogardi hat hier das Land nicht betreten. — Oesterreich-Ungarn. In der Woche vom 14.—21. November war in Galizien wieder eine grössere Zahl von Choleraerkrankungen zu verzeichnen, als in der Vorwoche, der grösste Theil, fast die Hälfte der Erkrankungen entfiel auf den Bezirk Staremiasto und hier auf die Gemeinde Chyrow. Die Gesammtzahl der Neuerkrankungen betrug 49 gegen 41 in der Vorwoche, die Zahl der Todesfälle 16, von denen 15 auf die in der Berichtswoche Erkrankten, 1 auf früher ausgewiesene Kranke entfiel. — In der Bukowina sind 5 Erkrankungen und 4 Todesfälle an Cholera vorgekommen. — Ungarn. In der Woche vom 1.—7. November ist die Zahl der Neuerkrankungen und Todesfälle an Cholera bedeutend zurückgegangen. Während in der vorausgegangenen Woche aus 67 Gemeinden 237 Erkrankungs- und 144 Todesfälle angezeigt wurden, ist in der ersten Novemberwoche die Zahl der Gemeinden auf 35, jene der Erkrankungen auf 64, die der Todesfälle auf 31 gesunken. — Auch in Bosnien ist die Cholera im Rückgange begriffen. In der letzten Octoberwoche sind der vorausgegangenen Woche gegenüber um 60 Personen weniger erkrankt, die Zahl der Todesfälle hat sich um 19 vermindert. — Deutsches Reich. Choleraerkrankungen werden gemeldet aus dem Kreise Niederung (Ostpreussen) in Andreischken 2 (1), Endreischken 1, aus dem Kreise Labiau in 2 Orten am Kurischen Haff 2 tödtlich verlaufene Fälle; aus Stettin, Gartz a. O., Göritz, je 2, aus Grabow, Gollnow, Stepenitz je 1 Fall; aus Wollin 11 (2), Warsow 2, aus 2 Orten des Kreises Angermünde 3 (1) Fälle, aus Potsdam 1 Erkrankung mit tödtlichem Ausgang. Im Elbestromgebiet kam in Altona, Harburg und Rathenow je 1 tödtlich verlaufener Fall vor. Am 11. November kam in Geesthacht (Ortschaft des Hamburgischen Staates) 1 Cholerafall vor. — England. Während der Woche vom 28 October bis 3. November ist kein weiterer Fall von Cholera oder choleraartiger Diarrhöe vorgekommen. — Italien. Die Cholera-Epidemie in Palermo soll erloschen sein. Zwischen 26. October und 2. November wurden noch 67 Erkrankungs- und 41 Todesfälle ausgewiesen. Die Gesammtzahl der Erkrankungen betrug 968, jene der Todesfälle 507. — Türkei. Während die Choleraerkrankungen in Constantinopel seltener werden, hat die Epidemie in Eski-Cheir an Ausbreitung zugenommen.

Dieser Nummer liegt ein Prospect über neuere medizinische und naturwissenschaftliche Werke und Zeitschriften aus dem Verlag von R. Oldenbourg in München und Leipzig, bei.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

REINES AETHYLCHLORID

für lokale Anästhesie.

Sichere Wirkung. — Absolut ungefährlich. (1310)
Heilung der Neuralgien, Ischias etc.
Atteste v. berühmten Aerzten, Chirurgen und Zahnärzten aller Länder.

HAUPTDEPOTS:

WIEN: Dr. A. Rosenberg's Apotheke zum „König v. Ungarn" I., Fleischmarkt I. PRAG: Ph. Newinny's Nachf. B. Müller, Brentegasse. BUDAPEST: Dr. Fischer Samu zur „Hunia", Elisabeth-Ring 56

Gilliard, P. Monnet & Cartier
La Plaine bei **Genf** (Schweiz).

PATENTIERT.

Application für locale Anästhesie von Prof. Dr. Redard.



Röhren à 10 u. 30 grs mit Metallverschluss oder mit Gummi-Ring. Wegen Preise u. Litteratur verlange man den Prospektus.

Schering's Piperazin,

vorzügliches Lösungsmittel für Harnsäure, Harngries und harnsaure Harnsteine. Dasselbe löst sieben Mal mehr Harnsäure als Lithion, daher von Aerzten empfohlen gegen **harnsaure Diathese und Folgezustände.**

Schering's Phenocoll. hydrochloric.

D. R. P. 59121

vorzügliches Antipyreticum, Antineuralgicum, Antinervinum. «Bewährtes Mittel bei Malaria.»

Benzonaphtol puriss.

für innerlichen Gebrauch nach Professor Ewald.

Laevulose, Zucker für Diabetiker.

Chloralamid Ph. G. III D. R. P. No. 50586, vorzügliches Schlafmittel. (Chloralamid darf nur in **kaltem** Wasser gelöst werden und ist am besten vorher fein zu zerreiben.) Brochüren über obige Präparate stehen auf Wunsch zu Diensten. Zu beziehen durch die Apotheken und Droguenhandlungen.

Formalin-Schering (Formaldehyd) ausgezeichnetes Antisepticum und Desinficiens, wirkt fast wie Sublimat und ist dabei relativ ungiftig (cfr. Pharmac. Zeitung 1893. No. 22). Anwendung in 1/2, 1 und 2 %iger Lösung.

Litteratur über Formalin-Schering zu Diensten.

Jodrubidium (D. R. P. 66286).

Berlin N.

Chemische Fabrik auf Actien

(1333) **(vorm. E. Schering).**

Dr. Standke's wohlschmeckendes Ricinusöl 1/1 Flasche (circa 120·0) fl. —.60, 1/2 Flasche (ca. 60·0) fl. —.40.
Dr. Standke's wohlschmeckender Leberthran. 1/1 Flasche (circa 500·0) fl. 1.20, 1/2 Flasche (ca. 250·0) fl. —.70,

Beide Präparate sind von vielen Aerzten warm empfohlen.

Fabrikant: **Karl Fr. Töllner, Bremen.** (1408)

General-Vertreter: **C. Haubner's Apotheke «zum Engel», Wien, I.**

Dr. Martin Szigeti

Winter: **Abbazia.** (Neuer Bazar.)

Sommer: **Gleichenberg.** Villa Karlsruhe.

(1278)

Den P. T. Herren Dermatologen empfehle ich meine best bewährten

Collemplastra Marke „Austria"

Ausgezeichnet in London 1893: Ehrendiplom mit der grossen goldenen Medaille.

Vorzüge: Sichere Wirkung, grosse Klebkraft, absolute Reizlosigkeit, leichtes Anlegen. — Verderben und Ranzigwerden ausgeschlossen. — Mehr als 80 Sorten am Lager.

Den P. T. **Herren Chirurgen und Operateuren** empfehle ich als einzig **sicheres Verband-Materiale:** (1354)

Sterilisirte Bruns'sche Watta Ia,

Hydrophile sterilisirte „Austria"-Gaze

stets in doppelter Packung.

Sanitäts-Geschäft „Austria" **Hans Turinsky**

Wien, IX/3. Garnisonsgasse 1.

Verbandstoff-Fabrik. — Pharmaceutisches Laboratorium.

Dr. Hommel's Hämatogen

(Hämoglobinum depuratum sterilisatum liquidum).

Das vollkommenste aller existirenden Hämoglobinpräparate. Uebertrifft an Wirksamkeit **alle Leberthran- und künstlichen Eisenpräparate.** Ausserordentliches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene. **Energisch blutbildend. Mächtig appetitanregend. Die Verdauung kräftig befördernd. Grosse Erfolge** bei **Rhachitis, allgem. Schwächezuständen, Anämie, Herz-** und **Nervenschwäche, Reconvalescenz,** (Pneumonie, Influenza etc. etc.)

Vorzüglich wirksam bei **Lungenerkrankungen** als Kräftigungskur.

Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern gern genommen.

Dosen: Säuglinge 1—2 Theelöffel mit der Milch gemischt (nicht zu heiss!!) Grössere Kinder 1—2 Kinderlöffel (rein), Erwachsene: 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen wegen seiner eigenthümlich **stark appetitanregenden Wirkung.**

Versuchsquanta und Prospecte mit Hunderten von ärztlichen Gutachten den Herren Aerzten gratis und franco.

Nicolay & Co., chem.-pharm. Labor. **Zürich.**

Einige ärztliche Gutachten belieben Sie in Nr. 6 und 16 dieser Zeitschrift nachzulesen.

Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran.

Ol. jecoris jodoferrat. Lahusen

nur echt in **Originalflaschen** von 250 Gr. Inhalt à 1 fl versehen mit **Schutzmarke** und **verkapselt** mit dem **Namen** der **Fabrik Lahusen's Engel-apotheke in Bremen. Constanter Gehalt 2% Eisenjodür. Mit vorzüglichsten Erfolgen** angewandt gegen **Scrophulose, beginnende Tuberkulose, Anaemie, Rachitis, Energisches Kräftigungsmittel schwächlicher Person. Nachkur syphilitisch Erkrankter.** Atteste vieler Aerzte Deutschlands über **unübertroffene Wirksamkeit. Besondere Vorzüge: Milder Geschmack,** desshalb **anstandslos** von Kindern u. Erwachsenen **genommen, leicht verdaulich, benimmt nicht den Appetit** sondern **reget diesen an; frei von ungebundenem Jod.** Vorräthig in allen grösseren Apotheken, Proben u. Prospecte gratis.

Alles Nähere durch die **Hauptniederlage** für **Oesterreich** in **Wien:**

Dr. A. Rosenberg's Apotheke zum König von Ungarn

(1398) Wien, I., Fleischmarkt 1.

Papain (Reuss)

von **Böhringer & Reuss, Cannstatt,**



empfohlen laut Mittheilung des medic.-klinischen Institutes in München (cfr. Münch. Medic. Wochenschrift No. 29, 1893) bei **acutem u. chronischem Magenkatarrh, chronischer Dyspepsie, Carcinoma ventriculi** u. **Ectasia ventriculi** etc. Erhältlich durch alle Apotheken in Schachteln mit 6 Pulvern à 0·5 Gramm à 1 M. — **(Abzugeben nur auf Verordnung des Arztes.)** (1390)

Papain-Pastillen

in Schachteln à 20 St. à 0·15 Gramm à 1 M.

Dépôts: **Apotheker Pan, Meran-Obermais.**
» **Apotheker Dr. Rosenberg, Wien, I., Fleischmarkt 1.**

Mikroskope für die Herren Aerzte und Apotheker

in allen Grössen und Zusammenstellungen, sowie alle mikroskopischen Hilfsapparate empfiehlt in **Ia Qualität** zu billigst gestellten Preisen

LUDWIG MERKER, optisches Institut

(1285) (Gegründet 1886)

Wien, VIII., Buchfeldgasse 19.

(Ecke der Florianigasse.)

Mein neu erschienener Preis-Courant Nr. VII steht gratis und franco zur Verfügung.

Neueste Auszeichnung: Ehren Diplom der Gewerbe-, Ind.- u. landw. Ausstellung Aussig 1893.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9.

VII. Jahrgang. **Wien, 3. December 1893** **Nr. 49.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Zur Diagnose der symptomatischen Epilepsie.

Von

Dr. Pascault (Villerville)*)

Wann immer uns ein Epileptiker begegnet, ist es für die weiters einzuschlagende Behandlung von grösster Wichtigkeit, sowohl den Boden, auf dem sich die Neurose entwickelt hat, als auch ihre unmittelbaren Gelegenheitsursachen genau kennen zu lernen. Blos wenn diesbezügliche Nachforschungen erfolglos blieben, hat man das Recht — immer noch mit grösster Reserve — die Diagnose auf idiopathische Epilepsie zu stellen. Da die symptomatische Epilepsie der essentiellen Epilepsie gewöhnlich in allen äusseren Merkmalen gleicht, haben wir die für die Diagnose «symptomatische Epilepsie» massgebenden differential-diagnostischen Momente in den individuellen und hereditären Verhältnissen des Kranken, in eventuellen Diathesen etc. zu suchen

1. Beim Erwachsenen können eigenthümliche Besonderheiten, welche die Anfälle in ihrem Auftreten bieten, auf die richtige Spur leiten. Fallt z. B. ihr erstes Auftreten mit dem Eintritte der Mannbarkeit zusammen; erneuern sie sich mit Vorliebe während der Menses, dann wird man nach dem Rathe M. Lemoine's (Revue clinique thérap. 1893) durch Regeln der menstruellen Verhältnisse einzugreifen suchen, indem man die die Menses begleitenden oder ihnen vorangehenden Schmerzen zu verringern trachtet, indem man dort auf die Herzaction einwirkt, wo es sich um Störungen der arteriellen Spannung handelt. Hat man Ursache, eine bestehende Schwangerschaft für das Entstehen oder Wiedererscheinen der Anfälle verantwortlich zu machen, so darf man vor der Entbindung ein Milderwerden oder das gänzliche Aufhören der Anfälle erwarten.

*) Uebersetzt nach der «Revue Générale de Clinique et de Therapeutique» vom 1. November 1893 (Nr. 44).

Andererseits sehen wir bisweilen bei starken Essern, welche an Magenerweiterung leiden, den Anfall im Gefolge der schwerfälligen Verdauung und mit den Symptomen einer Magendisposition hereinbrechen, durch eine vom Magen ihren Ausgang nehmende Aura eingeleitet, begleitet von Erbrechen als Ausdruck eines überladenen Magens oder abnormer fermentativer Vorgänge im Verdauungstracte. Hier haben eine antiseptisch wirkende, gründliche Entleerung des Darmes (nebst Anregung aller übrigen Secretionen), sowie die Antiseptica im engeren Sinne des Wortes Anwendung zu finden. Vielleicht darf man manche derartige Anfälle zu andauernder Stuhlverstopfung in Beziehung bringen, wie sie bei chronischen Magenkranken und bei Arthritikern häufig ist. Manche meiner Kranken haben thatsächlich, wenn erst auf diesen Punkt aufmerksam gemacht, ausser Stuhlverstopfung, die indessen durch irritative Durchfälle verdeckt werden kann, auch noch ungewöhnlichen Gestank ihrer Stühle vor einem Anfalle angegeben. Darf man die für diese Fälle wahrscheinliche Autointoxication des Körpers nicht auch für die Erklärung der ausschliesslich Nachts auftretenden Anfälle anrufen? Handelt es sich hier, gerade wie bei nächtlich auftretender Dyspnoe, nicht vielleicht auch um eine typische Einwirkung des Harnes mit nachfolgender erhöhter arterieller Spannung? Weist der ungünstige Einfluss, den übermässige Zufuhr von Nahrungsstoffen auf die Entwicklung der Anfälle nimmt, nicht auch auf den toxischen Ursprung gewisser Fälle von Epilepsie hin? Möglicherweise besteht die Wirkungsweise der Infectionskrankheit, die man nach Marie (Univ. Med. 1892, Nr. 96) als Einleitung der Neurose so häufig erheben kann, gleichfalls in Zurücklassung einer relativen Funktionsuntüchtigkeit der zur Verarbeitung und Elimination der Abfallstoffe des Körpers berufenen Organe. Ist es nicht zu mindest ein bemerkenwerthes Zusammentreffen, dass das Uebel mit Vorliebe Leute befällt, die zu Schrumpfprocessen der drüsigen Organe prädisponiren, wie Arthritiker, an Luës oder Saturnismus Leidende? Dass man es so häufig im Endstadium der Nephritis als Gipfelpunkt urämischer Erscheinungen antrifft? Alles dies bleibt so lange Hypothese, bis man bei mehreren wohl ausgewählten Fällen von Epilepsie

eine ausschliesslich und consequent gegen die Autointoxication gerichtete Medication zum Zwecke des Experimentes durchgeführt haben wird. Erklären sich die mit Borax erzielten Erfolge — um noch eine Hypothese anzufügen — aus dessen antiseptischer Wirkung auf den Darm nicht leichter als aus seinen sedativen und alkalinischen Eigenschaften? Mit letzteren könnte freilich auch der günstige Erfolg bei Arthritikern in Einklang gebracht werden. Um diese verführerische Theorie der Autointoxication bei Epilepsie gleichwohl bei Seite zu lassen, muss dennoch festgehalten werden, dass gastro-intestinale Symptome bei gewissen Formen von Epilepsie eine bedeutsame Rolle spielen und wenigstens als Gelegenheitsursachen Aufmerksamkeit verdienen.

Nimmt die den Anfällen vorhergehende Aura ihren Ausgang immer von einer und derselben Stelle des Körpers, so wird man gut thun, diese Stelle einer genauen Untersuchung zuunterziehen, obwohl man dadurch nur selten eine vollkommen befriedigende Erklärung des Uebels findet. Ein mitbestimmendes Moment kann indessen häufig in einer vorgefundenen anatomischen Verletzung, etwa in einem in einer Narbe eingeschlossenen Nervenaste oder Aehnlichem sich ergeben. Anfälle, die sich mit ungewöhnlicher Häufigkeit wiederholen, verweisen auf Syphilis, die als ätiologischer Factor, insbesondere der Epilepsie der Kinder häufig mit ihm Spiele ist.

2. Anders, wenn derartige klare Anhaltspunkte fehlen. Da heisst es, durch sorgfältige anamnestische Erhebungen den Faden suchen, der zur Diagnose «symptomatische Epilepsie» leiten könnte. Der Kranke ist einem Kreuzverhöre von Fragen bisweilen recht delicater Natur zu unterziehen, wenn man durch irgend ein Moment auf die Möglichkeit einer acquirirten Luës, Alcoholismus oder Masturbation hingewiesen wird. Ich halte es für zweckdienlich, den Versuch zu machen, durch einen Blick auf das Gesicht und aus dem von dem Individuum erhaltenen Gesammteindrucke eine Vorstellung von seiner pathologischen Vergangenheit zu gewinnen.

Wir hatten einen schwächlichen und schlecht genährten Säugling vor uns, der von Convulsionen befallen wird, für die sich eine Ursache weder in Verdauungsstörung, noch in peripheren Reizen, noch in einer ausbrechenden fieberhaften Krankheit finden lässt. Die Diagnose, «symptomatische Epilepsie» lässt sich hier von vorneherein wohl schwer aufrechterhalten, sie wird aber dann mit Sicherheit zu stellen sein, wenn sich die Convulsionen in einer fast habituellen Weise wiederholen oder von Hemiplegien, Idiotie etc. gefolgt sind. Bei dem elenden, herabgekommenen Aussehen des Kindes wird man vor Allem auf drei Krankheiten zu achten haben, bei denen epileptiforme Anfälle symptomatisch auftreten: Syphilis hereditaria praecox, kenntlich durch chronische Coryza, Fissuren an den Lippen, Hauteruptionen an den Hinterbacken, an der Vola manus und Planta pedis, Tuberculose: Hier sind Convulsionen der Ausdruck einer Meningitis mit fast immer ungünstigem Ausgange (bemerkenswerth ist, dass Meningitis tuberculosa nach JULES SIMON unter zwei Jahren selten ist und dass es sich in solchen Fällen zumeist um Syphilis handelt). Drittens kommt Alkoholismus der Verwandten in der Ascendens oder der Amme in Betracht: Derartige Säuglinge bieten, gleich wie Erwachsene, Schlaflosigkeit und Unruhe als Symptome. In zweiter Linie kann es sich noch um Saturnismus der Eltern und Aehnliches handeln . . . Nur beiläufig sei erwähnt, dass bisweilen nicht an dem Kranken selbst, sondern blos an seinen Geschwistern sich jene Erscheinungen ausgeprägt vorfinden können, die geeignet sind, auf die richtige Spur zu leiten.

In einem vorgeschrittenen Alter, wo sich die epileptischen Symptome schon deutlicher differenziren, kann gleichfalls der allgemeine Habitus des kleinen Kranken bisweilen nützliche Hinweise auf die Diagnose «symptomatische Epilepsie» bieten. Handelt es sich um ein schlecht entwickeltes, im Wachsthum zurückgebliebenes Kind mit grossem Schädel und Gesichte, mit Hornhauttrübungen, unförmlicher Nase und chronischem Schnupfen, mit kleinen ausgezackten Zähnen und mehr oder minder ausgeprägter Schwerhörigkeit, so finden sich oft an den Tibien die für Syphilis hereditaria in ihrer Spätform charakteristischen Exostosen.

Beim Erwachsenen endlich kann uns eine in die Augen springende beiderseitige und symmetrische Paralyse der Vorderarmextensoren mit oder ohne Muskelatrophie mit Sicherheit auf Saturnismus hinleiten. Cachektisches Aussehen, Oedem der unteren Extremitäten im Gefolge atrophischer Lebercirrhose oder florider Phthise weisen auf Alkoholmissbrauch, der gleichfalls das Entstehen der hinfallenden Krankheit begünstigt. Auch zitternde Sprache, wurmförmiges Zucken der Lippen, Unsicherheit in der Ausführung willkürlicher Bewegungen können ein geübtes Ange auf die Vermuthung bringen, dass es sich um verheimlichten Alkoholmissbrauch handelt. Zittern in den Händen beim gerade Vorstrecken derselben, Erhebung von Vomitus matutinus, hartnäckiger Schlaflosigkeit, Alpdrücken, schreckhaften Gesichtshallucinationen werden die Diagnose sichern.

3. Gibt auch der Gesammteindruck des Kranken keinen verwerthbaren Anhaltspunkt, so hat man Organ für Organ, jeden Theil des Körpers einer genauen Untersuchung zu unterziehen. LEGRAND DU SAULLE stellte das Postulat auf, dass jedem Angeklagten, über den der Gerichtsarzt ein Gutachten abzugeben hat, die Kopfhaare kurz geschoren werden. Ohne soweit gehen zu wollen, ist doch eine sorgfältige Untersuchung der behaarten Kopfhaut dringend geboten. Eine Narbe deutet oft auf ein vor 5, 10—15 Jahren erlittenes, vom Kranken vielleicht vergessenes Trauma, das dem Arzte wichtig genug erscheinen kann, die Indication für einen chirurgischen Eingriff abzugeben.

Gewisse Deformationen des Schädels (kahn- oder kielförmiger Schädel) können sich an die Spätform der hereditären Syphilis anschliessen. Assymmetrie der Hirnkapsel ist bekanntlich ein wichtiges Degenerationsstigma bei alkoholischer, luëtischer oder neuropathischer Belastung, häufig mit Assymmetrie des Gesichtes, angewachsenen oder weitabstehenden Ohrläppchen und mancherlei anderen Entwicklungshemmungen vergesellschaftet. Genaue Untersuchung der suboccipitalen und der Lymphdrüsen am Halse kann auf Luës acquisita des Erwachsenen hinleiten. Zu den Ohren übergehend, hat man kurz die Gehörschärfe zu prüfen, die von Erkrankungen dieser Organe nur selten unberührt bleibt. Manche Epileptiker wurden durch Freimachen der pathologisch verschlossenen Ohrtrompete oder des äusseren Gehörganges geheilt. Beim Erwachsenen dagegen kann Taubheit als ein Symptom der HUTCHINSON'schen Trias auftreten und als solches durch Hornhauttrübungen (kératite interstitielle diffuse) gekennzeichnet sein. Die ophthalmoskopische und die Functionsprüfung des Auges kann sich gleichfalls in vielen Fällen nützlich erweisen. Bei der Nase haben wir schon die Wichtigkeit einer chronischen Coryza betont; von gleicher Bedeutung sind hier die Merkmale einer überstandenen Variola oder scrophulöser Diathese.

Diese, noch immer unvollständige Aufzählung jener Affectionen, welche dem Schädel und dem Antlitze bestimmte Merkmale aufprägen, mag genügen, die Wichtigkeit einer derartigen vorläufigen Untersuchung des Schädels zu bezeugen. Bei negativem Befunde hat man alle übrigen Organe Revue passiren zu lassen. Vom Digestionstracte haben wir schon gesprochen. Hinzuzufügen ist noch, dass man bei Kindern immer noch an die Gegenwart von Helminthen (Tänia, Ascaris, Oxyuris) zu denken hat, die für sich allein epileptische Anfälle auslösen können. Endlich das Circulationssystem, in dem Klappen- und Gefässerkrankungen indirect durch die dabei angewendeten gefässverengernden Heilmittel epileptiforme Krämpfe verursachen können.

Urethro-Genitaltract: Krankheiten des Uterus und seiner Adnexe beim Weibe, des Testikels beim Manne (Syphilis, Tuberkulose). Beiläufig sei noch Masturbation erwähnt, die, wenn sie das Uebel auch nicht erzeugen kann, immerhin geeignet ist, dasselbe zu unterhalten und zu verschlimmern.

4. Dieser letzte Punkt führt dahin, uns nach der Lebensweise des Patienten zu erkundigen, insbesondere mit Rücksicht

auf den Genuss geistiger Getränke, selbst in jenen Fällen, wo es sich nicht um eigentliche Alkoholiker handelt, da bei vielen Epileptikern schon mässiger Alkoholgenuss die Gelegenheitsursache für die Auslösung der Anfälle bilden kann. — Fragen nach seiner Beschäftigung decken bisweilen occulten Saturnismus auf. Man hat auf körperliche Ueberanstrengung zu vigiliren, wie bei Arbeitern und bei jungen Leuten, die ein zu bewegtes Leben führen. Auf geistige Ueberanstrengung bei Leuten, die sich für eine Prüfung vorbereiten, bei Künstlern, Handelsleuten, Speculanten. Auf allzu heftige Inanspruchnahme des Gefühlslebens im Gefolge von Kränkungen und Wechselfällen des Glückes.

5. Man hat schliesslich die allgemeinen physischen Verhältnisse des Kranken zu ergründen, arthritischer Diathese und neuropathischer Veranlagung nachzuspüren. Hier wird ein gegen das Grundübel gerichtetes Regime die antiepileptische Behandlung wirksam unterstützen.

Oft werden derartige Diathesen das einzig hervorstechende Merkmal sein, das sich aus einer peinlich genauen Untersuchung des Kranken ergibt. In diesem Falle wird man nicht umhin können, die Diagnose auf «essentielle Epilepsie» zu stellen. Mit einer bedauerlichen Häufigkeit wird man zu dieser Diagnose gedrängt bei jungen Leuten von 10, 15—20 Jahren, die blos durch allgemeine Degenerationszeichen als die unglücklichen Nachkommen von Neuropathikern, Alkoholikern oder Arthritikern sich kennzeichnen. Anamnestisch sind blos früh aufgetretene Convulsionen, meist im Gefolge einer acut fieberhaften Krankheit zu erheben; oft blieb durch mehrere Jahre eine Hemiplegie zurück, weitaus häufiger nur gesteigerte nervöse oder psychische Reizbarkeit und Muskelzuckungen in verschiedenen Nervengebieten. Dann folgten Schwindelgefühl, Abscesse, unbemerkt gebliebene nächtliche Anfälle mit Incontinentia Urinae, später ausgebildete epileptische Anfälle (grandes attaques), welche wohl die Familie des Patienten auf einmal in grosse Aufregung versetzten, für die diesem selbst aber jede Erinnerung fehlt, die aber nur zu oft frühzeitige Abnahme der intellectuellen Fähigkeiten herbeiführen und dadurch den Betroffenen in die Classe der Leute einreihen, die die französische Sprache mit einem Bilde als «Unschuldige» bezeichnet.

Formen und Diagnose des Ulcus Ventriculi.

Von

Prof. Germain Sée in Paris.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Die von den mit Ulcus behafteten Pat. erbrochenen Massen variiren je nach dem Falle; sie sind immer stark sauer und man findet in ihnen die nicht verdauten Amylacea.

Die von den Krebskranken ausgeworfenen Massen verbreiten oft einen fötiden Geruch. Die mikroskopische Untersuchung weist in ihnen zahlreiche epitheliale Elemente nach. Man hat auch behauptet, dass man darin auch die Krebszellen unterscheiden konnte; diese Behauptung von Lebert wird heute mit Recht bestritten.

Man hat in der letzten Zeit auch den Versuch gemacht, aus der Analyse des Urins nützliche Winke für die Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Cancer abzuleiten.

Man hat der Abnahme des Harnstoffs und der Chloride bei gewissen Kranken eine grosse Bedeutung beigemessen und man hat diese Veränderung als das Unterscheidungsmerkmal des Krebses betrachtet. In Wirklichkeit ist aber das Verhältniss dieser Elemente eng mit dem Ernährungszustande dieser Kranken verknüpft; die Krebskranken, die eine genügende Menge Nahrung zu sich nehmen können, bieten keine sehr ausgesprochene Verminderung des Harnstoffes und der Chloride dar, hingegen können die an Ulcus rotundum Leidenden, die häufig erbrechen, eine solche Verminderung der Elemente im höchsten Grade darbieten, so dass hier von nichts, das für den Krebs charakteristisch sein würde, die Rede sein kann.

Man hat gesagt, dass die Hyperchlorhydrie eine Verminderung der Chloride des Blutes zur Folge haben müsse und dass somit eine mehr ausgesprochene Ausscheidung der Basen durch den Urin stattfinden müsse. Quincke, Maly, Sticker, Hubner und Ferranoni haben diese Angaben bestätigen können. Gluzinski war der erste, der die Aufmerksamkeit auf das gänzliche Fehlen der Chloridreaction des Urins gelenkt hat, so dass in allen Fällen eine starke Alkalescenz des Urins und das Verschwinden der Chloridreaction auf eine tiefgreifende Veränderung der Functionen des Drüsenapparates des Magens hinweisen.

Man hat auch aus der Untersuchung des Blutes einige wichtige Anhaltspunkte für die Diagnose ableiten wollen. Laache fand bei der Untersuchung des Blutes der Krebskranken (1883) eine Abnahme der rothen Blutkörperchen und Lépine ein zeitweiliges Verschwinden zahlreicher Mikrocyten. Die Leukocythen sind relativ und absolut vermehrt und das Blut in seiner Gesammtheit bietet in seiner Zusammensetzung eine grosse Analogie mit dem Blute bei der Anämie und bei der Leukämie dar.

Die Abnahme des Hämoglobingehaltes soll auch sehr charakteristisch sein. Koeberlé (1888) ist der Ansicht, dass man bei einem Hämoglobingehalte des Blutes über 60 Percent berechtigt sei, den Krebs auszuschliessen, und Laker benützt den Percentsatz des Hämoglobingehaltes als Anhaltspunkt für sein chirurgisches Eingreifen. Oesterpray untersuchte nach dem Vorschlage von Ewald das Blut von 12 Krebskranken; 7 mal fand er eine Abnahme in der Zahl der rothen Blutkörperchen; 5 mal eine Vermehrung der Leukocythen: 11 mal eine Verminderung des Hämoglobingehaltes aber 2 mal constatirte er eine Vermehrung der Zahl der Blutkörperchen mit Bildung von Mikrocyten. Das Blut ist somit bei den Krebskranken verändert, aber nicht in einer specifischen Art, sondern ähnliche Veränderungen können sich auch beim Ulcus ventriculi und bei gewissen cachektischen Zuständen, wie z. B. bei der Tuberkulose, vorfinden.

2. Ulcus simplex und Gallensteine. Es kann Schwierigkeiten bereiten, das Ulcus von der Cholelithiasis zu unterscheiden, wenn kein Icterus vorhanden ist, und wenn man zufällig keine Gallensteine findet. Wenn aber hingegen der Icterus unter Schmerz auftritt, so kann man sich mit aller Sicherheit gegen Ulcus simplex ventriculi aussprechen, aber nicht gegen das Duodenum, wo man es oft genug beobachtet.

Die Natur des Schmerzes hat für die Diagnose keinen grossen Werth; bei der Cholelithiasis hängt der Schmerz nicht von der Art der Ernährung ab, überdies ist sein Sitz ein verschiedener; er erstreckt sich von der Medianlinie gegen die Lebergegend; in solchen Fällen gibt es keine schmerzhaften Punkte auf dem Dorsum. Der Schmerz kann den gastralgischen Schmerz vortäuschen und somit auch das Ulcus, wenn er die Magengrube zu seinem ausgesprochenen Ausgangspunkte hat.

3. Gastralgie. Dieselbe unterscheidet sich vom Ulcus durch das Fehlen der Hyperchlorhydrie, die leicht festgestellt werden kann, und die an und für sich die diagnostischen Fehler gestattet, die man täglich auf Unkosten des Ulcus stellt zu vermeiden.

4. Chlorose. Hier ist die chemische Beschaffenheit des Magensaftes eine sehr variable; bisweilen zeigt derselbe Hyperchlorhydrie, bisweilen Hypoacidität; man muss in diesem Falle die Momente, die sich aus der Diagnose der Beschaffenheit des Blutes ergeben, heranziehen.

* * *

Diagnose des Ulcus rotundum und der anderen Hyperchlorhydrien.

1. Die primäre Hyperchlorhydrie. Nach dem Studium des Ulcus pepticum und seiner Verwandtschaft mit der primären Hyperchlorhydrie kann man die Analogie der

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 45, 46, 48. 1893.

Zeichen beider Krankheiten leicht errathen. Ich wünsche drei dieser Zeichen besonders zu betonen: a) Die Sensation von Ziehen im Epigastrium mit Flatulenz zur regelmässigen Stunde am Ende der Magenverdauung. i. e. drei bis vier Stunden nach der Ingestion der Mahlzeit; dieser Schmerz und dieser Tympanismus, die man auch «stündlich» (horaire) nennen kann, sind so charakteristisch. (siehe meine «mémoire académique» vom 1. Mai 1888, mit MATHIEN und DURAND-FARDEL), dass man aus ihnen häufig vor der Extraction und der Analyse des Magensaftes die Diagnose der Hyperchlorhydrie ableiten kann; dasselbe gilt auch vom Ulcus; b) aber die paroxysmellen und spiessartigen Schmerzen und c) namentlich das Erbrechen sind beim Ulcus pepticum viel häufiger und schwerer als bei der Hyperchlorhydrie, welch' letztere selten zu einer Gefahr Veranlassung gibt, wie dies beim Ulcus simplex, wenn es in noch so geringem Grade hämorrhagisch ist, der Fall ist.

2. Anhaltende Hypersecretion oder Gastrosuccorrhoe. Es gibt eine Krankheit, welche vor zehn Jahren von REICHMANN und später von RIEGEL studirt wurde, die in zehn Fällen 7 mal von Hyperchlorhydrie begleitet ist, nämlich Gastrosucorrhoe oder die anhaltende Hypersecretion; sie tritt sogar dann auf. wenn die Nahrung den Magen bereits verlassen hat.

Der Magensaft selbst, wenn der die Nahrung nicht imprägnirt, reizt direct die Schleimhaut, namentlich wenn dieselbe ulcerirt ist und dies erklärt den Umstand, warum Kranke, die an andauernder Hypersecretion leiden, sich bei Nacht so schlecht befinden und über einen brennenden oder nagenden Schmerz klagen, der jedoch auf warme Getränke weicht, weil dieselben den zu sehr mit Säuren überladenen Magensaft auflösen; trotz der andauernden Reizung der Schleimhaut bilden sich keine Ulcera. HAYEM hatte versucht, die Identität beider Affectionen darzuthun, aber Niemand (einen Fall ausgenommen) hat Geschwüre im Gefolge dieser Gastrosuccorrhoen beobachtet.

Die consecutiven Schmerzen fehlen entweder ganz, oder sie sind von denen des Ulcus verschieden (BOUVERET). Zwei polnische Aerzte, KORCZINSKI und JAWORSKI (Archiv f. klinische Med. 1891), haben eine specielle Veränderung der Magendrüsen beschrieben; die Hauptzellen sind, wie sie angeben, degenerirt und geschwunden, während die Auskleidungszellen, i. e. die ausschliesslich secretorischen Zellen erhalten sind, sogar hypertrophisch mit vollständigem Erhaltensein des Kerns und des Protoplasmas. HAYEM hat diese Entdeckung bestätigt; die hypersecretorische Krankheit besitzt somit eine charakteristische anatomische Läsion.

Diese Läsion ist offenbar secundärer Natur, wie BOUVERET ausführt; der Secretionsapparat unterliegt einer erhöhten Reizung; bald darauf tritt eine Hypertrophie ein, während die Hauptzellen einigermassen verdaut werden, während die nach der Oberfläche der Schleimhaut ausgewanderten Leukocythen dem Detritus verfallen und der Ueberschuss an freier Salzsäure den Catarrh der Schleimhaut hervorbringt, wodurch sich auch das Auftreten einer beträchtlichen Menge von Schleim in dem Erbrochenen erklärt. Die Reizung der sensiblen Nerven durch die Salzsäure endigt damit, dass reflectorisch ein Krampf des Pylorus mit einer mehr oder minder anhaltenden Dilatation des Magens hervorgebracht wird, die aber nichts mit der primären Ektasie zu thun hat.

Bei allen diesen Zuständen und bei allen diesen Graden ist es leicht durch die zu jeder Tages- und Nachtstunde angestellte chemische Untersuchung die Hypersecretion zu erkennen, i. e. die Gastrosuccorhoe von REICHMANN, die viel häufiger ist, als man glaubt und die nicht blos das Ulcus cachecticum vortäuschen kann, sondern auch die Atrophie der ganzen Schleimhaut, sogar den Krebs.

Die hygienische Behandlung der erblichen nervösen Prädisposition.

Von

Dr. Mérigot De Treigny in Paris*).

(Fortsetzung.)

Kindern, welche demnach Zeichen der nervösen Prädisposition darbieten, muss so viel als möglich eine ruhige und gleichmässige Existenz gesichert werden. Alles muss sorgfältig geregelt sein, die Mahlzeiten wie die relative Dauer der körperlichen Uebungen, der geistigen Arbeit und des Schlafes. In der Ernährung wird man den Missbrauch von excitirenden Nahrungsmitteln oder Genussmitteln (Thee, Caffee, Alkohol), von allzu delicaten Speisen und von Allem von dem vermeiden, was das Auftreten der Dyspepsie begünstigen könnte. zu der die Neuropathiker so leicht incliniren. Die nervöse Diarrhoë, die von einer Intoleranz des Darmes herrührt, die einfache Stuhlverstopfung oder begleitet von pseudo-membranöser Colitis, müssen gleich bei ihrem Beginne behandelt werden.

Die physischen Uebungen sind unerlässlich, müssen jedoch nicht bis zur Ermüdung getrieben werden. Man darf nicht vergessen, dass man sich einem wenig widerstandsfähigen Nervensystem, und das leicht überbürdet werden kann, gegenüberbefindet; so sind die angeordneten Uebungen, wie das Gehen, das Turnen etc. nur unter der Bedingung heilsam, dass sie richtig graduirt werden, so dass der Körper allmählig und progressiv daran gewöhnt wird. Die beste körperliche Uebung für das Kind ist die, dass es spielt und läuft in der freien und gesunden Luft. Von diesem Gesichtspunkte aus ist der Aufenthalt am Lande von weit grösserem Werthe als das Leben in einer Stadt, wo die körperliche Uebung nothwendigerweise unregelmässiger und weniger frei ist. Zu diesem Grunde der Superiorität des Aufenthaltes auf dem Lande vor demjenigen in der Stadt gesellen sich noch andere gleich wichtige Momente: die Ruhe der Seele, unter welcher sich der kindliche Organismus entwickelt, die grössere Leichtigkeit, mit der es dem Wachen und den ermüdenden Vergnügungen. die das gesellschaftliche Leben der Eltern mit sich bringt, entzogen werden kann.

So nützlich auch die freie Luft nervösen Kindern ist, so muss doch berücksichtigt werden, dass im Allgemeinen eine zu scharfe Luft ihnen nicht zuträglich ist. So kommt es vor, dass die Seeluft sie zuweilen im hohen Grade entnervt, Schlaflosigkeit bedingt, ein jähzorniges Temperament erzeugt, zuweilen selbst Convulsionen hervorruft.

SIMON, der regelmässig in seinen klinischen Vorlesungen auf diese Gefahr zurückkommt, meint sogar, dass in einigen Fällen eine am Meeresstrande zugebrachte Saison Schuld an der Entwicklung der schwersten Hirn- und meningealen Symptomen sein mag.

Verschiedene Methoden, die man bei der Behandlung der ausgesprochenen Neuropathie in Anwendung bringt, können bei Prädisponirten im prophylaktischen Sinne mit Vortheil angewendet werden.

Die Hydrotherapie in ihren verschiedenen Formen ist oft angezeigt wegen ihrer gleichzeitig tonischen und lindernden Wirkung. Die kalten Gussbäder (Douchen) sind von grossem Vortheil gegen viele Beschwerden, wie z. B. die Cephalalgie, die neuralgiformen Schmerzen und die nervöse Erschöpfung, die so häufig bei jungen nervösen Leuten anzutreffen sind. Sie übt desgleichen einen wohlthätigen, heilsamen Einfluss auf die Anämie, die sich zumeist mit dem nervösen Zustand vergesellschaftet. Die allzu erregbaren Individuen aber vertragen nicht immer einen kalten Wasserstrahl; bei dessen Berührung empfinden sie äusserste Beklemmung mit andauerndem allgemeinem Unwohlsein; die Reaction geht schlecht und unvollständig vor sich, die Erregung steigert sich und häufig nimmt auch die Schlaflosigkeit zu. Zuweilen kann man alle diese Unzukömmlichkeiten vermeiden bei Anwendung der Regendouche

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 47, 1893.

oder der schwedischen Douche, es gibt jedoch Fälle, insbesondere jene, bei welchen man eine ausgesprochene Prädisposition zum Rheumatismus nachweist, in denen es vernünftig erscheint, auf die Anwendung des kalten Wassers vollständig Verzicht zu leisten und den lauwarmen Douchen den Vorzug zu geben. Diese letzteren erzeugen vor Allem sehr nützliche hyposthenisirenden Wirkungen, insbesondere in den Fällen von Agrypnie (BOTTEY): sie wirken weniger schwächend als die lauwarmen Bäder. Zu diesen wird man nur dann und wann vorübergehend greifen können.

Während der Sommerszeit wird es oft gut sein, die sedative und tonisirende Wirkung einiger wirksamen Thermalquellen zu verwerthen.

Man darf nicht ausser Acht lassen, dass gewisse Lebensperioden schwieriger zu überstehen sind. Man wird daher die Pubertätsperiode insbesondere beim weiblichen Geschlechte strenge überwachen, indem die localen Störungen in verhängnissvoller Weise auf den Allgemeinzustand rückwirken können.

Die accidentellen Krankheiten können für die Neuropathiker die Gelegenheitsursache abgeben zu einer ganzen Reihe von nervösen Zufällen, indem das geringste Fieber, je nach dem Alter des betreffenden Individuums, von Convulsionen oder Delirium begleitet wird, indem die Infectionskrankheiten bei ihnen leicht die cerebralen Sympathien wachrufen (Ataxo-adynamische Phänomene beim Rheumatismus und den schweren Pyrexien, nervöse Localisationen des syphilitischen Processes etc.) Die Behandlung wird also diesbezüglich einige besondere Indicationen in sich fassen. Sie wird auch trachten müssen, der Depression vorzubeugen, die so leicht im Endstadium der acuten Erkrankungen sich einstellt. Die constitutionellen Zustände sind so frühzeitig als nur möglich zu behandeln, indem ihre Wirkungen zu derjenigen der Neuropathie hinzugesellen können.

Intoxikationen müssen ganz besonders gefürchtet werden; der Alkohol ist, nach dem Ausdrucke FÉRÉ's, der Prüfstein für das Gleichgewicht der Hirnfunctionen, und man könnte hinzufügen, dass ein gleiches auch für eine grosse Zahl anderer Gifte gilt.

(Schluss folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

(Original-Bericht der »Internationalen Klinischen Rundschau.«)

Sitzung vom 24. November 1893.

Dr. Narath: *Ein geheilter Fall von Dünndarm-Vaginalfistel.*

Eine 32jährige Frau, welche dreimal geboren hatte, gebar nach der vierten Schwangerschaft einen macerirten Fötus, welcher in mehreren Stücken entfernt werden musste. Im Anschluss daran erkrankte die Frau; anfangs gieng die Nahrung ziemlich unverändert, nur etwas gallig gefärbt durch die Vagina ab, wobei nach mehreren Untersuchungen nicht zu constatiren war, ob die Fistel in den Uterus oder in die Vagina mündete. Bei der nun per Laparatomiam erfolgten Operation, wurde constatirt, dass der in der Ileocoecalgendend liegende Tumor dem Uterus angehörte. Dieser selbst war vergrössert birnförmig und durch Pseudomembranen an die Umgebung angeheftet, die Portio unverschieblich, in schwieligem Gewebe eingebettet, rechtes Parametrium vollständig geschrumpft, das linke intact. Circa 18 *cm* von der Ileocoecalklappen das Ileum mit dem schwieligen Gewebe verwachsen, 1 Meter weiter eine zweite Dünndarmschlinge mit der Vagina adhärent. Ob nur eine oder beide Schlingen mit der Vagina communicirten, liess sich nicht constatiren. Da eine Ablösung der Schlingen, welche hintereinander lagen, nicht möglich war, wurden dieselben resecirt, u. zw. war die untere eine Ileum- die obere eine Jejunumschlinge, wobei circa $^1/_2$ Meter Darm ausgeschaltet wurde, und wurde dann durch doppelte Darmnaht die Continuität des Darmes hergestellt. Die 4 Lumina wurden in die Bauchdecke eingenäht. Spritzte man in die Vagina Flüssigkeit ein, so rann dieselbe durch alle 4 Oeffnungen ab. Nach 10 Tagen hatte sich die Fistel zwischen Vagina und Ileum vollständig geschlossen. Jetzt besteht nur ein einfacher Schacht, der in die Tiefe führt und durch den man den Uterus palpiren kann. Die Aetiologie des Falles ist nicht ganz klar: Entweder war bei der ersten Operation eine Perforation des hinteren Scheidengewölbes erfolgt, durch welche eine Darmschlinge eingezwickt wurde, deren Kuppe dann gangränös wurde, oder es trat eine rechtsseitige Parametritis mit Abscessbildung auf, worauf der Abscess zwischen Vagina und Dünndarm platzte.

* * *

Prof. Lorenz: *Demonstration geheilter Fälle.* (Autorreferat.)

Vortragender stellt neuerdings das 8jährige Mädchen vor, welches am 29. September 1892 der blutigen Reposition einer angeborenen, linksseitigen Hüftgelenksverrenkung unterzogen wurde. Bei der seinerzeitigen Vorstellung am 12. März dieses Jahres war das gewonnene Resultat bereits ein Vorzügliches, doch musste man zugeben, dass das Kind auf unebenem Boden namentlich, wenn es sich unbeobachtet wusste, doch noch immer, wenn auch ganz leicht hinkte. In dem gegenwärtigen Augenblicke, 14 Monate nach vollzogener Operation muss jedoch die Heilung als eine im strengsten Sinne des Wortes v o l l s t ä n d i g e gelten, da es sich um eine absolute, anatomisch und functionelle Restitutio ad integrum handelt; der Gang des Kindes ist auf jedem Terrain ein absolut gleichmässiger geworden, ohne auch nur die leiseste Spur eines Hinkens, das Kind läuft, springt und trollt wie ein vollkommen gesundes. Das Gelenk ist aus der vollen Strecklage bis zum rechten Winkel flectirbar, Ab- und Adduction, sowie Rollung sind frei, die Muskelkraft des operirten Beines ist derjenigen des gesunden vollkommen gleich geworden. LORENZ ist der Ueberzeugung, dass das Resultat einer Reposition vor Ablauf eines Jahres überhaupt nicht fertig sein könne. Er behandelt im gegenwärtigen Augenblicke 40 Fälle, bei denen seit der Operation ein Zeitraum von wenigen Wochen bis zu 6—7 Monaten verflossen ist. Keiner derselben kann als völlig abgelaufen angesehen werden, doch berechtigen die meisten derselben zu den schönsten Hoffnungen umsomehr, als der Vortragende seine Operationsmethode in letzter Zeit insoweit vervollkommnet hat, dass die Reposition unter Schonung sämmtlicher peri-articulärer Gebilde mit Ausnahme des functionell bedeutungslosen Tensor fasciae latae vorgenommen werden kann.

Des Weiteren führt LORENZ einen 10- und 13jährigen Knaben mit geheilten Klumpfüssen vor; die in beiden Fällen seit der Geburt der Patienten bis zu dem verflossenen Sommer ohne Unterbrechung fortgesetzte Behandlung erzielte eine nur unwesentliche Besserung der Deformität. Von mehrfacher Seite war die Keilresection des Fusswurzel als letztes Auskunftsmittel vorgeschlagen worden. LORENZ hat die Klumpfüsse auf dem Wege des modellirenden Redressement mittelst seines Redresseur-Osteoklast in e i n e r Sitzung corrigirt und in wenigen Wochen eine derart vollkommene Heilung erzielt, dass die Patienten den Fuss in leichter Valguslage gebrauchen und auch active Pronationen ausführen können. Das Tragen irgend eines Apparates ist völlig überflüssig und die Patienten bedienen sich ganz gewöhnlicher Schuhe.

* * *

Doc. v. Hacker: *Erfolgreiche Naht des Nervus medianus.*

Ein Knabe hatte sich i. J. 1889 mit einem Glassplitter den Arm verletzt; nach Heilung der Wunde konnte die Hand weder etwas fassen, noch halten. Die Volarseite des Vorderarmes stark abgemagert, besonders der Thenar, Antithenar und Interossei, K l a u e n h a n d, Pronation unmöglich, ebenso das Auseinanderspreitzen der Finger. Erregbarkeit des Ulnaris und Medianus herabgesetzt. Die Continuität des Ersteren hergestellt. Letzterer durchtrennt, die Enden desselben 10 *cm* entfernt. Nach Dehnung und Anfrischung der Nervenenden, sowie bei starker Ellbogenbeugung gelang die Vereinigung. Bemerkenswerth ist, dass in dem vom Medianus versorgten Gebiete eine entschiedenere und raschere Besserung wahrnehmbar ist als in dem Gebiete, welches von dem schon längere Zeit verheilten Ulnarisnerven versorgt wird. Es sind noch immer einzelne Ausfallserscheinungen zu constatiren.

* * *

Fortsetzung der Discussion über die Vorträge Hofrath BILLROTH's und Hofrath NOTHNAGEL's.

* * *

HACKER demonstrirt ein Aneurysma popliteum bei einem 32 jährigen Manne, welcher dasselbe auf heftige Streck- und Beugebewegungen zurückführt.

Primarius Dr. SCHOPF berichtet über ein faustgrosses Aneurysma der rechten Subclavia bei einem 46 jährigen Manne, dessen Inhalt spontan geronnen war und das Schmerzen im Arme, Gelenksteifigkeit, Atrophie der Muskulatur, sowie Geschwüre mit torpidem Charakter im Gefolge hatte. Unterbindung der Arterie und Exstirpation des Sackes. Die einfache Spaltung und Ausräumung des Sackes ist einestheils wegen gefährlicher Nachblutungen, sowie wegen Behinderung der prima intentio nicht anzurathen. Der Collateralkreislauf hatte sich hier prompt entwickelt, der Arm erlangte seine prompte Arbeitsfähigkeit, die tropho-neurotischen Geschwüre heilten.

Hofrath DITTEL demonstrirt eine über kopfgrosse Geschwulst mit mehreren kleinen Säcken, welche sich bei einem blödsinnigen sehr kräftigen Burschen in der Kniekehle vorfand, deutlich fluctuirte aber nicht pulsirte, nach einer vor 17 Jahren erfolgten und mit starker Blutung einhergehenden Verletzung aufgetreten sein soll und als Lipom von den Irrenärzten angesprochen wurde. Bei dem Versuche, dieselbe zu exstirpiren, stiess DITTEL auf eine Unmasse coagulirten Blutes, das in einem schwielig gewordenen Sacke eines Aneurysma spurium steckte. Da solche grosse Säcke nicht leicht zur Verödung zu bringen sind, vollführte DITTEL die Amputation am Oberschenkel. Heilung. In Bezug auf die Entstehung dieser Aneurysmen scheine ihm die Hypothese französischer Autoren, dass dieselben durch forcirte Beugung entstehen, wahrscheinlicher.

Vortragender berichtet ferner über eine Geschwulst, die SCHUH als Abscess ansprach und incidiren wollte, die DUMMREICHER, da sie pulsirte und nach Unterbindung der Arteria iliaca communis verschwand, als ein Aneurysma der Arteria glutaea ansah. Bei der Section fand sich ein Carcinom, die Geschwulst war eine Metastase.

Hofr. ALBERT macht darauf aufmerksam, dass die Differenzialdiagnose zwschen Aneurysma und pulsirenden Tumoren, die als Metastasen nach bösartigen Neugebilden auftreten, sehr schwierig und daher auch diese Eventualität zu beachten sei. Ganz besonders interessant sind jene Fälle von pulsirenden Tumoren, welche in Muskeln vorkommen. Vortragender berichtet über einige Fälle, welche diese Schwierigkeit demonstriren.

Hofr. DITTEL macht auf die Schwierigkeit, eine Ligatur bei atheromatösen Processen oder anderen Erkrankungen der Gefässwand anzulegen, aufmerksam. *Dr. Em. Mandl.*

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 29. November 1893

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. H. Schlesinger: *Ueber die Hämatomyelie bei Thieren und Menschen.*

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Wichtigkeit vergleichender patholog.-anatomischer und klinischer Studien, und der Nothwendigkeit dieselben auch auf das bisher völlig vernachlässigte Gebiet der Nervenkrankheiten der Thiere auszudehnen, bespricht Vortragender die Rückenmarksblutungen bei Hunden. Das klinische Bild derselben ist ähnlich dem beim Menschen, wenn der Bluterguss zuerst in die Meningen und dann erst secundär in die Rückenmarkssubstanz erfolgt ist: Schwäche, Lähmung der Extremitäten und der Rumpfmuskulatur, Zuckungen in einzelnen Muskeln und Muskelgruppen, sensible Lähmungs- und Reizungserscheinungen, wie Hauthyperästhesie, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule, spontane Schmerzen und endlich Steifigkeit der Wirbelsäule, Blasen- und Mastdarmstörungen. In einem derartigen Falle, welchen Redner hat untersuchen können, fand er eine intermeningeale Blutung mit Durchbruch in die Rückenmarkssubstanz und Fortpflanzung derselben in die hinteren Abschnitte der grauen Substanz caudal- und cerebralwärts. (Demonstration der mikroskopischen Präparate.)

Vortragender meint, dass in diesem Falle wohl nicht von einer Weiterverbreitung der Blutung nach den Gesetzen der Schwere gesprochen werden könne, sondern dass der vom Blute eingeschlagene Weg (Hinterhörner, hintere Comissur, vorderster Abschnitt der Hinterstränge) die Stellen im Rückenmarke bezeichnet, welche am lockersten gefügt sind.

* * *

H. Dexler, 1. Assistent der med. Klinik der k. u. k. Militär-Thierarznei-Institutes spricht «Ueber Pachymeningitis ossificans chronica und über Compressionsmyelitis beim Hunde» und demonstrirt mittelst des Episkops einige Querschnitte des Rückenmarkes.

* * *

Dr. Bickeles: *Aufsteigende Degeneration des Facialis nach Lähmung in Folge von Caries.*

Vortragender demonstrirt einige Präparate, welche einem Phthisiker entstammen, der durch 10 Wochen eine complete Facialisparese hatte. Interessant ist, dass sich hier die sehr seltene aufsteigende Degeneration eines peripheren Nerven demonstriren lasse; in der Regel degeneriren motorische Fasern in der Richtung nach abwärts. *Dr. Em. Mandl.*

Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 27. November 1893.

Dr. S. H. Scheiber hält einen Vortrag «*Ueber elektrische Bäder*», wobei er ein elektrisches Bad en miniature vorzeigt, und mehrere zu den verschiedenen Badeformen nöthige Apparate demonstrirte. In der Einleitung bespricht SCHEIBER die verschiedenen Ursachen, weshalb die elektrischen Bäder hier zu Lande von den Aerzten so wenig ordinirt werden, wogegen sie im Auslande sich einer grossen Verbreitung erfreuen, indem dieselben gegen viele Nerven- und rheumatische Leiden von zumeist guter Wirkung sind, was SCHEIBER auch mittelst einer Statistik über die Resultate von ihm und in deutschländischen Anstalten verabfolgter Bäder beweist.

Nach einer Skizzirung der Theorie und allgemeinen Einrichtung der elektrischen Bäder bespricht SCHEIBER dann die verschiedenen Formen derselben (faradische und galvanische, mono- und bipolare Bäder, das Entenburg'sche und Trautwein'sche monopolare System, das Anoden- und Kathodenbad) sowie die Vor- und Nachtheile dieser Bäderformen und auch die Momente, welche auf die Entstehungsweise neuerer Formen von bipolaren Bädern in letzterer Zeit von Einfluss waren: das STEIN'sche tripolare Bad, das SCHEIBER-sche Bodenelectrodenbad und das GÄRTNER'sche Zweizellenbad. Nachdem nun SCHEIBER die Construction dieser Bäderformen eingehend bespricht, übergeht er auf die Auseinandersetzung der physiologischen Wirkung dieser Bäder und specialisirt dann die aus diesen physiologischen Wirkungen hervorgehenden Indicationen der elektrischen Bäder, namentlich diejenige Art von Bädern, welche bei den verschiedenen Formen der Neurasthenie und Spinalirritation, bei den verschiedenen Krampf- und Zitterformen (Chorea, hysterische Krämpfe, toxisches und genuines Zittern, Paralysis agitans), bei den verschiedenen An- und Hyperästhesien, bei Neuralgien, Agrypnie, Morbus Basedowi, bei rheumatischen und arthritischen Schmerzen und Verdickungen, und endlich welche bei Syphilis, Anämie und Chlorose in Anwendung kommen. (Die letztgenannten drei Krankheiten namentlich im Zweizellenbad als Sublimat- und Eisenbäder). Endlich spricht SCHEIBER über den Vergleich der Wirkung der elektrischen Bäder mit den anderen hautreizenden Bädern (Kohlensäure enthaltende, Soolen- und Kaltwasserbäder), wobei er zu dem Schlusse kommt, dass ausser den niedrigeren Graden der Letztgenannten, alle Anderen bei weitem nicht jene energische reflectorische Wirkung auf das Haut- und Nervensystem haben als die elektrischen Bäder, bei denen aber auch noch ausser dieser, die specifische Wirkung des elektrischen Stromes selbst in Betracht kommt, indem der Strom auch in die Tiefe des Körpers eindringt und die daselbst gelegenen Nerven und anderen Organe mittelst der ihm eigenthümlichen katalytischen und kataphorischen Wirkung beeinflusst, die wir bei keiner anderen Badeform sonst antreffen. *M.*

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.*)

14. September 1893.

Prof. v. Esmarch (Kiel): *Ueber Blutsparung bei Operationen und Verletzungen.*

Vortragender gibt einen Rückblick auf die in den 20 Jahren seit Erfindung seines Verfahrens gemachten Erfahrungen und eine Darstellung, wie jetzt die Methode der Blutleere von ihm geübt wird. Sie zerfällt in zwei Theile: 1. das Blut aus den Gefässen herauszutreiben, 2. den arteriellen Zufluss zu verhindern. Für den ersten Zweck dient die elastische Umwickelung, und, wo diese gefährlich erscheint, die senkrechte Erhebung des Gliedes. Zur Umwickelung verwendet v. ESMARCH dünne Binden von reinem braunen Kautschuk. Zur Verhinderung des arteriellen Zuflusses bedient sich Vortragender des ursprünglichen dicken Gummischlauches nur in den seltensten Fällen, im allgemeinen benutzt er einen 5 *cm* breiten, 140 *cm* langen Gurt aus gewebtem Kautschukstoff, welcher in sich deckenden Windungen um das Glied geführt und mit einer einfachen Klemmschnalle geschlossen wird.

* * *

Dr. Reichel (Würzburg): *Ueber Entstehung der Missbildungen der Harnröhre und der Harnblase.*

In den Untersuchungen über die Entstehung der Missbildungen der Harnröhre und Blase stehen sich zwei Theorien gegenüber, die eine, welche rein mechanisch ein Platzen der Harnwege in Folge Harnstauung annimmt, die andere, welche die Missbildungen als reine Hemmungsformen, als ein Stehenbleiben auf irgend einer Stufe der Entwicklung, auffasst. REICHEL wies nun durch eingehende Untersuchungen, deren Details sich auszugsweise nicht wiedergeben lassen, nach, dass die letztere Annahme fast durchgehends als die richtige betrachtet werden muss.

* * *

Dr. Ledderhose (Strassburg): *Ueber Cystenbildung bei lymphatischem Oedem.*

Vortragender hat bei 4 Fällen von Fractur mit starker Quetschung der Weichtheile, in welchen noch nach 4—8 Monaten ein starkes Oedem vorhanden war, innerhalb dieses 6 Mal eine Cystenbildung gefunden, die bisher noch nicht näher beschrieben ist. Diese Cysten machen nur geringe Symptome und treten meist unter dem Bilde eines Ganglions auf. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um colloide Degeneration des Bindegewebes handelt. Man muss diese Cysten als Lymphcysten ansehen und glaubt LEDDERHOSE, dass sie in einer gewissen anatomischen Beziehung zur Elephantiasis einerseits und zum Lymphangiom andererseits stehen.

* * *

Prof. Hoffa (Würzburg): *Beiträge zur Lehre und Behandlung des Plattfusses.*

HOFFA wendet sich gegen die Lehre von LORENZ über die Entstehung des Plattfusses, deren principieller Fehler darin besteht, dass sie zwei Fussbögen annimmt, während nur von einem einzigen gesprochen werden kann. Vortragender erklärt aus einer grösseren Anzahl von Beobachtungen die Entstehung des Plattfusses durch Stehen in X-beinstellung, wie sie bei schwerer Arbeit gern eingenommen wird. Hierbei fällt die Schwerlinie nach innen von der sogenannten Grosszehenlinie, und es hebt sich der äussere Fussrand, der Fuss begiebt sich also in Valguslage. Bei der Behandlung verwirft HOFFA die alten Einlagen und verlangt eine feste, die ganze Fussohle stützende Stahlblecheinlage, deren Modell nach einem normalen Fuss geformt ist. Beginnende Plattfüsse müssen ausserdem nach LANDERER mit Massage und Gymnastik behandelt werden. Für schwere Plattfüsse empfiehlt HOFFA Redressement nach Tenotomie der Achillessehne.

*) Nach den Berichten der Münchener med. Wochenschr.

Dr. Beely (Berlin): *Zur mechanischen Behandlung des Plattfusses.*

Auf Grund eingehender statischer Untersuchungen empfiehlt Vortragender, den Plattfuss durch Verschiebung des Stiefelabsatzes nach innen und Abschrägung desselben zu behandeln. Der Absatz muss hierbei, um eine ausreichende Stütze zu geben, möglichst weit nach vorn geführt werden. Das Verfahren ist einfach, seine Erfolge prompt.

* * *

Dr. Dörffler (Weissenburg): *Zur Frühoperation des Ileus.*

Vortragender berichtet über 4 Fälle aus der Landpraxis, in welchen er bei innerer Einklemmung des Darmes frühzeitig, sowie Abführmittel und hohe Eingiessungen ohne Erfolg geblieben waren, zur Laparotomie geschritten ist, bei acuten Fällen schon nach 12—14 Stunden, bei subacuten etwa am 3. Tage. Von den 4 Fällen, die unter den schwierigsten äusseren Verhältnissen operirt wurden, ist nur einer, der zu spät zur Operation kam, gestorben.

61. Jahresversammlung der „British Medical Association".

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

(Fortsetzung.)

Die Technik der geburtshilflichen Antisepsis.

Dr. Robert Boxall sprach die Ansicht aus, dass man keinen passenderen Gegenstand für die Discussion wählen konnte. Nicht nur, dass die Mortalität in Folge dieser Krankheit eine sehr beträchtliche sei, sondern die Nachwirkung der Krankheit, selbst wenn die Patientin mit dem Leben davon kommt, sei ein ernstes Moment. Diejenigen, welche von dieser Krankheit ergriffen werden, sind nicht alte und hinfällige Frauen, sondern Frauen in der Blüthe ihres Lebens, oft die gesündesten Frauen. Aus diesen Gründen ist diese Krankheit auch von einem ökonomischen Standpunkte eine ernste Calamität, besonders ernst vom Standpunkte der Patientin und ihrer Familie und auch ernst vom Standpunkte des Arztes, da ihn solche Fälle leider nicht selten zu einer Sistirung seiner Praxis führen. Aber so ernst diese Krankheit zweifellos auch ist, so haben doch die Erfahrungen in den Gebärkliniken, in den Maternités und in der Privatpraxis in gleicher Art gelehrt, dass die puerperale Septicämie eine Krankheit sei, die in hohem Grade vermeidbar ist. Die sehr beträchtliche diesbezügliche Mortalität, die noch immer besteht, sollte nicht ganz und gar dem ärztlichen Stande zur Last gelegt werden, da man in solchen Fällen in Betracht ziehen muss, dass die Hälfte oder mehr als die Hälfte der geburtshilflichen Praxis in den Händen einer Classe von Hebammen sich befinde, die nur die allerrohesten Begriffe der gewöhnlichen Reinlichkeit besitzen, von der antiseptischen Geburtshilfe gar nicht zu sprechen. Sogar, wenn der Arzt die entsprechende Hilfe leistet, so kann doch sehr viel Schaden durch eine unwissende und unzuverlässige Wärterin angerichtet werden und dies ist auch thatsächlich häufig der Fall. Dass sichere Vorgehen eines Arztes in einem geburtshilflichen Falle beruht lediglich auf einer entsprechenden Erziehung und auf gehörigen Erfahrungen in Sachen der Antiseptik. In dieser Beziehung schliesst sich Redner dem Wunsche Dr. Robert BARNES an, man möge Gebärabtheilungen, wenn nicht in, so doch auf jeden Fall in Verbindung mit allgemeinen Spitälern errichten.

Die Erfahrungen der letzten Zeit haben gezeigt, dass dies ganz gut möglich sei: Die aseptische Geburtshilfe verlangt, dass man zahlreichen praktischen Einzelheiten seine volle Aufmerksamkeit schenkt. Dinge, die man am Krankenbette in einer wirksamen Art lehren kann, wenn sich die Patientin im Spitale befände. Redner beabsichtige nicht, diese Details bei dieser Gelegenheit zu discutiren. Aber das Verhalten, das man angesichts eines geburtshilflichen Falles beobachten soll, könnte vielleicht am besten klar werden, wenn man an die Analogie denkt, betreffend die Vorsichtsmassregeln, die man trifft, wenn es sich darum handelt, sich beim Bauchschnitte eine Antisepsis zu sichern. Das wesentliche Moment in beiden Fällen betrifft den Umstand, das Einführen septischer

Massen von aussen hintanzuhalten. Wenn es nun auch von wesentlichster Bedeutung ist, dass man den Händen und all'dem, was mit dem Organismus in Contract kommt, die grösste Aufmerksamkeit, was Antisepsis betrifft, schenkt. so möchte Redner nichtsdestoweniger auch nicht den Versuch, das Operationsfeld aseptisch zu machen, ausser Acht lassen — mit anderen Worten, er möchte die Nothwendigkeit der Irrigationen der Vagina vor der Geburt auf eine gleiche Stuffe stellen mit der Desinfection der Haut, die der Ovariotomie vorangeht.

Zu diesen Behufe möchte Redner eine starke antiseptische Lösung (Sublimat 1:2000) angewandt wissen, die bei dieser Concentration auf jeden Fall frei von Gefahr ist. Auch möchte er unmittelbar nach der Geburt, als Analogie mit dem sorgfältigen Abspülen und Desinfection der Wunde vor dem Anlegen eines Verbandes bei der Ovariotomie, die Vagina irrigiren. Dies verlangt nicht minder Sorgfalt und sollte niemals einer Wärterin anvertraut werden.

Später jedoch möchte Redner von den Irrigationen oder von irgend einem anderen antiseptischen Verfahren keinen Gebrauch machen, bis auf Ausnahmen, die den Fällen vergleichbar sind, die bisweilen bei der Ovariotomie das Entfernen der Verbände nothwendig machen. Unter diesen Umständen soll die Vagina irrigirt werden, wenn die Theile um die Vulva herum zuerst desinficirt worden sind. Wenn dies geschehen ist und wenn es der Fall nothwendig erscheinen lassen wollte, soll man zur intrauterinen Irrigation seine Zuflucht nehmen. Man geht vielleicht in der Analogie nicht zu weit, wenn man diese Ausnahmsmassregel mit dem Falle vergleicht, in welchen man, unter exceptionellen Umständen, das Abdomen eröffnet und mit antiseptischen Lösungen ausspült und wo es besonders angezeigt sein würde, möchte Redner durchaus nicht zögern, eine starke antiseptische Lösung anwenden, mit der Absicht, dem Unheil schnell ein Ende zu bereiten. Was die Wahl der antiseptischen Agentien betrifft, so möchte er die Thatsache betonen, dass das Sublimat, trotz seiner vielen Schattenseiten, bis jetzt noch die besten Resultate gegeben habe. Für den externen Gebrauch, wie z. B. zur Desinfection der Hände, ist es unübertroffen und zu Zwecken der Irrigation, vorausgesetzt, dass die nöthige Sorgfalt geübt wird, kann es ohne Schaden gebraucht werden. Allgemein gesprochen, wofern das Sublimat nicht speciell contraindicirt ist, möchte Redner demselben vor allen anderen Antisepticis den Vorzug geben.

* * *

Dr. ***Elizabeth Garrett Anderson:*** *Die geringe Mortalität in den Gebärkliniken.*

Rednerin führte aus, dass man auf nichts mehr bedacht sein solle, als auf das vollständige Verschwinden der puerperalen Septicämie. Die Statistik hat dargethan, dass die Gebärkliniken jetzt eine viel geringere Mortalität darbieten, als es früher der Fall gewesen war, sogar eine geringere als in der Privatpraxis und das sei eine grosse Ermuthigung für die Zukunft. Wenn die Septicämie aus den Spitälern verbannt werden könnte, so würde es nicht unmöglich sein, dieselbe auch in der Privatpraxis gänzlich abzuschaffen. Sie kennt eine Maternité in Clapham unter der Leitung von Fräulein Mc. CALL, auf welchen es unter fast 3000 Fällen nur einen Todesfall von Seiten der Mutter gab. Dieses Resultat wurde in Folge der immensen Sorgfalt betreffend die Asepsis von Seite des ordinirenden Arztes und der Wärterinnen erzielt. Die Methode, die befolgt wurde, ist die in Wien gebräuchliche. Nach der Geburt wird keine Irrigation vorgenommen.

Dr. J. W. BYERS aus Belfast meinte, dass der wesentlichste Punkt in dem Vortrage von Dr. BARNES den Umstand betreffe, dass, während es gelungen ist, das Puerperalfieber aus den Gebärkliniken zu verbannen, die Mortalität in Folge dieser Affection in der Privatpraxis noch immer eine hohe sei. Wir sollten uns daher die Gebärkliniken zum Muster nehmen und uns bemühen, die Principien zu befolgen, die dort vorherrschen, natürlich mit den Modificationen, welche die Privatpraxis erheischt.

Redner bespricht ferner den Werth der localen Behandlung beim Puerperalfieber, den Werth der Drainage und die Vortheile des corrosiven Sublimats als Antisepticum, jedoch nur dann, wenn es von einem Arzte oder von einer erfahrenen Wärterin gehandhabt wird. Dr. BYERS ist der Ansicht, dass, wenn ein praktischer Arzt in die Lage kommt, einen Fall von Puerperalfieber zu behandeln, er, wenn er alle Vorsichtsmassregeln der Desinfection befolgt, seine Kleider gewechselt und das nöthige antiseptische Vorhaben eingeleitet hat, in Kürze an die Behandlung eines solchen Falles schreiten könne. ESMARCH sagt: «Die Zeit zerstört nicht den septischen Schmutz.»

* * *

Dr. ***Thomas Oliver,*** Arzt am «Royal Infirmary in Newcastle-on-Tyne: *Unvermeidbare Mortalität in Folge des Kindbettfiebers.*

Wir müssen Alle zugeben, dass ein sehr grosser Theil der Fälle von puerperaler Septicämie vermeidbar sei, aber es wird immer eine grosse Zahl von Fällen geben, über die wir keine Controlle besitzen, solche Fälle, wie es z. B. der folgende Fall ist: Ich fand bei der betreffenden Dame eine beträchtliche Laceration an der hinteren Wand der Vagina, hoch oben, nahe dem Uterus und einige Stunden nach der Geburt war ein Schüttelfrost, mit darauffolgender Erhöhung der Temperatur, eingetreten. Als ich die Frau dann in der Consultation sah, war sie comatös. Es fand sich bei ihr eine Lähmung des rechten Armes, eine Paralyse des linken Beines und unregelmässige Pupillen, die — obgleich keine Herzgeräusche zu hören waren — auf eine Thrombose der Hirngefässe hinwiesen, wahrscheinlich von septischer Meningitis begleitet war.

Hier haben wir es somit mit einem Falle zu thun, der ausserhalb unserer Controlle steht und den wir nicht hintanhalten können. Ueberdies ereigenen sich Unfälle während der Gravidität, solche, wie es z. B. der Fall ist, der eine Patientin betrifft, die ich vor ungefähr einem Jahre gesehen hatte. Diese Frau hatte im achten Monate ihrer Gravidität eine schwere Hämorrhagie aus dem Uterus durchgemacht. Dieselbe hielt zwei oder drei Tage an. Eine Woche oder zwei Wochen später wurde sie von einem heftigen Schüttelfrost befallen und während einiger Tage bestand eine Temperaturerhöhung. Diese liess jedoch nach und die Patientin ging der Beendigung der Gravidität entgegen, aber zwei oder drei Tage vor der Geburt trat wieder eine Temperatursteigerung ein und überdies eine vorübergehende Lähmung der Arme und der Beine, die offenbar auf Rechnung von multipler Neuritis kam und von einer Aufnahme toxischer Stoffe ins Blut abhängig war. Der Arzt war bei der Geburt nicht anwesend. Das Kind wurde geboren und die Placenta wurde ausgetrieben, bevor der Arzt kam. Als ich die Patientin sah, es war das am dritten Tage nach der Geburt, starb sie in Folge puerperaler Peritonitis. In einem anderen Falle, den ich vor einigen Monaten sah, handelte es sich um eine Patientin, bei der sich in der ersten Hälfte des neunten Monats eine linksseitige Phlegmasie alba dolens mit Erguss in das Kniegelenk entwickelte. Ich betrachte die meisten Fälle der Phlegmasie als septisch und ich muss gestehen, dass ich um das Wohlergehen dieser Patientin ziemlich besorgt war.

Dennoch beendigte sie ihre Gravidität, hatte einen normalen Geburtsverlauf und genas vollkommen. Ich erwähne diese Fälle, um zu zeigen, dass es immer eine Zahl von Fällen von puerperaler Septicämie geben wird, die auf Rechnung von Ursachen kommen, für die wir den behandelnden Arzt nicht verantwortlich machen können. Dieselben Bemerkungen beziehen sich auch auf Fälle, in denen eine chronische Beckenperitonitis, eine Salpingitis oder ein Abscess des Ovariums vorhanden war. Während der Geburt und nach ihrer Vollendung, wenn der Uterus von den Händen des Accoucheurs fest umgriffen wird, muss eine Lösung solcher Adhäsionen und eine Resorption von Eiter stattfinden. In solchen und ähnlichen Fällen, in denen man ganz ausgesprochene Zeichen von Beckenperitonitis findet, die mit Eiter in den Tuben und in dem Ovarium combinirt sind und wo die Peritonitis weitergegriffen hat, ist der Bauchschnitt, verbunden mit antiseptischen Irrigationen angezeigt. Erst vor einigen Tagen sah ich in Hull eine Dame, die am dritten Tage nach ihrer Entbindung in Folge von puerperaler Peritonitis mit Eiter im Abdomen starb. Ich bin überzeugt, dass, wenn man in diesem Falle den Bauchschnitt rechtzeitig ausgeführt

hätte, die Patientin genesen hätte können, wie dies in einem Falle geschah, den ich nicht lange vorher gesehen hatte, wo ein Abscess des Ovarium und der Tuba bei einer Puerpera mit ausgezeichnetem Resultate entfernt wurden.

Pariser ophthalmologische Gesellschaft.

Die Brown-Séquard'schen Injectionen in der oculistischen Therapie.

In der letzten Sitzung der Pariser ophthalmologischen Gesellschaft fand eine Debatte über die Erfahrungen mit BROWN-SÉQUARD-schen Injectionen statt. Professor WECKER zunächst ist ein entschiedener Gegner des Verfahrens. Er will keinen günstigen Erfolg gesehen haben, und eine einzige Kranke, bei der Besserung einer Sehnerven-Atrophie eintrat, hätte wahrscheinlich auch spontan einen Rückgang der Krankheitserscheinungen zu verzeichnen gehabt. Trotz der entschieden negativen Resultate, die er bei den verschiedensten Formen von Sehnervserkrankungen nach Anwendung des Mittels gesehen, will er dennoch die Versuche fortgesetzt wissen, weil es zweifellos ist, dass gewisse, namentlich neurasthenische Kranke, günstig beeinflusst werden, und der moralische Effect oft ein ungeheurer ist.

Nachdem noch mehrere Oculisten sich in gleichem Sinne ausgesprochen haben, erklärt KÖNIG den Ausführungen WECKER's entgegentreten zu müssen.

Er sei mit seinen Versuchen glücklicher gewesen; so berichtet er von einem jungen Manne, der an schwerer Iritis mit häufigen Recidiven und an schwerer Anämie litt; die Untersuchung des Harns ergab ausserdem die Anwesenheit von Albumen in grosser Menge und eine Verminderung des Harnstoffes. Die BROWN-SÉQUARD-schen Injectionen führten bei ihm nicht blos eine Heilung seiner Augen-Affection herbei, sondern es wurde auch das Schwinden des Albumens constatirt. GALEZOWSKI glaubt, dass das Verfahren insoferne schädlich wirke, als man während dessen Anwendung dem Patienten die gewohnten und erfahrungsgemäss wirksamen Heilmittel entzöge.

GALEZOWSKI macht sich Vorwürfe darüber, dass er drei luetische Kranke monatelang nach BROWN-SÉQUARD behandelt habe, wodurch andere Methoden, die gewiss Erfolg erzielt hätten, erst später in Anwendung kommen konnten. Er warnt vor dem Mittel. DARIER führt zum Schlusse aus, dass man sich der Injectionen ähnlich wie des Strychnin's bedienen solle, in Fällen, wo man ein Stimulans für nöthig findet, besonders bei Atrophie des Sehnerven; da wir keinen Ueberfluss an solchen Remedien besitzen, soll man die Methode nicht voreilig verwerfen. *A. P.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Der Tuberkelbacillus und die Tuberkulin-Literatur des Jahres 1891.

Separat-Ausgabe des Capitels «Tuberkelbacillus» aus dem Jahresberichte über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen.

Herausgegeben von **Prof. Dr. med. P. Baumgarten** in Tübingen.
Verlagsbuchhandlung für Naturwissenschaft und Medicin von Harald Bruhn. Braunschweig 1893.

Das vorliegende Werk, wie schon der Titel besagt, ist ein Theil des Jahresberichtes von 1891. Es war vom Autor und der Verlagshandlung ein glücklicher Gedanke, diesen Theil separat erscheinen zu lassen, da es in der Natur der Sache liegt, dass die Literatur des Tuberkelbacillus für die praktische Medicin ein ganz besonderes Interesse hat, während der ausführliche Jahresbericht in seiner Gesammtheit doch mehr nur für die mit Bacteriologie sich Beschäftigenden bestimmt ist. Der gegenwärtige Band enthält über die Tuberkulin-Literatur alles, was auf wissenschaftlicher Basis zur Klärung unserer Kenntnisse über dieses, die ärztliche Welt so lange im Athem haltende Heilverfahren beigetragen hat, womit seine Brauchbarkeit für alle praktischen Aerzte documentirt ist. Dass die Referate in jeder Beziehung die betreffenden Publicationen, auf welche sie sich beziehen, erschöpfen, dafür bürgt der Name des Autors.

Die gegenwärtige Separatausgabe wird zweifellos in alle ärztlichen Kreise dringen, und den BAUMGARTEN'schen Jahresbericht noch mehr popularisiren. *M. H.*

Leitfaden zum Gebrauch des Augenspiegels für Studierende und Aerzte.

Von **Professor Adolf Vossius** in Giessen.
3. vermehrte und verbesserte Auflage mit 63 Holzschnitten.
Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Klare, überaus verständliche Schreibweise, zahlreiche wohlgelungene Abbildungen, Vermeidung alles überflüssigen mathematischen Beiwerks sind die Eigenschaften, die das vorliegende Werkchen auszeichnen und es namentlich dem Anfänger empfehlenswerth machen, dem es ein guter Führer beim Erlernen des Augenspiegelns sein wird. *A. Pollak*

Die Functionsstörungen der Circulationsorgane und deren Behandlung.

Von **Dr. Krakauer.**

Eine übersichtliche Darstellung der vier Krankheitsbilder: palpitatio cordis, Syncope, Neurasthenie cordis und Angina pectoris; dieselbe lehnt sich an englische Autoren an und ist vorwiegend für den Praktiker berechnet, daher auch die Therapie eingehend berücksichtigt. Was die Diagnostik anlangt, kann sich Ref. mit dem leitenden Satze, dass die Entwicklung secundärer Symptome immer für eine organische Läsion des Herzens spricht, nicht einverstanden erklären, ebensowenig damit, dass Temperatursteigerung ein gewöhnliches Symptom der palpitatio cordis ist. *Kolisch.*

Zeitungsschau.

Dr. Alexander Peyer (Zürich): **Ueber die wichtigsten pathologischen Veränderungen des Harnstrahls und das Nachträufeln des Harns.** (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte Nr. 14, 1893. — Allgemeine medizinische Central-Zeitung Nr. 80, 1893.)

Die Hauptfragen, die hier in Betracht kommen, sind folgende:

1. Wie ist die Projectionskraft des Harnstrahls: ist derselbe bogenförmig oder perpendiculär abfallend?
2. Wie ist das Caliber des Strahls: ist derselbe voll und dick oder fadenförmig dünn?
3. Wie ist die Form: ist der Strahl rund, platt, gedreht oder gespalten?
4. Wie verhält es sich mit der Continuität des Strahls: entleert sich der Urin überhaupt in einem continuirlichen Strom oder ist derselbe zuweilen plötzlich unterbrochen?
5. Wie geht der Urin im Beginne ab, gleich als Strahl oder nur tropfenweise? Muss der Betreffende sich anstrengen bis das Uriniren im Gange ist?
6. Ist Nachträufeln vorhanden?

I. Projectionskraft des Harnstrahls. Normaler Weise wird der Urin in einem mehr oder minder starken Bogen ausgetrieben. Es ist diese Projectionskraft des Harnstrahls abhängig von den austreibenden Kräften, besonders von den Detrusoren und etwas auch von der Bauchpresse.

Die Kraft der Blasenmuskeln ist schon im normalen Zustande ausserordentlich verschieden und wir sehen z. B. starke Männer mit schwacher Blase und kleine schwächliche Individuen mit sehr starker. Abgesehen aber von angeborenen Unterschieden können solche auch in Folge verschiedener Ursachen acquirirt werden.

Auffallend starken Bogen, d. h. verstärkte Projectionskraft sehen wir bei pathologisch stark entwickelten Detrusoren, wie solche zu entstehen pflegen, wenn der Harnentleerung ausserhalb der Blase gewisse Hindernisse in den Weg treten, z. B. langsam wachsende, nicht zu enge Stricturen oder ein sehr enges Orific. extern. urethr.

Eine Abschwächung der Projectionskraft oder einen beinahe völligen Verlust derselben, d. h. ein perpendiculäres Abfallen des Strahls sehen wir überall da, wo die Kräfte der Detrusoren geschwächt, d. h. die harnaustreibenden Kräfte vermindert sind. Es kommen hier in Betracht in allererster Linie die Prostatahypertrophie, welche eine Atonie der Blasenmuskulatur im Gefolge hat. Zweitens die Atonie infolge chronischer Entzündung des submucösen Gewebes und der Muskelschicht der Blase, wie solche entsteht infolge von wiederholten vernachlässigten Gonorrhoen, welche zuerst chronische Prostatitis und dann die genannte Affection verursachen.

Eine fernere Ursache der Atonie ist die Verfettung der Blasenmusculatur, wie wir solche im Verlauf von acuten Infectionskrankheiten, z. B. Typhus und Dysenterie, treffen. Die Atonie kann ferner Folge sein willkürlichen Zurückhaltens des Urins, z. B. bei Blasensteinen und Fissuren des Blasenhalses, wo am Ende des Urinirens grosse Schmerzen entstehen.

Nicht selten treffen wir endlich Atonie als selbstständige Erkrankung infolge anhaltender Ueberausdehnung der Blase, entstanden durch zu langes Zurückhalten des Harns. Während es sich bei der Atonie um eine musculäre Insufficienz der austreibenden Kräfte handelt, beruht die Parese und Paralyse der Blase auf einer mangelhaften Innervation der Detrusoren der Blase.

Wir treffen diese infolge von Neurasthenie. Am intensivsten aber bei Rückenmarkserkrankungen z. B. bei Tabes.

Ausnahmsweise sehen wir trotz vermehrter contractiler Kraft der Blase den Harnstrahl schlaff abfallen und zwar dann, wenn eine Strictur sich sehr stark verengert, oder wenn an anderen Theilen der Urethra neue Obstructionen entstehen. Der Urin geht in solchen Fällen zu Zeiten nur in Tropfen ab und der Patient kann nur durch starkes Pressen die einzelnen Tropfen zu einem schwachen energielosen Strahl vereinigen.

II. Das Kaliber des Harnstrahls ist normaler Weise ein ziemlich starkes, aber auch in gesundem Zustande variirt dasselbe und die Erklärung hierfür liegt in verschiedenen Umständen, z. B. ist bei voller Blase der Strahl merklich voller, als wenn die Blase nur wenig Urin enthält.

Bei Verengerung der Harnröhre stehen Feinheit des Strahls und Enge des Harnweges in geradem Verhältniss.

Es kommen hier in Betracht Prostatahypertrophie, Stricturen und spasmodische Verengerungen der Harnröhre, sehr enges Oriffic. extern. und hochgradige Phimose.

Ob die Feinheit des Strahls von Prostatahypertrophie oder Strictur bedingt ist, erkennen wir gewöhnlich sofort an der Projectionskraft desselben. Bei Prostatahyperthrophie fällt der Strahl perpendiculär herunter und wird durch Pressen nicht verstärkt, was bei Strictur gerade der Fall ist.

Aber auch die spasmodischen Verengerungen der Harnröhre spielen hier eine Rolle. Es können dieselben für sich existiren, oder aber sich zu organischen Stricturen gesellen und es ist ganz sicher, dass ein Theil der Urethra, wenn er durch plastische Infiltrationen verengert ist, zeitweilig auch durch die unwillkürlichen Muskelfasern,. welche den Kanal überall umgeben, constringirt und so das Caliber des Harnstrahls verkleinert werden kann.

Solche spasmodische Verengerungen des Harnstrahls stehen oft mit gewissen allgemeinen Zuständen des Organismus in Verbindung. Aussere Hitze und Kälte bringen einander entgegengesetzte Wirkungen hervor. Ein Schüttelfrost veranlasst einen kleinen Strahl, und der entgegengesetzte Körperzustand bei Abspannung durch Hitze ergibt einen grossen.

III. Die Form des Harnstrahls ist für gewöhnlich eine rundliche. Sie kann aber in verschiedener Weise verändert sein: abgeplattet, flach, gedreht, spiralig, gespalten und gegabelt. Eine Veränderung in dieser Richtung gehört zu den frühesten Symptomen der Strictur. Es rührt dies daher, dass das Volumen des Stromes nicht genügt, um die Lippen des Meatus externus zu öffnen, so dass die spaltartige Form dieser Oeffnung den Strom modificirt. Ist aber seine Kraft zu gering, um die Lippen von einander zu trennen, so tritt der Urin oben und unten aus, so dass sich zwei kleine Ströme statt eines einzigen bilden. Man darf jedoch keineswegs hieraus schliessen, dass die Existenz eines solchen Stromes per se ein Beweis von vorhandener Strictur sei, dass derselbe auch vorkommt bei blosser Veränderung des Meatus externus, wenn dieser durch wiederholte Entzündungen und daraus resultirende Infiltrationen in seiner Form oder Dehnbarkeit verändert ist.

Oft liegt bei den gerade erwähnten Difformitäten des Urinstrahls nicht einmal eine Strictur oder Infiltration des Orific. extern. vor, sondern wir sehen dieselben auch gar nicht selten ohne mechanisches Hinderniss in der Harnröhre da, wo die Austreibungskräfte vermindert sind, wie dies bei der verminderten Projectionskraft des Strahls beschrieben wurde. Der ohne ordentlichen Impuls abfliessende Harn ist zu schwach, um den geschlossenen Harnkanal und die Lippen des Meatus externus voll und ganz zu öffnen, so dass ähnliche Difformitäten entstehen, wie bei beginnender Strictur.

Die Difformität des Strahls an und für sich ist also kein sicheres Zeichen der Strictur. Ist z. B. der Strahl in seinem Volumen voll, so besteht keine Strictur, gleichviel ob derselbe abgeplattet oder spiralig ist. Als seltene Ursache obiger Affection ist noch der Blasenstein zu nennen, wenn dieser nicht gross genug ist oder seine Form nicht ganz passend, um den Blasenhals ganz zu verstopfen.

IV. Die Continuität des Strahls spielt insofern bei Aerzten und Laien eine grosse Rolle, weil die meisten das plötzliche Stocken des Strahls als pathognomonisch für Blasenstein betrachten, wo es nach Henry Thompson gerade sehr selten ist. Gewiss beobachtet man dieses Symptom bei Blasenstein, aber nur ausnahmsweise; denn zu seinem Zustandekommen sind verschiedene Umstände nothwendig. In erster Linie muss das Orific. ext. urethr. in einer Lage sich befinden, in welcher der Stein leicht auf den Blasenhals zu liegen kommt: Der Betreffende muss also aufrecht stehend uriniren. In zweiter Linie muss der Blasenhals weich und geschmeidig genug sein, damit der Stein sich wie ein Zapfen in seiner Höhlung festsetzen und ihn vollständig verstopfen kann. In dritter Linie muss sich die Blase lebhaft und regelmässig genug zusammenziehen, um den Stein gerade gegen die Mündung zu treiben.

Am häufigsten treffen wir diese Bedingungen bei Kindern erfüllt; denn hier ist der Blasenhals weich, das Orific. int. auf einem Niveau mit dem Blasenboden und die Blase contrahirt sich lebhaft, energisch und gleichmässig.

Wenn wir bei Erwachsenen diese Symptome beobachten sollen, so muss der Stein sehr klein und leicht sein.

Unendlich viel häufiger sehen wir das plötzliche Unterbrechen des Harnstrahls bei einer verhältnissmässig wenig gekannten und selten genannten Affection: dem Spasmus der Blasenschliessmuskeln. Wenn wir einen Neurastheniker in unserer Gegenwart seinen Harn entleeren lassen, so sehen wir gar nicht selten, dass der Patient seinen Urin zuerst einige Zeit flattiren muss, bis er zuerst langsam in Tropfen und erst allmählig in mehr oder minder stärkerem Strom abgeht. Mit einem Schlage wird derselbe unterbrochen, indem die Blasenschliessmuskeln sich ohne äussere Veranlassung urplötzlich wieder krampfhaft schliessen.

Wir beobachten dann das Bild, wie man es gewöhnlich nur bei Blasensteinkranken sehen zu müssen glaubt. Allmählich verliert sich der Krampf wieder und das Uriniren kommt wieder in Gang.

Verfasser hat solche Patienten gesehen, deren Urinentleerung drei- bis fünfmal unterbrochen wurde, und die wohl 10—15 Minuten brauchten, nur um ein gewöhnliches Quantum Urin zu entleeren.

V. Muss der Patient sich anstrengen, bis das Uriniren im Gange ist und geht der Harn gleich im Beginne in einem Strahl ab oder nur tropfenweise?

Wir beobachten gar nicht selten die Thatsache, dass Patienten bei der Harnentleerung einige Augenblicke bis 10 Minuten Zeit brauchen, bis der Urin nur anfängt abzugehen. Die verschiedenen Individuen machen dabei die verschiedensten Kunstgriffe, um den Harnabgang zu befördern.

Fängt dann der Urin an abzugehen, so fliesst er nur tropfenweise. Bei der grossen Mehrzahl entsteht in kurzer Zeit ein mehr oder minder starker Strahl; bei wenigen geht das ganze Quantum Harn nur tropfenweise ab. In letzterem Falle handelt es sich um vorgeschrittene Stricturen, in ersterem gewöhnlich um einen leichten chronischen Spasmus der Blasenschliessmuskeln, welcher auch, wie schon erwähnt, in anderen Fällen die plötzliche Unterbrechung des Harnstrahls verursacht.

VI. Ist Nachträufeln des Harns vorhanden? Das Harnnachträufeln, ein an und für sich schon häufiges Vorkommniss, gelangt deswegen nicht selten zur Beobachtung des Arztes, weil die Patienten demselben meist eine gewisse Wichtigkeit beilegen. Es hat dieses Phänomen aber eine fundamental verschiedene Bedeutung, je nachdem es sich nur an die willkürliche Harnentleerung anschliesst und unmittelbar nach derselben, oder auch einige Zeit nach derselben vorkommt, oder nachdem es in der Zwischenzeit, im Schlafe etc. sich zeigt, durchaus unabhängig von dem willkürlichen Harnen.

Letztere Form gehört unter das Capitel des «unwillkürlichen» Harnabganges. Die erstere dagegen bildet das eigentliche Harnnachträufeln, das hier besprochen wird.

In der Regel ist sein Auftreten folgendes: Der Patient braucht nach dem Uriniren längere Zeit, um die Urethra austropfen zu lassen; der Eine schüttelt zu diesem Zwecke das Membrum, der Andere macht von hinten nach vorn eine streichende, melkende Bewegung; bei noch Andern fliesst nachträglich, nachdem sie das Membrum reponirt und schon wieder einige Schritte gemacht haben, eine kleine oder grössere Menge Harnes ab.

In vereinzelten Fällen gehen sogar noch einzelne Tropfen weg eine halbe bis eine ganze Stunde nach der willkürlichen Miction

Wie schon bemerkt, besteht der Schluss der Harnentleerung in einem genauen Aneinanderlegen der Harnröhrenwände. Alles nun was diesen letzteren Act stört, wird bewirken, dass der Urin sich nicht prompt aus der Harnröhre entleert, sondern tropfenweise allmählich abgeht, mit anderen Worten, dass Harnnachträufeln eintritt.

Wahrscheinlich ist das Harnnachträufeln so zu erklären, dass es sich dabei um einen Erschlaffungszustand des muskulären Schlauchs handelt, welcher die Harnröhre vom Bulbus bis zur Blase umgibt. Dadurch verliert derselbe die Fähigkeit, sich rasch und energisch zusammenzuziehen und den Rest des Harns über den Bulbus hinauszupressen; der Urin bleibt in dem halbgeöffneten Schlauche liegen und tröpfelt dann durch die Bewegung beim Gehen langsam ab, oder es wird gerade durch dasselbe noch eine etwas energische Contraction des schlauchförmigen Muskels ausgelöst und der restirende Harn mit einem Ruck gar entleert.

Das Harnnachträufeln kann aber auch bedingt sein durch Ursachen, die in der Harnröhre selbst liegen und dort ein exactes Aneinanderlegen der Wände und damit einen vollständigen Abfluss des Urins unmöglich machen. Es handelt sich hier hauptsächlich um enge Stricturen, bei welchen durch das indurirte Gewebe um die Strictur herum und die oft unregelmässige Dilatation, welche sich hinter der Strictur gebildet hat, die Wände des Kanals nicht mehr in Berührung mit einander gebracht werden können. Zudem füllt sich die Erweiterung beim Uriniren wie ein Sack und dieser Inhalt träufelt infolge der Schwerkraft aus, sobald der Penis seine hängende Position wieder annimmt, wenn der Patient denselben nicht vorher mit einer melkenden Bewegung ganz entleert. Ebenso kann die prompte Entleerung der Harnröhre verhindert werden durch Hindernisse an deren Ausgang, wie z. B. abnorm enges Orificium extern. oder ganz enge Phimose.

Aus dieser Darlegung ist zu ersehen, wie wichtig der Rath Sir HENRY THOMPSON's ist, jeden Patienten mit Erkrankung des Uro-Genitalsystems — bei der ersten Untersuchung wenigstens — in Gegenwart des Arztes uriniren zu lassen.

Prof. Strümpell: Ueber die hereditäre spastische Spinalparalyse. (D. Zeitschr. f. Nervenh. IV. 3.)

STRÜMPELL hat schon in einer früheren Arbeit «über eine bestimmte Form von Systemerkrankung» (Westphals Arch. XVII.) die Krankheitsgeschichte zweier Brüder mitgetheilt, die mit dem in der vorliegenden Arbeit mitgetheilten Krankheitsfall identische Erscheinungen darboten. Der eine Fall zeigte als anatomischen Befund primäre systematische Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn, der Kleinhirnseitenstrangbahn, der GOLL'schen Stränge.

Das Krankheitsbild, das diesem anatomischen Befunde entspricht und das STRÜMPELL unter der Bezeichnung hereditäre spastische Spinalparalyse zusammenfasst, im Gegensatz zu allen anderen Formen der spastischen Spinalparalyse ist Folgendes:

Unter dem Einfluss abnormer Veranlagung entwickelt sich eine langsam fortschreitende primäre systematische Degeneration in der PyB des Rückenmarkes.

Dieses Leiden tritt in der Regel familiär auf und zwar anscheinend die männlichen Familienglieder häufiger betreffend. In dem beschriebenen Falle litt der Vater und Grossvater an derselben Krankheit. Die Krankheit beginnt gewöhnlich zwischen dem 20. bis 30. Lebensjahre als spastische Pseudoparese der unteren Extremitäten und führt erst nach vielen Jahren zur wirklichen spastischen Parese und Paralyse.

Die zu den oberen Extremitäten, Zunge, Lippe etc. gehörigen Abschnitte der PyB erkranken viel später und seltener.

Die Degeneration der PyB combinirt sich mit Degeneration der KlS und GoS.

Klinisch drückt sich dies durch spät auftretende Störungen des Temperatursinnes und ganz geringe Blasenstörungen aus. (?)

R. K.

Dr. H. Hildebrandt (Elberfeld): **Ueber Ernährung mit einem geschmack- und geruchlosen Albumosen-Präparate.** Separatabdruck aus den Verhandlungen des XII. Congresses für innere Medizin zu Wiesbaden 1893.)

Nachdem durch die grundlegenden Arbeiten von KÜHNE und seinen Schülern nachgewiesen war, dass das bis dahin als Pepton bezeichnete und somit die meisten sogenannten Handelspeptone keine einheitlichen Körper darstellen, sondern ein Gemisch von verschiedenen Zwischenstufen zwischen Eiweiss und Pepton seien, in dem eigentliches Pepton nur in geringen Mengen vorhanden ist, musste sich naturgemäss die Frage aufdrängen, ob wirklich der nunmehr als Pepton bezeichnete den hohen Nährwerth besitze, der ihm früher zugesprochen wurde.

Vor einiger Zeit ist nun in den Elberfelder Fabriken ein Präparat dargestellt worden, welches fast vollständig frei von KÜHNE-schem Peptone ist und im Wesentlichen aus Albumosen besteht. Es ist ein weissgelbliches Pulver, löslich in Wasser fast in jedem Verhältnisse. Seine Lösung ist klar, gelblich und entbehrt des für Pepton charakteristischen unangenehm bitteren Geschmackes und leimartigen Geruches. Es ist dies das erste im Grossen dargestellte, so gut wie peptonfreie, aus reinen Albumosen bestehende Produkt.[1])

Sein Gehalt an Albumosen beträgt 84 bis 86%; sein Gehalt an Stickstoff 13·5%. 1 *gr* Albumosen entsprechen demnach ca. 4·5 *gr* fettfreiem Fleisch.

Mit diesem Albumosen-Präparate hatte Verfasser vor einiger Zeit Versuche begonnen, welche zunächst die Frage beantworten sollen, ob es, wenn daneben dem Körper nur eine geringe Menge Eiweiss geboten wird, die hinter dem sogenannten Schwellenwerth des Eiweissbedürfnisses zurückbleibt und also keinesfalls genügt, um den Organismus auf seinem Bestande zu erhalten, eine chemisch-äquivalente Menge Eiweiss vollständig zu ersetzen vermöge, d. h. auch physiologisch äquivalent seien.

Als Versuchsthier diente ein Hund von 22 Kilo Körpergewicht.

Wie ein beigegebene Tabelle zeigt, haben wir am Schluss der ersten Fleischperiode Stickstoff-Gleichgewicht, im Anfang der Albumosen-Periode Stickstoff-Ansatz, am dritten Tage Stickstoff-Gleichgewicht und während des folgenden Tages Stickstoff-Verlust. Im Durchschnitt ist in der Albumosen-Periode der N-Ansatz geringer als in den Fleischperioden.

Auffallend sind besonders gegen Ende der zweiten Periode die hohen Stickstoff-Ausscheidungen durch den Koth. Dies findet seine Erklärung in der Dünnheit der Stühle, in welchen auch noch unveränderte Albumosen nachgewiesen wurden. Berücksichtigt man, dass gerade in derselben Periode die N-Ausscheidungen durch den Harn durchwegs geringer sind,[2]) als in den beiden Fleisch-Perioden, so ersieht man, dass in der Albumosen-Periode relativ weniger

[1]) Das Präparat ist inzwischen von den Elberfelder Farbenfabriken (vorm. Friedr. Bayer & Co.) in den Handel gebracht worden.

[2]) Der Organismus korrigirt gleichsam die verringerte N-Einnahme vom Magendarmkanale durch eine verminderte N-Ausscheidung im Harne.

stickstoffhaltiges Material in den Geweben des Organismus zurückbehalten wurde als in den Fleischperioden. Man könnte geneigt sein, diese Erscheinung als den Ausdruck der höheren Werthigkeit des Albumosen-Stickstoffes gegenüber dem Fleisch-Stickstoff zu deuten. Hiermit steht auch in Einklang, dass sich das Körpergewicht während der Albumosen-Fütterung nicht wesentlich veränderte.

Beim Menschen ist das neue Albumosen-Präparat bereits in grösserem Umfange dargereicht worden; es wurde stets gut vertragen. Die Dosen betrugen 5 bis 15 *gr* pro Tag; doch wurden schon wesentlich grössere Mengen (bis 40 *gr* pro Tag längere Zeit hindurch genossen.[3])

Wenn nun wirklich die reinen Albumosen diejenigen Stoffe sind, welche zum Ersatze des genuinen Körper-Eiweisses dienen können, so lag es nahe, zu untersuchen, ob das Albumosen-Präparat zur Ernährung auch geeignet ist, wenn es vom subcutanen Zellgewebe aus zu den Geweben gelangt, ohne also einer etwaigen Veränderung im Magen-Darmkanale zu unterliegen. Verfasser überzeugte sich zunächst davon, dass sterile Lösungen (in 0·7% Cl Na-Lösung) 5 bis 10% subcutan, ohne Entzündung zu erregen, injicirt werden können; auch fielen die nach BUCHNER's[4]) Methode zur Prüfung der Chemotaxis angestellten Röhrchenversuche negativ aus. Am Menschen wurden versuchsweise bis 10 *ccm* 5% Albumosenlösung ins subcutane Zellgewebe injicirt, ohne Lokal-Erscheinungen hervorzurufen. Wie BUCHNER[4]) bemerkt, erweisen sich Lösungen von Hemialbumosen (von GRÜBLER bezogen), also den ersten Umwandlungsprodukten der Eweisskörper, als ziemlich stark anlockend auf Leukocyten, während dagegen den Endprodukten, Peptonen, vielleicht vermöge ihrer Giftigkeit eine abschreckende, lähmende Wirkung auf Leukocyten, zukommt. Es ist bemerkenswerth, dass die Lösungen unserer Albumosen subcutan injicirt von Thieren (sie bekamen mehrere Tage hindurch 0·5 bis 1 *gr* pro Kilo Thier in 5% Lösung) gut vertragen wurden und weder lokale Reizerscheinungen, noch Störungen des Allgemeinbefindens zur Folge hatten. Es lässt sich für dieses scheinbar abweichende Verhalten keine andere Erklärung geben, als die, dass BUCHNER die gesammten Hemialbumosen unter den Händen hatte, während die von mir zu den Versuchen benutzten Albumosen der Farbenfabriken lediglich bestehen aus Deutero- und Hetero-Albumosen der Hemi-Gruppe, sowie aus der gesammten Anti-Gruppe. Die beiden anderen Bestandtheile der Hemialbumosen (Protero- und Dys-Albumosen), welche wahrscheinlich bei den erwähnten grundlegenden BUCHNER'schen Versuchen Ursache der Reizwirkung gewesen sind, fehlen in dem Albumosenprodukte der Farbenfabriken.

Nach Injection von 50 *ccm* 5% Albumosenlösung (in 0·7% Cl Na) bei einem Hunde von 10 Kilo Gewicht fanden sich im Harne weder Albumosen, noch Pepton, noch Albuminate. Es sind demnach die Albumosen vollständig in den Geweben zurückbehalten worden.

Bezüglich des eigentlichen Nährwerthes subcutaner Albumosenlösung konnte Verfasser aus äusseren Gründen bis jetzt nur an kleinen Hunden Versuche anstellen.

Verfasser hatte diese Verhältnisse berührt, weil man vielleicht daran denken könnte, in Fällen von Behinderung der Nahrungsaufnahme per os, diese durch subcutane Injection von N-haltigen Nährbrstoffen (Albumosen) bis zu einem gewissen Grade zu ersetzen. Es würde dann die neuerdings in verschiedenen pathologischen Zuständen erprobte parenchymatöse Cl Na-Infusion hierzu vielleicht benutzt werden können.

Dr. Paul Richter: Ueber neuere Behandlungsmethoden der Tuberkulose vom pathologisch-anatomischen Standpunkte. (Sonder-Abdruck aus SCHMIDT's Jahrbücher d. ges. Medicin Bd. 239, S. 177).

Alle Methoden die Tuberculose durch Abtödtung der Bacillen heilen zu wollen, erwiesen sich als ziemlich erfolglos. Die vielen empfohlenen antiparasitären Mittel bewährten sich (mit Ausnahme des Jodoforms bei chirurgischer Tuberculose und bis zu einem gewissen Grade des Kreosots und Guajacols) bei der therapeutischen Verwendung nicht; andere antibacterielle Methoden wie die intraperitoneale Einspritzung tuberculose-immunen Blutes (von Hunden, Ziegen) oder der Versuch die Tuberkelbacillen durch Einführung anderer pathogener Bacterien (z. B. Erysipelcoccen) zu vernichten, sind in ihrer Wirkung noch mehr als fraglich.

Neuerer Zeit versuchte LANDERER die Tuberculose nicht in den Bacillen sondern in dem von ihnen erzeugten specifischen Gewebe, dem Tuberkel therapeutisch anzugreifen, indem er sich bemühte den in der Natur vorkommenden Heilungsvorgang der Bindegewebigen Einkapselung und Schrumpfung künstlich durch Erzeugung einer aseptischen Entzündung mässigen Grades hervorzurufen. — (Entzündungserregend hatte auch das KOCH'sche Tuberculin gewirkt; doch war die Entzündung eine heftige, die Folge davon Erweichung und Propagation der infectiösen Massen.)

LANDERER verwendete zu dem genannten Zwecke zuerst den Perubalsam, später die wirksame Substanz desselben, die Zimmtsäure u. zw. «in Berücksichtigung der Erscheinung, das corpusculäre Elemente, in den Kreislauf eingeführt, sich mit Vorliebe an solchen Stellen ablagern, wo eine veränderte Circulation besteht», auf dem Wege der directen intravenösen Injection.

Erfolgreich ausgeführten Thierexperimenten folgte die klinische Anwendung, die sich in vielen Fällen bewährte, ohne dass die Injection irgend welche unangenehmen Zufälle im Gefolge gehabt hätten.

In ähnlicher Weise suchte LANNELONGNE durch Injection von Chlorzink bei chirurgischer Tuberculose um die Erkrankungherde in Haut und Knochen fibröse Schutzwälle zu erzeugen.

Gelenks- und Knochentuberculose durch Bindegewebsneubildung und Schwielenbildung zur Heilung zu bringen war auch das Streben BIER's, der dies, von der Erfahrung ausgehend, dass in venösbyperämischen Lungen sich keine Tuberculose entwickele, durch künstlich erzeugte Stauungshyperämie (mittelst elastischer Umschnürung der Extremitäten) zu erreichen suchte und auch thatsächlich in vielen Fällen Erfolge verzeichnen konnte.

Erwähnenswerth ist noch die bis nun nicht recht aufgeklärte Methode der Heilung von Bauchfelltuberculose mittelst Laparotomie.

Verfasser resumirt, dass nur von solchen Heilverfahren bei der Tuberculose etwas zu erwarten sei, die den spontanen Heilungsvorgang der Natur nachzuahmen oder zu beschleunigen suchen.

B. S.

B. Worotynski: Ueber den Einfluss der Suspensionen auf die Sehstörungen bei Affectionen des Rückenmarkes. (Neurologischer Bote, Bd. I, Heft 1.)

Es wurde bereits von manchen Autoren die Beobachtung gemacht, dass die Suspensionen die Sehstörungen bei Tabes günstig beeinflussen können.

Verfasser berichtet über drei Fälle, die diese Beobachtungen vollauf bestätigen.

Im ersten Falle handelte es sich um ein 43 jähriges Individuum, welches seit 4 Jahren an Tabes erkrankt war und bei welchem das Sehvermögen abgeschwächt war und das Gesichtsfeld concentrisch verjüngt war. Nach 6 Suspensionen bemerkte Patient eine Besserung seines Sehvermögens. Die Untersuchung ergab: V = 20/20, das Gesichtsfeld erweiterte sich nach allen Richtungen um 5—10 Grad.

Nach 3 Monaten blieb das Sehvermögen unverändert.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 29 jährigen Tabetiker, bei dem sich seit 4 Jahren das Sehvermögen immer verschlimmerte. Die Untersuchung ergab eine Atrophie des Nervus opt. V rechts 2/200, links 4/200.

Nach den drei ersten Suspensionen besserte sich das Sehvermögen: Rechts 5/200, links 7/200. Bei weiteren Suspensionen kam keine weitere Besserung zu Stande. Im dritten Falle handelte es sich um eine Myelitis. Vor den Suspensionen rechts V 15/70, nach drei Suspensionen dagegen 17/40, wobei sich auch das Gesichtsfeld ein wenig erweiterte.

Rdt.

[3]) Wie dem Verfasser von Collegen in der Praxis mitgetheilt wurde, wirkte das Präparat in kleinen Dosen Appetit anregend und bewährte sich bei Obstipationen.

[4]) Berliner klinische Wochenschrift 1890, Seite 1080 und folgende.

[5]) BUCHNER l. c.

Howard F. Hansell: Zwei Fälle von Erkrankungen der Augen durch Blendung. (Medical news. 28. Octob. 1893. LXIII. 18.)

Ein 18jähriger Bursche war, nachdem er sich einige Tage hindurch enormer Hitze ausgesetzt hatte, unter Erscheinungen erkrankt, welche Meningitis ähnlich sahen. In der Reconvalescenz trat Schielen, Doppeltsehen und Herabsetzung der Sehschärfe auf. Die Diagnose lautete auf Druck des rechten Abducens durch basale Meningitin, letztere verursacht durch Exponirung in heisser Sonne; ferner Ergriffensein der Hüllen des Sehnerven durch Ausbreitung des entzündlichen Processes. Nach Gebrauch von Brom trat nach 3 Monaten vollständige Heilung ein.

Der 2. Fall betrifft eine 30jährige Frauensperson, welche während der enormen Sommerhitzen des Jahres 1892 von quälenden Kopfschmerzen zu leiden hatte. Im Herbst desselben Jahres trat allmählig eine Herabsetzung der Sehschärfe ein, und als Verfasser die Kranke sah, konnte er eine Lähmung des rechten Abducens, weite und träg reagirende Pupillen, und mit dem Augenspiegel beiderseits eine beträchtliche Schwellung beider Papillen constatiren.

Da eine energische Innunctionscur den rapiden Verfall des Sehvermögens nicht aufzuhalten vermochte, entschloss sich der Autor zu einem operativen Eingriff. Nachdem er (am rechten Auge) den Internus von der Sclera abgelöst hatte, ging er mit einem Schielhacken in die Augenhöhle ein, suchte hinter den Augapfel an den Sehnerven zu gelangen, und letzteren mehrmals sanft vorwärts zu ziehen. Subjective Lichterscheinungen, welche die Operirte wahrgenommen, vergewisserten ihn, dass er wirklich den Sehnerven erfasst hatte.

Der Eingriff, der auch nach starker Cocaïnisirung sehr schmerzhaft war, war nicht vom gewünschten Erfolge begleitet, was aber Verfasser nur der zu spät vorgenommenen Ausführung zuschreibt *). Der Autor glaubt, dass es sich in diesem Falle um durch Insolation hervorgerufene meningitische Processe gehandelt habe, und dass es zu einer Strangulation des Sehnerven durch entzündliche Producte zwischen dem letzteren und seinem knöchernen Canale gekommen sei. In der Absicht, solche etwa bestehende Adhäsionen zu lösen, hat Verfasser den Eingriff unternommen.

A. P.

Henry Koplik: Ueber die akute Alkoholvergiftung bei Kindern und der Missbrauch bei Magen- und Darmkrankheiten im Kindesalter. (Medical news, 28. Octobre 1893, LXIII, 18)

Seitdem von gewichtigen, deutschen Autoren der Alkohol i die Therapie der Kinderkrankheiten eingeführt ist, wird leider mi: diesem Mittel oft in ganz unsinniger Weise Missbrauch getrieben Namentlich die akuten Magen- und Darmkatarrhe sind es, be: welchen man die schädlichen Wirkungen dieses nicht ungefährlichen Mittels zu beobachten Gelegenheit hat. Oft genug ordnet der Arz an, dass dem Kinde von Zeit zu Zeit etwa ein Schluck Milch mit Cognac gereicht werde. Die nähere Dosirung wird den Müttern oder Pflegerinnen überlassen, welche oft des Guten zuviel thun und Alkohol in ganz unsinnigen Mengen verabreichen. Verfasser hat Gelegenheit gehabt, zahlreiche an Alkoholvergiftung leidende kleine Patienten zu sehen. Die einen zeigen ein auffallendes Benehmen. Die Mutter meldet, dass ein bis dahin ganz gut genährtes Kind sich plötzlich geändert habe, die Arme herumwerfe, unmotivirte Bewegungen mit dem Kopfe mache und selbst seine Eltern zu schlagen versuche. Im allgemeinen besteht im Aussehen und Benehmen der Kinder eine Aehnlichkeit mit dem Bilde, das erwachsene Trunkene bieten. In anderen schweren Fällen zeigen sich stuporöse Erscheinungen. Verfasser ist im Principe durchaus nicht gegen die Anwendung des Alkohol, den er in entsprechend kleinen und genau vorzuschreibenden Mengen für ein treffliches Stimulanz, namentlich bei Diphtherie, Scharlach und Typhus hält, warnt aber entschieden vor dessen Anwendung bei akutem Magen- und Darmkatarrh der Säuglinge.

A. P.

*) Da nämlich zur Zeit der Operation bereits beginnende Atrophia nerv. optici zu constatiren war.

W. Murawjew: Die graphische Methode als diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung der Schädelgeschwülste. (St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 44, 1893. Medicinoskoje Obosrenje Nr. 15.)

Bei einer 36jährigen Frau wurde ein Schilddrüsentumor und eine Schädelgeschwulst konstatirt. Letztere befand sich im hinteren Drittel des rechten Scheitelbeines und zeigte Pulsationen. Etwas nach vorne von derselben sass noch ein Tumor, der viel kleiner war. Beide zeigten eine weiche, fast fluctuirende Consistenz. Von weiten des Rückenmarks waren Compressionserscheinungen vorhanden: Paraplegia inferior, heftige Schmerzen in der Schultergegend, in die Beine ausstrahlend, trophische Störungen der Haut und der Muskulatur der unteren Extremitäten, Sensibilitätsstörungen. Obstipation. Fehlen der Patellarreflexe. Von Seiten des Gehirns wurden folgende Symptome konstatirt: heftige Kopfschmerzen, Stauungspapille, Paralysen des rechten Abducens, des linken Oculomotorius des rechten Facialis und des rechten Ocusticus. Es wurde die Diagnose auf Carcinomatose gestellt. Um zu entscheiden, ob die Schädelgeschwulst mit dem Gehir communicirt, wurde der MAREY'sche Cardiograph angewandt. In der That erzählt M. CURVEN, die nicht nur die Pulswellen zeigten, sondern auch die von den Athmungsphasen abhängigen Schwankungen wiedergaben. Da das Vorhandensein von Paralysen der Hirnnerven von der sichtbaren Schädelgeschwulst nicht in Abhängigkeit gestellt werden konnte, so musste angenommen werden, dass an der Hirnbasis cercinomatöse Metastasen sich entwickelt haben. Um dies zu entscheiden, wandte Verfasser die von GABRITSCHEWSKI angegebene Methode an. Bringt man auf den Schädel einen rasch sich bewegenden Körper, z. B. einen Kammerton, so führen die Schädelknochen entsprechende Schwingungen aus. Diese Schwingungen werden auf eine dünne elastische Gummimembran des sogenannten Pneumatoskopen übertragen und können in's Ohr des Untersuchers geleitet werden mittelst eines gewöhnlichen amerikanischen Stethoskopes. Wenn irgendwo am Schädel, in der Nähe des Schädelgewölbes eine Geschwulst vorhanden ist, so wird dieselbe den Knochenschwingungen hinderlich sein, desshalb wird der Ton an dieser Stelle schwächer, als an anderen Stellen sein. Bei der Patientin constatirte Verfasser eine Abschwächung und Dumpferwerden des Tones, wenn der Kammerton auf die linke Schläfe gesetzt wurde. Es wurde desshalb vorausgesetzt, dass in dieser Gegend ein Tumor vorhanden sein müsse. Die Section bestätigte dies. Verfasser ist der Meinung, dass die GABRITSCHEWSKI-sche Methode angewandt werden könne zur Diagnose der Hirntumoren, die nahe dem Schädelgewölbe sitzen, ferner zur Diagnose von Gehirnabscessen und Abscessen des Processus mastoideus; die graphische Methode ist in Fällen anzuwenden, wo es zu entscheiden gilt, ob eine pulsirende Geschwulst mit dem Gehirn communicirt oder nicht.

Dr. A. Cicognani: Phenocoll und Malaria. (Rassegna Medica, Nr. 10, 1893.)

Verfasser bespricht hier 10 Fälle, von denen er n e u n s e l b s t studirte; über den 10. wurde ihm von anderer Seite mündlich berichtet. Von 8 Fällen spreche er nur im Allgemeinen, da bei 5 e i n t ä g e m, 2 d r e i t ä g i g e m und 1 v i e r t ä g i g e m F i e b e r k r a n k e n nach Eingabe von P h e n o c o l l d a s F i e b e r m a n s o f o r t v e r s c h w i n d e n s a h.

Auf die übrigen Fälle geht Verfasser näher ein, weil dieselben, als sehr h o c h g r a d i g e die v o r z ü g l i c h e W i r k s a m k e i t des P h e n o c o l l, g e g e n d a s S u m p f f i e b e r, b e w e i s e n.

1. Fall. C. A. aus Masi (Padova) 64 Jahre alt, gewerbsmässige Bettlerin, wurde am Abend des 1. Juli 1893 in das Hospital aufgenommen. Es ist üblich in den Spitälern die Abendtemperatur zu bestimmen. Die Kranke befand sich in völligem Fieberzustand. Am 2. Abend wurde die Kranke von Schüttelfrost befallen; Temperatur 39·7°; am darauffolgenden Tage 38°. Alsdann eine Verminderung während der Dauer zweier Tage, späterhin wieder Steigerung des Fiebers. Abgesehen von dem Fieberzustand, war bei der objectiven Untersuchung nichts Bemerkenswerthes weder in den Respirationsorganen, noch bezüglich der Circulations- und

Harnorgane zu constatiren. Erschwerter Stuhlgang, leicht angeschwollene Leber und kaum merkliche Ueberschreitung der normalen Grenzen der Milz, kachektisches Aussehen.

Die Fieber-Anfälle stellten sich stets zur bestimmten Stunde ein und zwar um 2 Uhr Nachmittags. Anfangs zeigten sich unbedeutende Kälteschauer in der Rückengegend und nach den Lenden zu; dieselben nahmen allmählig zu und verbreiteten sich nach den inneren Theilen, worauf ein lästiges Gefühl von Hitze eintrat. Gegen Abend trat reichlicher Schweiss ein.

In Berücksichtigung dessen, sowie des frühern Aufenthaltsortes der Kranken und noch mehr auf Grund der Geschwulst der Milz, wurde Verfasser veranlasst, die Diagnose auf Sumpffieber (Malaria) zu stellen.

Es wurde Chinin. bisulfuric. verordnet, später Decocte von Chinarinde, Liquor arsenic. Fowler., ohne damit Erfolge zu erzielen. Während mehrer Tage wurden Injectionen von 0·40 *gr* Chinin-bromat. gemacht, indessen ebenfalls ohne Erfolg.

Verfasser ging alsdann mit Phenocoll. hydrochloric. vor. Als Dosis nahm er 1 *gr* in 2 Theile getheilt, 2—3 Stunden vor Eintritt des Fiebers verabreicht, des, von der Firma Schering in Berlin dargestellten Präparates. Während der beiden ersten Tage trat kein Fieber ein. Am 3. Tage setzte Verfasser das Phenocoll. aus und zur gewöhnlichen Stunde wiederholte sich der Schüttelfrost und das Fieber trat wieder ein. Von nun ab verabreichte er das Phenocoll 6 Tage lang und während dieser Zeit schwankte die Temperatur zwischen einem Minimum von 36½ und einem Maximum von 37·3°. — Nach Ablauf dieser 6 Tage hörte Verfasser mit Phenocoll-Verabreichung auf, ohne dass das Fieber sich wiederholte. Die Kranke genas zusehends, stand auf und nach Verlauf von 20 Tagen konnte sie völlig geheilt das Spital verlassen.

2. Fall. Im Juli desselben Jahres wurde Dr. GIUSEPPE FINZI, nach Crea (Verona) gerufen, um daselbst einen jungen Mann M. C., an linksseitigem Lungenspitzenkatarrh leidend, welcher stark in Verdacht der Schwindsucht stand, zu behandeln. Der Kranke hatte merkwürdigerweise jeden Tag zwei Fieberanfälle, und zwar ging denselben stets Schüttelfrost voraus. Während dieser Anfälle stellte sich der Husten ungemein stark ein. Waren dieselben vorüber, so fühlte sich der Patient relativ wohl, konnte das Bett verlassen und zu Fuss nach seiner Wohnung gehen.

Indem er sich auf diese Thatsachen stützte, vermuthete er, es mit einer Malariaform zu thun zu haben. Chinin, welches vier Stunden vor Eintritt des Fiebers verordnet wurde, hatte gar keine Wirkung.

Dr. FINZI betrachtete die Krankheit als eine äusserst seltene Erscheinung eines Doppelfiebers, beruhend einerseit auf Tuberkulose, anderseits auf Malaria, indem er seine Diagnose von dem Lungenbefund und mikroskopischer Untersuchung des Sputums, abhängig machte. Daraufhin verordnete er Phenocoll.

Wenige Tage nach Verabreichung dieses neuen Heilmittels verchwand das Fieber völlig, ohne je zurückzukehren.

Von den anderen 8 Fällen spricht Verfasser nicht detaillirt, da in sämmtlichen 8 Fällen das Phenocoll, welches sofort, ohne vorherige Anwendung von Chinin verordnet und das Fieber in kurzer Zeit beseitigt wurde. Das Phenocoll wurde in Dosis von 1 *gr* für Erwachsene und ½ *gr* für Kinder unter 10 Jahren, 2 bis 3 stündlich vor Eintritt der Fieberanfälle und auf die Dauer von niemals über 8 Tage, verordnet. Auf diese Weise wurde in fraglichen 8 Fällen die Malaria völlig geheilt.

Dieses ist unwiderlegliche Thatsache, speciell bei zwei- und dreitägigem Fieber festgestellt, wie solches auch die Herren Prof. ALBERTONI, Prof. CERVELLO, Dr. DALL'OLIO, sowie die DDr. NOVI, PRATI, VENTURINI, CRESCIMANNO und MATARAZZO, in ihren wissenschaftlichen Abhandlungen bestätigen.

Verfasser ist erfreut, sich im vollen Einklang mit so hervorragenden und geachteten Medicinern, zu befinden, weil die von ihm erzielten Resultate in auffallender Wese die Heilkraft des Phenocoll hydrochloric. gegen Malaria auf's Klarste bestätigen und zwar auch in solchen Fällen, in denen die Chininpräparate ohne jegliche Wirkung gegeben wurden. Auch kann er mit Vergnügen bezeugen, dass das in Rede stehende Heilmittel leicht eingenommen und recht gut vertragen wird und keine der so sehr lästigen Nachwirkungen, wie solche die Chininpräparate im Gefolge haben, hervorruft.

Misstrauen, Abneigung gegen alle neuen Heilmittel und das allzugrosse Vertrauen auf die alten Medicamente, sagt Verfasser, bilden die Ursache, dass dieses Präparat bislang noch wenig von Aerzten verordnet wurde. Indessen die immer wachsende Wissenschaft und die vorzüglichen Erfolge, welche man mit Phenocoll erzielte, werden dazu beitragen, dem Präparat überall Eingang zu verschaffen und alle Schranken überwinden, jeden Widerwillen und jedes Hinderniss beseitigen, zum Wohle der vielen Tausende, welche an Malaria leiden.

Dr. Houzel: Intraperitoneale ectopische Schwangerschaft. (Progrès Méd. vom 1. Juli 1893.)

Es handelt sich um einen Fall, in welchem die Schwangerschaft seiner Ansicht nach eine ausgesprochen peritoneale war. Während der letzten drei Monate seines Lebens lebte der Fötus zwischen den Gedärmen, ohne von einer umhüllenden Kapsel umgeben zu sein, sei es eine anatomische oder eine neu hinzugekommene Auskleidung. Der Fötus konnte sogar an die Leber anstossen und verursachte der Mutter viel Leiden, indem er die Därme störte. Druck auf den fötalen Kopf verursachte heftigen Schmerz in der linken Fossa iliaca. — Das Kind entleerte Meconium über den Därmen. Die Placenta haftete an den Darm fest an. Nichtsdestoweniger, trotz des freien Fötus und der adhärenten Placenta, war das Peritoneum nicht entzündet. Das Kind starb am Ende des neunten Monats. Die Placentagefässe waren ausserordentlich mächtig und setzten sich in andere Gefässe, die zum Darme gehörten, und so weit die Anheftungsstelle der Placenta reichte, fort. Dr. HOUZEL konnte die Placenta lösen, da eine unmittelbare Hämorrhagie unvermeidlich gewesen sein würde, und da sich der Darm nicht in gleichem Grade wie der Uterus contrahirt. Da kein Sack vorhanden war, so wurde auch keine Tamponade versucht. Autor fürchtete auch die Bauchwunde ganz zu schliessen, damit das Peritoneum sich nicht als weniger tolerant als vor der Operation erweise. Er zog es auch vor, das untere Ende der Wunde offen zu lassen, zu drainiren und die Placenta, von dem Momente an, in welchem es klar war, dass keine Gefahr von Hämorrhagie mehr bestand, zu lösen. — Die Mutter genas. *L. L.*

Dr Genonalle: Urethral-Strikturen bei Frauen. (Rev. Chir. 1893.)

Verfasser betont die Seltenheit der Urethralstrikturen bei Frauen. Der Aetiologie nach zerfallen sie, wie beim Manne, in zwei grosse Gruppen, infektiöse (d. h. blenorrhoische) und traumatische (Dystokie etc.) Die traumatischen Strikturen sind bei Frauen relativ häufiger als bei Männern. Die Symptome variiren von geringen Urinbeschwerden bis zu vollkommener Urinretention. Im Verhältniss zur Hochgradigkeit der Striktur sind die Beschweeden beim Weibe meist auffälliger als beim Manne. Dies beweist, dass die weibliche Blase schwächer und leichter ermüdbar als die des Mannes ist. Wie beim Manne kann Cystitis und Pyelonephritis sich im Anschluss an die Striktur entwickeln. *J. S.*

Dr. E. Monin (Paris): **Behandlung der Leberaffectionen.** (Sociéte d'Editions scientifiques 1893.)

Die Leberkrankheiten nehmen leicht einen chronischen Charakter an. Sie werden unterbrochen von congestiven subacuten Stadien und werden von Verdauungs- und Ernährungsstörungen begleitet: Die Lebercirrhose liefert uns in unseren temperirten Klimaten das typischeste Beispiel hiervon. Wenn man an die bio-

chemische Bedeutung der Leberdrüse denkt, so begreift man leicht warum die Erkrankungen dieses Organs unsere physiologische Vitalität so beträchtlich afficiren; warum sie unter den subdiaphragmatischen Krankheitszuständen auf die Affectsphäre am eigenthümlichsten rückwirken. Der praktische Arzt könnte nie genug wissenschaftlich arbeiten, um an der Lösung der heilbaren Leberläsion und der Linderung der erworbenen oder unheilbaren Störungen mitzuwirken. Wir haben uns zu oft von den Vorzügen der Anwendung des Hunyadi János überzeugen können, als dass wir nicht einige Zeilen den Indicationen dieses natürlichen Heilmittels bei den verschiedenen Störungen der Leberthätigkeit widmen sollten.

Die biliöse Magenstörung und der torpor of liver der Engländer werden unmittelbar bewältigt durch eine oder zwei ausgiebige Purgirungen mittelst dieses Mineralwassers. Wenn Gallensteine vorhanden sind, dann wird man deren Zurückhaltung verhindern oder ihre normale Ausscheidung fördern durch Verabreichung von einigen schwachen Dosen Hunyadi János: ein Bordeaux-Glas, drei Mal des Tages vor der Mahlzeit. Man wird auf diese Weise die Gallensecretion, sowohl in Bezug auf Qualität als auch hinsichtlich der Quantität, ad integrum wiederherstellen: Allmählig wird die Galle freier abfliessen können, und auch die katarrhalisch afficirten Leberwege werden nach und nach von dem in ihnen angesammelten Schleim befreit werden. In veralteten und hartnäckigen Fällen wird es durch diese dem gastrohepatischen Apparate verliehene gesteigerte Thätigkeit möglich sein, die vollständigsten Heilresultate der heroischen Behandlung durch Vichy oder Karlsbad zu erlangen.

Bei den unter den Tropen erworbenen und häufig auf Dysenterie folgenden Leberaffectionen, wird der regelmässige Gebrauch des ungarischen Wassers die heilsamsten Wirkungen zur Folge haben. Ist einmal die Heilwirkung eingetreten, so wird dieselbe fortdauern, ohne Zuhilfenahme irgend eines Medicamentes, indem die Modification der Verdauungsschleimhaut auf das Leberorgan fortwirkt. Es handelt sich hier keineswegs um eine conjecturale oder empirische therapeutische Theorie. Indem wir grosse Mengen von Gallenflüssigkeit ausfliessen lassen, wecken wir die eingeschlummerten physiologischen Leberfunctionen. Wir rufen keineswegs jene übertriebenen, rein künstlichen Secretionen hervor, die reich an Gefahren sind, indem sie unbesiegbare Obstructionen im Gefolge haben. Wir unterdrücken aber den congestiven Zustand der Leber: 1. durch eine vernünftige seröse Entleerung der Portalgefässe, 2. durch Erregung der vasomotorischen Contractilität des abdominalen Gefässsystems, 3. durch eine auflösende Thätigkeit, die noch unklar ist, die jedoch wahrscheinlich an eine Verminderung des Plasmin im Blute gebunden ist (CLAUDE BERNARD).

Würden Sie diese complicirte therapeutische Wirkung mittelst der aus dem Laboratorium stammenden neutralen Natrium- oder Magnesiumsalze erreichen? Gewiss nicht . . . Und warum? Das natürliche Mineralwasser hat in seinem unterirdischen Laufe, wie dies SCOUTETTEN nachgewiesen hat, allotropische und elektrische Modificationen erfahren, die ihm excito-vitale Eigenschaften verliehen haben. Daher sind die Fortdauer der Heilkraft oder, wenn sie wollen, der weittragende organische Einfluss die charakteristischen Zeichen der Wirkung des Hunyadi János. Einzig und allein durch eine Steigerung der Thätigkeit, die den vitalen Vorgängen aufgedrückt wird, wird die Resorption der krankhaften Exsudate angeregt; während zu gleicher Zeit die Glykogenie und Uropojese, die beide an die Integrität der Leberzellen gebunden sind, zur physiologischen Norm zurückkehren. Heute endlich, da man die functionelle Bedeutung der Integrität der Leber kennt, die nothwendig ist, um die Gifte des Verdauungscanals zurückzuhalten und um als unüberwindliche Schranke für die Producte der autogenen Intoxication zu dienen, hat man den Werth der Purgirung mittels des Hunyadi János schätzen gelernt — eine Purgirung, der die Klinik schon seit langer Zeit instinctiv den Vorzug gab.

Unter dem alleinigen Einflusse dieser Medication sieht man die Mehrzahl der pathognomischen Zeichen der Lebercongestion verschwinden: dieses tägliche und remittirende Fieber, dieser fortwährende Lendenschmerz, dieses Druckgefühl um das Becken mit Harnbeschwerden, die der uropojetischen Dystrophie eigenthümlich sind; endlich diese wirkliche Schwäche, die von den äusseren Zeichen einer scheinbaren Gesundheit maskirt wird. Der gewohnheitsmässige Gebrauch des Hunyadi János bewirkt eine Art Waschung der inneren Integumente, die an sich schon ein Vorbeugungsmittel gegen jedwede krankhafte Gährung ist. Ohne, wie die angeblichen Cholagoga, unnütze Hypersecretionen und gefährliche Irritationen hervorzurufen, werden wir mit dem ungarischen Mineralwasser den Gastroduodenaltractus und sämmtliche Mündungen des Leberorgans reinigen. Diese heilsame Arbeit werden dann die innere Antisepsis, die Alkalien und die Jodpräparate vervollständigen.

Durch Beseitigung jeglicher Constipation werden wir endlich den Hämorrhoidalfluss, der symptomatisch für Blutstauung in der Leber ist, verringern und endgiltig sistiren. *D. T.*

Tagesnachrichten und Notizen.

Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 29. November d. J. abgehaltenen Sitzung des Wiener medicin. Clubs, welche wegen der zahlreichen Demonstrationen mit dem elektrischen Beleuchtungsapparate im Hörsaale des Prof. Stricker stattfand, dankte der Vorsitzende, Dr. Breuer, für die Auszeichnung, den Vorsitz führen zu dürfen, worauf Dr. H. Schlesinger über Hämatomyelie beim Hunde, Dexler über einige Nervenkrankheiten bei Thieren, Vorträge hielten, an die sich einige interessante Demonstrationen von Rückenmarksschnitten anschlossen. Dr. Bickeles hielt einen mit Demonstrationen verbundenen Vortrag: «Zur Anatomie der rheumatischen Fascialislähmung». Der ausführliche Bericht findet sich an anderer Stelle dieses Blattes. — Die am 1. December unter dem Vorsitze Hofr. Dittel's abgehaltene Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, brachte einige interessante Demonstrationen, u. zw. stellte Prof. Neumann einen Mann vor, welcher zum zweiten Male innerhalb 4 Jahren eine syphilitische Primäraffection acquirirt hatte. Das Hauptinteresse der Gesellschaft war auf einen von Prof. Urbantschitsch gehaltenen Vortrag und auf die durch den Director des Taubstummen-Institutes in Döbling, Herrn Lefeld, sowie durch den an dieser Anstalt thätigen Lehrer Kühnel vorgeführten Taubstummen gerichtet, von denen methodische Gehörübungen mit den besten und frappantesten Erfolgen ausgeführt wurden. Prof. Paltauf demonstrirt das Präparat eines von einem Selbstmörder stammenden Magens, an welchem sich interessante, durch Paraldehyd hervorgerufene Verletzungen finden. R.-A. Dr. Kowalsky berichtet dann über eine neue Art von selbstbeobachteten Mikroorganismen bei Choleraleichen. Der ausführliche Bericht findet sich in nächster Nummer dieses Blattes. — Am 4. December d. J. hält Dr. Jos. Schrenk in der wissenschaftlichen Versammlung des Doctoren-Collegiums einen Vortrag: «Das öffentliche Sanitätswesen in der Stadt New-York. — Zu gleicher Zeit findet im Hôtel «Union», IX. Nussdorferstrasse 33, die constituirende Versammlung des Vereines der Aerzte im IX. Bezirke statt.

* Ueber die Errichtung einer dritten Universität in Ungarn, äusserte sich Unterrichtsminister Graf Albin Csáky in der letzten Sitzung des ungarischen Abgeordnetenhauses unter Anderem: «Ich stimme mit den Ansichten über die Unzulänglichkeit der Räumlichkeiten der Budapester Universität überein, weise aber auf die bekannten zwei Projecte in Betreff der Universitätsbauten hin, von denen das eine den idealen, aber Millionen verschlingenden, das andere aber den die finanzielle Lage Ungarns berücksichtigenden Standpunkt einnehme; die Entscheidung ist zu Gunsten des letzteren gefallen. Ich halte es für sehr wünschenswerth, dass ausser den bestehenden zwei Universitäten eine dritte, vielleicht auch eine vierte und später sogar eine fünfte Universität im Lande errichtet werde. Aber ich spreche es offen aus, dass ich diese Frage nicht für eine acute halte und dass wir weit dringendere und wichtigere Aufgaben haben (lebhafte Zustimmung) beispielsweise auf dem Gebiete des Volksunterrichtes (lebhafte Zustimmung). Ich will noch erwähnen, geehrtes Haus, dass die Errichtung einer dritten Universität schwerlich der Ueberfüllung an der Budapester Universität ein Ende machen würde. Wir haben ja das Exempel an der Klausenburger Universität vor

uns. Während wir hier eine Ueberfüllung haben, gibt es dort Raum genug und können wir den Zufluss an Hörern nicht dorthin ablenken.»

* Aus Budapest schreibt man uns: Der ungarische Landes-Sanitätsrath wird am 21. December d. J. das Jubiläum seines 25 jährigen Bestandes feiern, zu welchem Anlasse Sanitätsrath Dr. Ludwig Csatáry die Geschichte der 25 jährigen Thätigkeit des Landes-Sanitätsrathes geschrieben hat, welche in den weitesten Kreisen zur Vertheilung gelangen wird. Auch wird an diesem Tage eine feierliche Sitzung stattfinden. Von den allerersten im Jahre 1868 ernannten ordentlichen Mitgliedern sind nur noch die Professoren Korányi und Than, von den ausserordentlichen die Doctoren Chyzer und Sonntag am Leben.

* Meran. Am 18. November d. J. hat hier die feierliche Enthüllung des Denkmals stattgefunden, welches der Curort Meran dem Senior seiner Aerzte, Dr. Franz Tappeiner, errichtet hat.

* Berlin. Hier wurden am 22. November in Gegenwart der Kaiserin Friedrich zwei neue Baracken für Masern- und Keuchhusten-Kranke im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause eröffnet.

* Bamberg, die Geburtsstadt Johann Lukas Schönlein's, rüstet sich zu einer Feier des 100. Geburtstages des berühmten Klinikers.

* Vom General-Secretariate des XI. internationalen medicinischen Congresses in Rom ist die nachfolgende Mittheilung dem Organisations-Comité für Oesterreich zugegangen: 1. Der Termin für die Ankündigung der Vorträge ist auf den 31. Januar 1894 verlegt; 2. gleichzeitig mit dem Titel sind ein kurzgefasster Auszug und die Schlussfolgerungen einzusenden; letztere werden gedruckt und an die Congressisten vertheilt werden; 3. Das Programm wird die Titel aller angemeldeten Vorträge enthalten, also auch die Titel jener, welche nach der Verlegung des Congresses ganz oder zum Theile in wissenschaftlichen Blättern veröffentlicht worden sind; 4. die nach dem 31. August 1893 angekündigten Vorträge werden mit einem Sternchen am Rande kenntlich gemacht sein; 5. die Eisenbahnverwaltungen haben die vor der Verlegung des Congresses eingeräumten Ermässigungen aufrecht erhalten; dieselben werden vom 1. März bis 30. April 1894 in Kraft sein.
Im Namen des Organisations-Comités für Oesterreich: Nothnagel.

* Am 26. November war der 400. Geburtstag des Paracelsus. Paracelsus Theophrastus von Hohenheim hat bekanntlich nach verschiedenen Richtungen hin reformatorisch gewirkt; er war der erste Professor der Medizin, der in deutscher Sprache vortrug.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In Galizien ist in der letzten Woche ein weiterer sehr erheblicher Rückgang der Zahl der Choleraerkrankungen zu constatiren. Ungarn. Die Zahl der Erkrankungen an Cholera hat in der Woche vom 8.—14. November eine weitere Abnahme erfahren. Es wurden aus 21 Gemeinden 52 neue Erkrankungen und 37 Todesfälle bekannt, nämlich in den Comitaten: Bacs-Bodrogh 7 (6), Barania 2 (2), Kronstadt 2 (2), Marmaros 4 (3), Neutra 9 (2), Pest-Pilis-Solt-Kiskun 2 (1), Tolna 2 (2), Torontal 7 (6), Trencsin 4 (4), Vas 1 (1), Zemplin 1; in den Städten: Budapest 6 (6), Szegedin 1, Temesvár 4 (2). — Auch in Bosnien und der Herzegowina hält der eingetretene Rückgang der Epidemie an. — Deutsches Reich. In Hamburg wurde in der Woche vom 5.—11. November eine Erkrankung, vom 29. October bis 4. November 2 Todesfälle an Cholera constatirt. In Geesthacht erkrankte und starb ein Kind des als erkrankt gemeldeten Schiffers. — Türkei. In Trapezunt und bei Sinope sind weitere Cholerafälle constatirt worden.

* Influenza Wien. Innerhalb der letzten Woche sind eine grössere Anzahl von Influenza-Erkrankungen zur Beobachtung gekommen. Doch nimmt die Krankheit einen milden Verlauf.

* Berichtigung. Die in unserem Berichte über die letzte Sitzung des «Medicinischen Club» erwähnte Demonstration hat nicht Dr. Löwy, sondern Dr. Löbel abgehalten.

* Eingesandt. Ich glaube den Herren Collegen in und ausserhalb Deutschlands, welche Occlusiv-Pessare verwenden, einen Gefallen zu erweisen, wenn ich sie darauf aufmerksam mache, dass verschiedene minderwerthige und schlechtere Imitationen des ursprünglichen Fabrikats in Umlauf gesetzt sind. Dieses schliesse ich aus Zuschriften und Berichten, welche collegialerseits an mich gerichtet werden und aus mir zu Händen gekommenen Präparaten (5) sehr zweifelhafter Art. Um den Herren Collegen nun eine Garantie für die intendirte, im Uebrigen auch verbesserte Qualität (ohne Nath, conisch, sind durchschnittlich 1 gr leichter bei gleicher Haltbarkeit und geringerer Fehlerhaftigkeit) zu geben, habe ich Sorge getragen, dass die echten Präparate die gesetzlich geschützte Marke ORIGINAL-MENSINGA in einem Oval führen. — Dieses Product wird ausschliesslich von der Gummiwaarenfabrik H. M. Anton, Berlin, verfertigt, jedoch nur an bessere Detailgeschäfte abgegeben. Die von W. Eskildsew, Flensburg, bezogenen werden noch besonders revidirt. Hätte ich vor Jahren ein Patent genommen auf das Product meiner Studien, so hätte man beregte Uebelstände nicht zu beklagen gehabt, indessen dagegen sträubte sich seinerzeit mein Gefühl über die Freiheit und den Adel der Wissenschaft. Mundo, non mihi, prodesse volebam Im eigenen Interesse werden daher die geehrten Collegen auf obiges Merkmal aufmerksam gemacht Dr. Mensinga, Flensburg.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Selca, politischer Bezirk Spalato (Dalmatien). Jahresgehalt 1800 fl. Unentgeltliche Behandlung der Armen. Doctorat der gesammten Heilkunde und Kenntniss der croatischen Sprache werden gefordert. Gesuche bis 8. December d. J. an die Gemeindevertretung in Selca, welche auch auf Anfragen bereitwilligst nähere Auskunft ertheilt.

Districtsarztesstelle in Straschkau, Bezirk Neustadtl (11 Gemeinden, 3596 Einw. 50 Qu.-Kilom. Flächenmass), (Mähren). Jahresgehalt 340 fl., Reisepauschale 160 fl. und freie Wohnung. Mit dem Posten ist gleichzeitig die Stelle eines Herrschaftsarztes für den Grossgrundbesitz Mitrow mit einem Gehalte von 150 fl. im ersten Jahre und 200 fl. in den folgenden Jahren verbunden. — Die Bewerber haben sich vor Verleihung der Stelle dem Herrschaftsbesitzer in Mitrov persönlich vorzustellen. — Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. — Im Sinne des § 11 des Landesgesetzes vom 10. Februar 1884 instruirte und mit dem Nachweise der vollkommenen Kenntniss beider Landessprachen belegte Gesuche bis 15. December d. J. an den Vorsitzenden der Gesundheitscommission Alois Pokorny in Straschkau.

Districtsarztesstelle in Neuhradek (Böhmen) mit 13 Gemeinden, 7751 Einwohnern auf 53·0 Quadrat-Kilometer Flächenmass. — Gehalt 500 fl., Reisepauschale 20 fl. für je 10 Quadrat-Kilometer und ein ausserordentlicher Wohnungsbeitrag von der Gemeinde Neuhradek in der Höhe von 10% des Gehaltes für das erste Jahr. — Bewerber, welche den Doctorgrad an der böhmischen Universität in Prag erlangt haben; der böhmischen Sprache vollkommen mächtig sein müssen, haben ihre im Sinne der Bestimmungen des § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes vom 23 Februar 1888 instruirten und mit dem Nachweise über die bisherige Verwendung belegten Gesuche bis 15. December I. J. an den Bezirksausschuss in Neustadt a. d Mettau einzusenden.

Irrenarztesstelle in Sebenico (Dalmatien). Gehalt 1300 fl. jährlich, und Quinquennalzulagen von je 100 fl. Bewerber haben ihre, mit dem Nachweise des erlangten Doctorates der gesammten Heilkunde, der Kenntniss der serbo-croatischen und der italienischen Sprache und der bisherigen Dienstleistung belegten Gesuche an den dalmatinischen Landesausschuss in Zara binnen drei Wochen einzusenden.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätssprengel Pinguente, (Istrien), bestehend aus den Ortschaften Pinguente in Rozzo. — Mit dieser Stelle, deren Dienst seine Regelung im Landesgesetze vom 18. März 1874 findet, ist der Gehalt jährlicher 1000 fl. für die Behandlung der Armen und der Betrag jährlicher 200 fl. als Reiseentschädigung für Dienstreisen im Amtsbezirke verbunden, wovon ersterer in monatlichen, letzterer in dreimonatlichen Anticipativraten beim k. k. Steueramte in Pinguente flüssig gemacht wird. — Die Dauer des Vertrages beträgt drei Jahre. Derselbe gilt als stillschweigend verlängert, wenn keine Kündigung erfolgt, welche stets sechs Monate vor Ablauf der bezüglichen Vertragsfrist stattzufinden hat. — Bewerber müssen der croatischen und slovenischen und italienischen Sprache mächtig sein. — Die bezüglichen Competenzgesuche müssen im Geleite der in § 7 des bezogenen Landesgesetzes geforderten Eignungsdocumente bis zum 25 December I J. beim Gemeindeamte in Pinguente eingebracht werden, wo auch die weiteren Concursbedingungen eingeholt werden können.

Districtsarztesstelle in Pasořitz, polit. Bezirk Wischau (Mähren), 7 Gemeinden mit 59·47 Quadr.-Kilom. Area und 5027 Einwohnern. Gehalt 366 fl., Reisepauschale 150 fl. Verpflichtung zur Führung einer Hausapotheke. — Bewerber, welche die Eignung gemäss § 11 des Gesetzes vom 10 Februar 1884, L.-G.-Bl. Nr. 28, nachweisen müssen, haben ihre Gesuche bis 20. December I. J. an den Obmann der Sanitätsdelegirten Sylvester Slany in Posořitz zu übermitteln.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. *Arthur Schnitzler*.

VII. Jahrgang. Wien, 10. December 1893. Nr. 50.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

INTERNATIONALE

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die Pneumonie in epidemiologischer Beziehung.

Von **Dr. A. Kühner**, Frankfurt a. Main.*)

Die lobuläre Pneumonie kommt in allen Ländern, von den nördlichsten bis zu den südlichsten Zonen vor. Beinahe überall gehört sie zu den häufigsten Krankheiten, scheint aber innerhalb der Breite der gemässigten und nördlichen Landstriche Europas und Nordamerikas die grösste Häufigkeit zu erreichen. Nach den sehr approximativen Schätzungen von Ziemssen stellt sie 30% der Krankheiten überhaupt und 67% der inneren Krankheiten der Staaten Europas dar. Man darf hinzufügen, dass sie weder dem Raume noch der Zeit nach beschränkt ist, denn sie findet schon in der Ursprungsperiode der Menschheit Erwähnung. Bestimmte Kennzeichen ihres Vorkommens reichen bis ins fünfzehnte Jahrhundert. Seit dieser Zeitepoche wiederholt sie sich ohne Unterbrechung, so dass es wenige Krankheiten gibt, die bekannter in der medizinischen Literatur sind und ebenso reich an belehrenden Abhandlungen.

In Anbetracht der diagnostischen Schwierigkeiten sind jene Aufzeichnungen nicht immer einwandsfrei, um somehr, als die Pneumonie oft Antheil nimmt an anderen herrschenden Krankheiten, insbesondere beim Typhus, bei den Eruptions- und septischen Fiebern, beim Scorbut, bei der Influenza, eine Complication, welche die hervorstechenden Erscheinungen des Krankheitsbildes verwischt. Immerhin verleihen die sich meist auf Leichenbefunde stützenden Aufzeichnungen diesen eine berechtigte Stellung in der Geschichte der Pneumonie.

Zunächst ist das häufige Vorkommen der Pneumonie in Frankreich, in Deutschland und namentlich in der Schweiz zu constatiren, wo ihr heftiges Auftreten ihr den bezeichnenden Volksnamen Alpenstich gegeben hat.

*) Nach einer in der Revue d'Hygiene et de Police sanitaire (Redact. M. E. Vallin, Editeur G. Masson, Octobernummer), auszugsweise veröffentlichten Arbeit, welche im «Traité des maladies épidémiques», dessen erster Band demnächst erscheinen soll, von Dr. Kelsch, Médecin principal de 1. classe de l'armée zum Abdruck gelangen wird.

A. Was zunächst die Jahreszeiten betrifft, so steht die Pneumonie mit diesen im innigen Zusammenhang. Alle statistischen Zusammenstellungen verlegen das Maximum der sporadischen und epidemischen Fälle auf den Ausgang des Winters oder des Frühjahrs, ein Maximum, das sich etwas verschieden gestaltet je nach der Oertlichkeit und zwar bildet der Monat März für Paris und München das Maximum, der April für Berlin, Wien und Basel, der Mai für Stockholm und Kopenhagen. Auf der anderen Seite ist die Häufigkeit am geringsten im Juli bis September und zwar im Juli für Basel, im August für Paris, Wien, Stockholm, Kopenhagen, im September für Berlin, Frankfurt, Philadelphia. Nach den statistischen Aufzeichnungen von Hirsch gehören unter hundert Fällen 34 dem Frühjahr, 29 dem Winter, 18 dem Herbst und 18 dem Sommer. Obschon die meteorologischen Einflüsse*) von entschiedenem Einfluss, so ist man über deren Einzelheiten noch nicht im Reinen. Die Angaben von Keller-Tübingen, Edlefsen-Kiel, Purjesz-Klausenburg, die behaupten, dass die jährliche Frequenz der Pneumonie im umgekehrten Verhältniss stehe mit der Menge von Niederschlägen innerhalb der verschiedenen Monate eines Jahres, bedürfen noch der Bestätigung.

B. Ausser den Jahreszeiten kommen noch Jahresschwankungen, Jahreswellen**) inBezug auf die Häufigkeit der Pneumonie in Betracht, indem deren Niveau sich erhebt oder sinkt im Mittel während einer Periode von drei bis zehn Jahren.

C. Allgemeine Charaktereigenschaften der Epidemien der Pneumonie. Dichte Epidemien der Pneumonie kommen nicht selten vor. In der Gemeinde Lichtenau bei Tübingen zeigten sich zahlreiche Fälle von Pneumonie im Beginn des Jahres 1881. Während zu gewöhnlichen Zeiten dieses Dorf nur 18 bis 20 Fälle von Pneumonie erreicht, zählte man 43 Erkrankungen vom Anfang Januar bis 23. Mai 1881, was bei einer Bevölkerung von 6308 Seelen 2% ergibt. Die

*) Vergl. unseren Beitrag «Ueber die Abhängigkeit der Krankheiten von den meteorologischen Vorgängen» in Nr. 46 der «Internationalen Klinischen Rundschau.» Leipzig. Georg Thieme. Preis M. 4. D. Uebers.

**) Vergl. namentl. Magelsen, «Ueber die Abhängigkeit der Krankheiten von den meteorologischen Vorgängen.» Leipzig Georg Thieme Preis M. 4. D. Uebers.

Epidemie entwickelte sich in drei Etappen, jede von einander durch einige Tage getrennt. Sie zeigte sich gleichzeitig auf verschiedenen Punkten des Ortes, dessen Wohnhäuser sehr isolirt liegen. Eine Contagion schien nicht zu Grunde liegen. Erkältung war in keinem Falle nachweisbar und die benachbarten Orte blieben verschont.

Eine ähnliche Epidemie befiel Erbenheim. Vom 2. bis 24. November 1882 erkrankten in diesem Orte von 1500 Einwohnern 59 an Pneumonie, fünf starben, was einer Morbidität von 4% und einer Mortalität von 8·5% entspricht. Die Localisation war sehr beschränkt, indem einige Strassen ganz verschont blieben.

Im Winter 1884 herrschte eine bösartige Epidemie in Becherbach, Kreis Meisenheim, indem von einer Bevölkerung von 460 Einwohnern, 20 d. h. 4% befallen wurden und acht starben, d. h. 40%. Die Epidemie befiel insbesondere Individuen, die zuvor schon eine Pneumonie durchgemacht, ferner bejahrte Personen und Kinder, indem das mittlere Alter meist vollständig verschont blieb. Auch hier blieb die Epidemie auf den Ort beschränkt.

Auch epidemische Ausbreitungen über grössere Länderstriche sind beobachtet worden.

D. Art der Infection. Die geringe Neigung der Pneumonie, grössere Länderstriche zu befallen, sondern die Geneigtheit, sich auf bestimmte Herde zu beschränken, bringt einen zweiten Factor bei der Aetiologie zum Ausdruck, die örtliche Bedingung, welche die Infection vermittelt.

a) Infection des Bodens. Keller und Seitz glaubten ein inniges Abhängigkeitsverhältniss zwischen Häufigkeit der Pneumonie und Grundwasserstand gefunden zu haben. Auch Andere bestätigten diese Erfahrung. Unter 39 Fällen von Pneumonie, beobachtet von Alison in acht Dörfern mit schiefer Lage, gehörten 23 den Häusern des tiefsten örtlichen Standes an, Oertlichkeiten, an denen sich organische Stoffe anhäufen und wo sich die Abflüsse, welche die Dörfer durchkreuzen zu stagnirenden Pfuhlen vereinigen, nur sechs Fälle kamen auf Häuser, die hoch oder in der Mitte der schiefen Ebene lagen.

Diese Unsauberkeit des Bodens ist auch bei vielen ähnlichen Epidemien der Pneumonie als deren ätiologischer Factor angeschuldigt worden.

b) Infection der Wohnungen. Eine weitere Quelle der Infection findet sich im Innern der Wohnungen selbst. Ein Beispiel veranschaulicht Mendelsohn. Ein Kutscher von 35 Jahren bezieht am 3. April 1883 mit seiner Frau und drei Kindern eine Wohnung von entsetzlicher Unreinlichkeit. Den 20. April wird die Frau von Pneumonie ergriffen, den folgenden Tag das ältere der Kinder, einen Tag später das jüngste, das mittlere blieb verschont. Während dieser Zeit beginnt der Vater zu husten und die Pneumonie localisirt sich bei ihm den 26. April. Daneben findet sich als wichtiger Factor die Anhäufung von Menschen: wie sie auch im Folgenden zur Geltung gelangt.

c) Pneumonie in den Gefängnissen. Erschreckende Beispiele der epidemischen Ausbreitung in Gefängnissen bildet die Epidemie im Correctionshaus zu Mohringen (Hannover), wo unter 600 Insassen 83 befallen wurden und zwar 45 von jener schweren, typhoiden Form, die Leichtenstern als asthenische primäre Pneumonie beschreibt; 16 erlagen der Krankheit. Aehnliche Beobachtungen liegen von Redman über Frankfurt (Kentucky), Kerschensteiner über Amberg u. A. vor.

(Fortsetzung folgt.)

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

(Fortsetzung.)

Spinale Amyotrophie.

Die Vertheilung der Paralyse bei der spinalen Amyotrophie hängt von dem Sitze und von der Ausdehnung der Läsion in den betreffenden Segmenten des Rückenmarks ab. In den verschiedenen Segmenten der Cervical- und Lumbaranschwellung sind Gruppen von Muskeln vertreten, welche entweder functionell oder morphologisch mit einander in Verbindung stehen, im Einklange mit der Art der Entwicklung der Extremitäten. Während Remark, Yeo und ich selbst die Ansicht ausgesprochen haben, dass ein jedes Segment mit seiner entsprechenden vordern Wurzel eine functionelle Synergie darstellt, behaupten Andere (Forgue, Launegrace Herringham, Sherrington u. s. w.), dass die Gruppirung nur eine anatomische oder morphologische sei. Es ist wahrscheinlich, dass keine dieser beiden Ansichten die volle Wahrheit darstellt, und dass keine von beiden unabhängig von einander betrachtet werden darf. Die physiologische Ansicht setzt natürlich eine anatomische oder morphologische Gruppirung voraus, und vom Standpunkte der Evolution könnte man geltend machen, dass die anatomische Gruppirung durch die physiologische Synergie bedingt sei. Das Gesammtresultat einer Erregung der vorderen Wurzeln der betreffenden Segmente macht nicht, ungeachtet der Thatsache, dass anscheinend antagonistische Muskeln gleichzeitig in Wirkung treten, den Eindruck einer ungeordneten Wirkung, sondern einer deutlichen synergischen Combination, wie wir sie bei den habituellen und automatischen Handlungen der Thiere finden.

Eine functionelle Coordination dieser Art in den Rückenmarkscentren ist fast eine nothwendige Folge des Complexes der Reflexwirkungen, die man bei decapitirten Thieren auslösen kann, und es erscheint schwierig, von einem rein anatomischen Standpunkte, eine befriedigende Erklärung betreffend die Zusammensetzung der Extremitätenplexuse zu geben, es müsste denn sein, dass man von der Annahme ausgeht, dass die plexiforme Combination der Wurzeln dazu dient, um die nöthigen motorischen Fasern in verschiedenen Abschnitten an die mannigfachen Muskeln, die bei jeder functionellen Combination in Betracht kommen, abzugeben. Die meisten Muskeln werden von mehr als von einer Wurzel versorgt und sind deshalb in mehr als in einem Segmente vertreten. Die meisten haben zwei, viele drei oder mehr Wurzeln, und es ist überdies bemerkenswerth, wie in der letzten Zeit von Risien Russell[1]) gezeigt wurde, dass die motorischen Fasern aus den verschiedenen Wurzeln nicht an denselben Muskel vertheilt werden, sondern an verschiedene Theile des verwandten Muskels.

Ferner wurde — im Einklange mit der Ansicht, die Yeo und ich selbst zum Ausdruck gebracht haben, von Russell auf experimentellem Wege und von Beevor[2]) klinisch dargethan, dass ein Muskel nur in einer functionellen Combination gelähmt werden kann. Diese Thatsachen weisen darauf hin, dass die Muskeln in der Cervical- und Lumbarschwellung des Rückenmarks nicht blos morphologisch vertreten sind, sondern dass die Art und Weise wie dieselben dort vertreten sind, auch eine physiologische Bedeutung hat. Was den Effect der Zerstörung der Vorderhörner betrifft, so wird viel davon abhängen, ob die Läsion genau auf ein Segment beschränkt ist, oder ob sich dieselbe diffus auf mehrere Segmente ausdehnt.

Insoweit, als die meisten Muskeln in mehr als einem Segmente vertreten sind, kann der Effect einer Läsion, die

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42—45, 48, 1893.
[1]) Phil. Trans. 184 B., 1893.
[2]) Brain, Vol. XIV, p. 51.

genau auf ein Segment beschränkt ist, so gering sein, dass dieselbe der Beobachtung entgeht. Eine specielle Combination kann gelähmt werden, aber die Muskeln werden keine irgend welche Lähmung, was andere Bewegungen betrifft, darbieten und sie werden auch nicht einer wesentlichen trophischen Veränderung unterliegen. Nur, wenn die Centren der betreffenden Muskeln in allen Segmenten, in denen sie vertreten sind, zerstört sind, werden die Muskeln vollständig gelähmt und atrophisch werden. Da dies fast nothgedrungen eine Affection mehrerer Muskelgruppen involviren würde, so möchte es uns a priori sehr unwahrscheinlich dünken, dass nur ein einziger Muskel und kein zweiter einer atrophischen Paralyse in Folge centraler Läsion unterliegen kann. Es ist jedoch theoretisch möglich, dass die Kerne der verschiedenen Muskeln in dem Rückenmarkssegment so angeordnet sein können, dass sie einzeln von den verschiedenen Krankheitsprocessen mit Vorliebe befallen werden, und es wurde auch von Duchenne und anderen Autoren angegeben, dass dies thatsächlich auch vorkommt, indem solche Muskeln wie der Deltoideus und der Tibialis anticus gelegentlich bei den Spinalerkrankungen allein afficirt angetroffen werden. Aber ich zweifle sehr daran, ob es nicht einer genauern Untersuchung gelingen könnte, nachzuweisen, dass auch andere Muskeln, welche zu demselben Segmente oder zu denselben Segmenten in Beziehung stehen, bis zu einem gewissen Grade in Mitleidenschaft gezogen werden. Diejenigen unter uns, welche die betreffenden Muskeln, die in jeder Wurzel des Plexns brachialis und Plexus cruralis vertreten sind, untersucht haben, sind nicht alle zu genau denselben Schlussfolgerungen gelangt. Es kann sein, dass sich bei den verschiedenen Thieren Abweichungen finden, aber die Hauptursache für die abweichenden Resultate ist vielleicht in der ausserordentlich grossen Schwierigkeit zu suchen, welche eine Analyse aller Muskeln, die zu derselben Zeit in Wirkung treten, verursacht. Es besteht jedoch eine ziemlich übereinstimmende Ansicht über den Charakter der combinirten Bewegungen und über die Grenzen, bis zu denen die Extremitäten in den betreffenden Rückenmarksanschwellungen vertreten sind. Die inneren Muskeln der Hand sind in dem ersten (und wahrscheinlich zum Theil auch in dem zweiten) Dorsalsegment und in dem nächst höheren Segmente vertreten; und ähnlich sind auch die inneren Muskeln des Fusses in dem zweiten Sacral- und dem letzten Lumbarsegment vertreten. Daher kommt es auch, dass bei der progressiven Muskelatrophie, die in den allermeisten Fällen in dem untern Ende der Cervicalanschwellung beginnt, die inneren Muskeln der Hand zuerst ergriffen werden, und dass ihnen hierauf, in dem Masse als die Krankheit nach aufwärts schreitet, die langen Beugemuskeln und dann die Extensoren folgen, welche ihre Centren auf einem höher gelegenen Niveau haben. Und alle Muskeln des Vorderarms können gelähmt werden und zu Grunde gehen, bevor der Supinator longus ergriffen wird.

Das Fortschreiten der Krankheit findet nicht per contiguitatem der Muskeln statt, sondern per contiguitatem der Centren im Rückenmark, in dem Masse als wir von unten nach aufwärts schreiten. Andererseits, wenn die Krankheit in dem oberen Theile der Cervicalanschwellung beginnt, so werden zuerst die Scapularmuskeln, der Deltoideus und die Flexoren des Vorderarms mit dem Supinator longus, der mit ihnen synergisch mitwirkt, ergriffen, und die Muskeln des Oberarms können gänzlich zu Grunde gehen, während die des Vorderarms, mit Ausnahme des Supinator longus, normal bleiben können. In dem Masse als die Krankheit fortschreitet, widerstehen diejenigen Muskeln am längsten, welche die meisten Verbindungen mit den verschiedenen Segmenten besitzen. Dies gilt speciell vom Musculus triceps, der gewöhnlich das ultimum moriens der Armmuskeln ist. So verursachen bei der untern Extremität chronische oder acute poliomyelitische Processe, die im untern Ende der Lendenanschwellung beginnen, eine atrophische Paralyse der inneren Muskeln des Fusses, auf die eine atrophische Paralyse der Plantarreflexoren des Fusses und der Flexoren und Extensoren der Zehen folgt. Man hat oft beobachtet, dass der Tibialis anticus der Affection entgehen kann, wenn die Extensoren der Zehen und die Peronei in einer ausgesprochenen Art afficirt sind.

Es herrscht noch immer über die Beziehungen des Tibialis anticus einige Unsicherheit vor; er scheint gemeinschaftlich mit den Extensoren und Flexoren des Beines und des Fusses vertreten zu werden, und bisweilen fand man ihn zusammen mit dem Quadriceps extensor cruris, und zu andern Zeiten mit den Plantarflexoren des Fusses atrophirt. Wenn die Krankheit im obern Antheile der Lumbaranschwellung beginnt, nämlich in der Gegend des zweiten und dritten Lumbarsegments, so werden zuerst die Flexoren des Oberschenkels am Becken afficirt, und in solchen Fällen kann der Sartorius, der mit dem Ilio Psoas synergisch wirkt, unter allen Muskeln des Oberschenkels, ebenso wie der Supinator longus des Vorderarms, allein gelähmt und atrophisch werden oder, andererseits, wieder wie der Supinator longus, kann dieser Muskel der Affection entgehen, wenn die anderen Muskeln, welche von dem Nervus cruralis anterior versorgt werden, intensiv afficirt sind. Obgleich es theoretisch eben so viele Typen der Spinalparalyse geben kann, als es Segmente in den Cervical- und Lumbaranschwellungen gibt, so sind die Krankheitsprocesse selten so begrenzt, und es ist daher eher Regel als Ausnahme, dass viele Muskeln, die zu verschiedenen Segmenten gehören, in einer mehr oder weniger unregelmässigen Art afficirt werden. Die Zeit wird es mir jedoch nicht gestatten, diese Frage ausführlicher zu discutiren, und ich muss mich somit mit dieser kurzen Betrachtung der allgemeinen Principien, welche die Gruppirung der Spinalparalyse beherrschen, begnügen.

(Schluss folgt.)

Die hygienische Behandlung der erblichen nervösen Prädisposition.

Von

Dr. Mérigot De Treigny in Paris*).

(Fortsetzung und Schluss.)

IV.

Der Arzt würde, unserer Ueberzeugung nach, nur einen Theil seiner Aufgabe erfüllen, wenn er die moralische Behandlung der erblich Belasteten vernachlässigen und sich nicht bemühen würde, den Eltern begreiflich zu machen, welche wichtige Rolle die physische Erziehung bei allen zur Neuropathie prädisponirten Kindern spielt. Damit dieser Theil der Behandlung wirklich wirksam sei, ist, wie es Grasset betont hat, «eine sorgfältige und vernünftige Beobachtung der Natur des Kindes» erforderlich, behufs Feststellung der allerersten Zeichen der Dysharmonie der intellectuellen Kräfte und möglichster Wiederherstellung des gestörten Gleichgewichtes. Sobald sich eine excessive Erregung zeigt, muss alles vermieden werden, was dieselbe erhöhen oder unterhalten könnte: z. B. die Furcht. So gibt es, nach Charcot, nichts günstigeres für die Entwicklung der Neuropathie als der Glaube an Wunder und an phantastische Schilderungen, durch die man so häufig das Gehirn der Jugend in Aufregung hält.

Gegenüber Kindern, die Zeichen von übertriebenen Gemüthsaffecten und Empfindsamkeit darbieten, wird man Beweise übermässiger Zärtlichkeit und einer weichlichen Sympathie für ihre oft geringfügigen Leiden vermeiden müssen.

Der natürlichen Tendenz zum Egoismus wird man anfangs mit Ideen von Folgsamkeit, später mit jenen von Pflicht und Ergebenheit entgegentreten.

Die Willensschwäche, der Mangel an moralischer Kraft, werden, da sie die betreffenden Individuen an ihrer Selbstvervollkommnung hindern, zum Gegenstand einer besonderen Aufmerksamkeit gemacht werden müssen; durch allerlei Aufmunterungen soll man bei ihnen den Sinn für Ausdauer im

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 47, 49, 1893.

Spiele, in den Zerstreuungen, sowie im Studium und in anderen ernsten Dingen anerziehen und wach erhalten. Die Obsessionen, von denen so häufig die erblich Belasteten gequält werden, bilden eine pathologische Erscheinung: sie verdienen daher die volle Aufmerksamkeit von Seiten des Arztes.

Die geistige Erziehung muss mit grösster Vorsicht geleitet werden. Vor Allem muss man trachten, das Physische im Kinde zu stärken, als vielmehr den Geist vorzeitig zu stimuliren, der später unter viel besseren Bedingungen sich entwickeln wird. Je mehr die Lebhaftigkeit der Vorstellungskraft durch deren Vorzeitigkeit zu den glänzendsten Hoffnungen zu berechtigen, je mehr die Vorrherschaft einer geistigen Fähigkeit oder geistigen Disposition das Kind über viele anderen seines Alters zu stellen scheint, umsomehr wird man die Sorgen verdoppeln müssen: denn die allzu rasche Entwicklung einer Fähigkeit erfolgt häufig zum Nachtheile anderer und erzeugt nur eine partielle und sogar am häufigsten ephemäre Superiorität, indem der wahre geistige Werth aus der Harmonie aller geistigen Fähigkeiten resultirt. Daher muss man vor Allem bestrebt sein, diese allzu exclusiven Intelligenzen gewissermassen zu vervollständigen, indem man der Bildung des Urtheils und des moralischen Sinnes und im Allgemeinen sämmtlicher Fähigkeiten nachhilft, die im Stande sind, ein heilsames Gegengewicht zu bilden und der gesammten Hirnthätigkeit eine günstige Richtung zu verleihen.

Durch die Wahl der geistigen Beschäftigungsart, muss man verhindern, dass der Prädisponirte einem chimärischen Ideal nachjagt, das für ihn eine Quelle von Entmuthigung und moralischer Erschütterung sein würde, und, um ihm das Unangenehme eines allzu grossen Missverhältnisses zwischen einer Phantasterei und der Wirklichkeit zu ersparen, seine Intelligenz gegen die praktische Seite des Alltagslebens hinleiten und seinen Geist mit starken und standhaften Gedanken, die während der ganzen Dauer des Lebens seine Führer sein sollen, auszustatten (Grasset).

Die Wahl des Berufes hat selbstredend eine hervorragende Bedeutung für die hier in Frage kommenden Individuen. Die Nothwendigkeit, die Arbeit und die Anstrengungen der Macht der Fähigkeiten und der Resistenz des Individuums unterzuordnen, wird uns veranlassen, darauf zu bestehen, dass eine geistige Ueberbürdung bei ihnen vermieden wird, wie diese bei den Vorbereitungen zu grösseren Prüfungen, zu Concursen vorzukommen pflegt, und dass sie von grossen Unternehmungen oder von Situationen ferngehalten werden, die eine ausserordentliche moralische Kraft und eine unaufhörliche Hirnarbeit erfordern. Alle diese Proben, die ihrem Nervensystem zugemuthet würden, könnten in der That die Entwicklung eines confirmirten neuropathischen Zustandes, insbesondere der Neurasthenie hervorufen.

Wenn man den Prädisponirten mit allen diesen Sorgen umgibt, kann man dann hoffen, in ihm die durch die Heredität übertragenen Keime zu zerstören? Zweifelsohne wäre es eine Uebertreibung, anzunehmen und zu verlangen, dass das betreffende Individuum in der Zukunft nur das sein wird, was aus ihm die Erziehung gemacht haben wird, man kann jedoch mit Recht hoffen, eine bemerkenswerthe Abschwächung des hereditären Einflusses zu erreichen, denn «die Krankheiten — wie dies Voisin richtig hervorhebt — die am meisten hereditär sind, bedürfen ausserdem häufig zu ihrer Offenbarung eines günstigen Terrains, ohne welches der Krankheitskeim unwirksam bleibt.»

Wenn allzuhäufig die nervöse Prädisposition zu einer confirmirten Krankheit führt, so rührt dies vom *milieu* selbst her, in welchem sich der Prädisponirte befindet, und vom Zusammenleben mit neuropathischen Eltern. Diese können einem solchen Prädisponirten doppelt schädlich werden: in der That fehlen ihnen die nothwendigen Eigenschaften eines guten Erziehers und überdies können sie selbst die Urheber einer Verschlimmerung der krankhaften Disposition ihrer Kinder sein und zwar durch die nervöse Ansteckung, der sie sie unaufhörlich aussetzen.

Demnach wird der Arzt in gewissen Fällen sich veranlasst sehen, die Trennung der Kinder von ihren Eltern anzurathen. Leider wird oft diese Isolirung nur schwer verwirklicht werden können, wegen der complicirten Bedingungen, die nothwendig sind, um deren Wirksamkeit sicher zu stellen. Deshalb bedeutet die Uebergabe solcher Kinder an Anstalten und Institute selten eine günstige Lösung. Wenn auch dadurch das Kind dem Einflusse der Familie entzogen und in oft vortheilhafter Berührung zu anderen Kindern gebracht wird, so sind damit doch auch Nachtheile verbunden: einestheils die ungünstigen hygienischen Verhältnisse, andererseits die Nothwendigkeit einer bestimmten Lebensweise, die augenscheinlich solchen Kindern, die eine ganz besondere Pflege nöthig haben, nicht zusagt, sowie auch der Mangel an hinreichender individueller Leitung, der nothwendigerweise aus der Unzulänglichkeit der Beziehungen zwischen dem Lehrer und dem Zögling hervorgeht.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 1. December 1893

***Prof. Neumann:** Ein Fall von zweimaliger Syphilisinfection.*
(Autorreferat.)

Ich stelle Ihnen hier einen Fall von Reinfectio syphilitica vor, welcher in Folge der scharf ausgesprochenen Symptome als besonders charakteristisch, ja geradezu typisch gelten kann, dessen Diagnose überdies durch im Verlaufe mehrerer Jahre fortgesetzte Beobachtung ausser Frage gestellt ist.

Der Kranke F. J. ist gegenwärtig 29 Jahre alt, Kellner. Er trat zum ersten Male im Jänner 1889 in Neumann's Klinik. Damals wies er im sulcus coronarius, auf das innere Blatt des Präputiums übergreifend, eine derbe Narbe, das Residuum einer vorausgegangenen geschwürigen Affection auf. Zu gleicher Zeit bestand ein ausgebreitetes grosspapulöses Syphilid, universelle Lymphdrüsenschwellung, Angina syphilitica.

Der Kranke, welcher bereits ausserhalb des Spitals 10 Einreibungen gemacht hatte, erhielt an Neumann's Klinik vier Calomel-Injectionen und wurde nach Schwund der sichtbaren Erscheinungen geheilt entlassen.

Im August 1892 fand sich der Kranke abermals an meiner Klinik ein. Ich fand am Frenulum linkerseits eine linsengrosse Narbe, deren Umgebung sich derb anfühlte. Im inguine links ein vereiterter Bubo, Periostitis der linken Tibia.

Im September 1893 abermalige Vorstellung des Kranken an meiner Klinik. Es fand sich an der Penishaut, nahe der rechten Penoscrotalfalte ein halbkreuzergrosses, scharf umschriebenes Geschwür mit etwas vertiefter, mit fest anhaftendem Belage versehener Basis; der Rand des Geschwürs, leicht elevirt und gleich dessen Grunde ziemlich derb anzufühlen. Ferner am mons Veneris zwei linsengrosse Geschwüre mit stark vertieften, drusig unebenem Grunde. Die Umgebung der Geschwüre mehrere Millimeter weit geröthet und infiltrirt. Das dorsale Lymphgefäss verdickt, die Inguinaldrüsen beiderseits wallnussgross, indolent.

Der Fall erschien mir bereits damals wegen des eigenthümlichen Aussehens der Geschwüre, der beiderseitigen starken Lymphdrüsenschwellung, des Fehlens sonstiger syphilitischen Symptome sehr auffallend und beschloss ich daher, denselben in fortgesetzter aufmerksamer Beobachtung zu halten.

Als sich nun der Kranke gemäss meiner diesbezüglichen Aufforderung Ende dieses Monates (November 1893) abermals an meiner Klinik einfand, hatte sich die Situation vollständig geklärt.

An der Stelle der früheren Geschwüre fanden sich pigmentirte, derb anzufühlende Narben. Inguinaldrüsen beiderseits multipel geschwellt, Cubitaldrüsen links vergrössert. An den Tonsillen speckiger Belag, weicher Gaumen umschrieben geröthet, an der Zungenspitze ein gelblich belegtes Plaque. An Brust, Bauch, Rücken, Vorderarmen, dicht gedrängte, linsengrosse, etwas elevirte, blassroth

gefärbte, den Spaltrichtungen der Haut entsprechend angeordnete Efflorescenzen.

Aehnliche Efflorescenzen auch im Gesichte, besonders zahlreich an der Haut des Kinnes, desgleichen in der Reihe angeordnet an der Stirne (Corona venerea). Es konnte somit keinem Zweifel unterliegen, dass es sich hier um einen Fall von echter Reinfectio syphilitica handelt. Es spricht hiefür die typische, cyclische Reihenfolge der Symptome, der recente Charakter der dermaligen Affection, nachdem die erste Infection vor fast fünf Jahren stattgefunden und Erscheinungen eines späteren Stadiums (Periostitis) bereits im August vorigen Jahres aufgetreten.

Das um dieselbe Zeit vorhandene indurirende Geschwür, in dessen Gefolge auch ein Bubo aufgetreten war, kann wohl ohne Zwang als sogenanntes «Chancroid» id est indurirendes venerisches Geschwür bei einem syphilitischen Individuum erklärt werden.

Die Reinfectio syphilitica bildet wie bekannt eine alte Streitfrage der Syphilidologen.

Kein Geringerer als RICORD war es, der in der ihm eigenthümlichen energischen Weise gegen die Möglichkeit einer zweimaligen Erkrankung an Syphilis Stellung nahm.

Auch BÄRENSPRUNG und SIGMUND sprachen sich gegen dieselbe aus: «Niemand bekommt zwei Mal constitutionelle Syphilis» behauptete der Erste, und SIGMUND gibt an, nie in seinem Leben einen Fall von Reinfection gesehen zu haben. HEBRA betonte stets, dass die Syphilis nicht nur schwer, sondern überhaupt unheilbar sei.

Man stellte sich vor, namentlich zu Folge der Theorie BÄRENSPRUNG's, dass bei allen Infectionskrankheiten, der Organismus eine gewisse Immunität gegen eine neuerliche, gleichartige Erkrankung erlange. Dies gelte von der Syphilis nicht minder wie von den Blattern, dem Schanker, dem Flecktyphus, welche ebenfalls in der Regel nur einmal acquirirt würden.

Die Anwesenheit eines specifischen Virus im Körper mache diesen zur neuerlichen Aufnahme und Propagation des nämlichen Giftes ungeeignet. Es sei somit durch das Nichtvorkommen einer Reinfectio syphilitica auch das Fortbestehen und Fortwirken des syphilitischen Giftes im menschlichen Körper, das heisst die Unheilbarkeit der Syphilis erwiesen.

Zahlreiche seither in der medicinischen Literatur aller Culturnationen verzeichnete Fälle von Reinfectio syphilitica haben das Irrige dieser Behauptungen erwiesen. Immerhin dürfte man selbst bei einem so reichen Materiale, wie es den Wiener Kliniken zur Verfügung steht, nur selten einem Falle gleich dem vorliegenden begegnen, dessen einzelne Krankheitsstadien von Anfang an der wissenschaftlichen Controle unterlagen, bei welchen wir somit nicht auf Rückschlüsse, auf zweifelhafte anamnestische Daten angewiesen sind.

Gerade solche Fälle sind es, welche die Heilbarkeit der Syphilis ausserhalb jedes Zweifels stellen. Es sind zwar auch sonst jedem Fachmanne zur Genüge Fälle bekannt, in denen Kranke nach der oder jener Behandlungsmethode der Syphilis geheilt wurden und dauernd geheilt blieben.

Ich selbst könnte aus dem Kranken-Materiale, welches während des letzten Jahrzehntes meine Klinik passirte, mindestens 100 derartige, wohl constatirte Fälle zusammenstellen.

Desgleichen beobachtete ich in meiner Privatpraxis eine nicht geringe Zahl von Fällen, in welchen Individuen, die ich vor Jahrzehnten an Syphilis behandelt, seitdem vollständig symptomfrei blieben, sich auch verheirateten, ohne dass für die Gattin und die Kinder nachtheilige Folgen zu Tage getreten waren. Mehr als alle diese Erfahrungen beweist ein Fall wie der obige. Er beweist, dass um die betreffende Zeit das syphilitische Gift bereits aufgehört hat im Körper zu wirken, dass mithin bereits vollständig Heilung eingetreten ist.

Auch die interessante Thatsache, dass, wo eine Reinfectio syphilitica erfolgt ist, die folgenden Allgemein-Symptome sehr milde sind, stimmt mit dieser Annahme. Begegnen wir derselben Erscheinung ja auch bei den Blattern, respective der Vaccination. Das in den Körper gebrachte Blatternvirus immunisirt denselben für eine Reihe von Jahren gegen eine neuerliche Infection. Ist aber dieser Schutz auch nach einer gewissen Zeit kein absoluter mehr, so hat doch der Organismus durch die fortgesetzte Einwirkung des Virus eine so grosse Toleranz gegen dasselbe erlangt, dass selbst in jenen Fällen, in welchen neuerliche Infection mit Blattern erfolgte, in der Regel doch nur die leichten Formen dieser Erkrankung auftreten.

Analoge Zwecke verfolgten seinerzeit DANIEKEN und BÖCK bei ihren Syphilisationsversuchen, welche zwar in Folge mancher irriger Voraussetzungen verfehlte therapeutische Experimente blieben, nichts destoweniger jedoch viel zur Ausgestaltung der Lehre von der Syphilis beigetragen haben. Ein Einwand, welcher seitens der Gegner unserer Theorie scheinbar mit Recht geltend gemacht wird, ist der, dass ab und zu Fälle von Reinfection bei Individuen beobachtet wurden, welche zur Zeit noch mit tertiären Symptomen behaftet waren.

So zeigt ein Fall von DUCRAY, neben gummösen Geschwüren an der behaarten Kopfhaut und neben multiplen, von einem ulcerösen und einem tuberkulösen Syphilid herrührenden Narben eine Sclerose am rechten grossen Labium, allgemeine Lymphdrüsenschwellung und ein universelles Syphilid, später auch Schleimpapeln am weichen Gaumen. Die erste Infection war 17 oder 18 Jahre vorher durch den Gatten erfolgt. Auch ich beobachtete zwei ähnliche Fälle, in dem einen waren Narben nach einem serpiginösen Gumma an den Unterschenkeln vorhanden, im zweiten fanden sich nebst solchen Narben noch nicht vollkommen geschwundene Infiltrate an den Oberschenkeln und Waden.

Derartige Fälle, wenn auch scheinbar in Widerspruch mit unserer obigen Behauptung, beweisen doch in der That nichts gegen dieselbe.

Es wird hiedurch vielmehr nur der Beweis geliefert, dass gewisse syphilitische Spätformen nicht mehr als eigentliche Producte des syphilitischen Virus, als locale Krankheitsprocesse zu betrachten sind, die mithin eine locale Behandlung bedürfen. Und noch ein Drittes wird durch Fälle gleich dem Vorliegenden erwiesen. Der vorgestellte Patient hat sich nur einmal einer antisyphilitischen Allgemeinbehandlung, bestehend in zehn Einreibungen und vier Calomel-Injectionen unterworfen.

Nichtsdestoweniger trat Heilung ein, ähnliche Resultate wurden von mir und Anderen mehrfach gesehen. Häufig habe ich beobachtet, dass eine einmalige entsprechend geleitete Behandlung zur dauernden Heilung der Syphilis genügte. Es ist somit erwiesen, dass zu diesem Zwecke, die namentlich von FOURNIER und seiner Schule so dringend verlangte chronische intermittirende Behandlung nicht erforderlich und mithin auch nicht nützlich sei, nachdem es auch unser therapeutischer Grundsatz sein muss, mit der möglichst geringen Quantität eines Heilmittels die möglichst grösste Heilwirkung zu erzielen.

* * *

Prof. Paltauf demonstrirt den Magen eines Selbstmörders welcher sich durch Paraldehyd vergiftet hatte. Der Magen fand sich gefüllt mit etwa $1^1/_2$ Liter Speisebrei, die vordere Wand desselben, der linke Leberlappen, Zwerchfell ganz hart, Serosa darüber trocken, die Magenschleimhaut vorne vom Pylorus bis zur Cardia gehärtet. Interessant ist, dass die hintere Magenwand keine Veränderungen zeigt; dieser interessante Befund dürfte postmortal durch die über dem Speisenbrei liegende Flüssigkeit entstanden sein. Der Fall verdient auch deshalb Beachtung, weil die Vergiftung durch ein Medicament herbeigeführt wurde.

* * *

Rg.-A. Dr. Kowalsky zeigt Photogramme von Mikroorganismen, die er im Darme eines foudroyant verlaufenden Falles von Cholera asiatica, 2 Stunden nach der Obduction, sowie in weiteren 11 Fällen, gefunden hatte. Dieselben sehen aus wie verlängerte S-Formen, stehen einzeln oder in Büscheln und machen denselben Eindruck wie die Spirillen beim Rückfalltyphus; sie lassen sich mit gesättigter Fuchsinlösung tingiren. Die Züchtung gelang nicht; bei Zimmertemperatur sterben sie meist schon am fünften Tage ab.

Prof. PALTAUF bemerkt, dass ähnliche Bilder die aber mit der Cholera nichts zu thun haben, schon 1885 in den Fäces gefunden wurden. Es könnten diese vielleicht mit den von KOWALSKY gefundenen Bildern identisch sein.

* * *

Prof. Urbantschitsch: *Vorstellung von Taubstummen, an denen methodische Hörübungen vorgenommen wurden.*
(Demonstration.)

Bis jetzt sind acustische Uebungen an vollständig Tauben nicht vorgenommen worden, sondern nur bei solchen, bei welchen noch ein Rest von Gehör vorhanden war. Die vom Vortragenden in dieser Richtung seit $1^1/_2$ Jahren angestellten Versuche waren von sehr guten Resultaten gefolgt.

Vortragender geht nun in folgender Weise vor: er ruft dem Taubstummen 2 Vocale, z. B. a, und i langsam und deutlich in's Ohr; derselbe hört zwar nicht das a als a das i nicht als i, aber er erhält zwei verschiedene Schalleindrücke, die er sich mit der Zeit merkt und auszusprechen bemüht. Auf diese Weise werden mit der Zeit auch die anderen Vocale, Consonanten, Silben, Worte, zuletzt ganze Sätze eingeübt. Im Anfange kennt natürlich der Taubstumme die Bedeutung der ihm zugerufenen Worte nicht, aber je nach dem Grade seiner Intelligenz lernt er mit der Zeit das Gehörte mit dem betreffenden Begriffe in Verbindung zu bringen. Mit der Zeit werden auch Worte eingeübt, denen keine Bedeutung zukommt. Nach und nach werden die einzelnen Sätze in grösserer Entfernung dem Ohre zugerufen, damit sich dasselbe an weniger intensive Schallwirkungen gewöhnte. In einigen Fällen tritt das Gehör förmlich sprungweise ein, ein anderes Mal zeigt sich wieder ein gewisser Stillstand. Wenn beide Ohren ungleich hören, kann mit der Zeit das schlechtere Ohr selbst einen grösseren Fortschritt zeigen als das andere und sogar besser hören als dieses. Kleine körperliche Indispositionen (Schnupfen, feuchte Witterung etc.) genügen oft schon, um das Gehör schlechter zu machen, resp. einen Rückschritt zu veranlassen; durch Ausdauer und oft mit sehr grosser Mühe gelangt man doch meist zum Ziele.

Zu beachten ist, dass durch längere Uebung oft eine acustische Ermüdung eintritt, so dass der Taubstumme nichts mehr percipirt; dieselbe hält aber für gewöhnlich nicht lange an. Andere wieder zeigen eine grosse Nervosität, schlafen schlecht oder ändern ihr Temperament. Es ist daher rathsam, die Uebung nicht länger als 5 Minuten auszuführen und derselben dann eine Pause von $^1/_2$ Stunde folgen zu lassen, so zwar, dass die Uebungen auf den Tag vertheilt $^1/_2$ bis 1 Stunde zusammen betragen. Dieselben können wohl eingeschränkt, dürfen aber ja nicht ausgesetzt werden! Die Stimme, mit der in's Ohr gesprochen wird, darf nicht zu stark sein, damit der Taubstumme von derselben nicht unangenehm berührt werde; Hörrohe sind daher höchst selten, und da nur im Anfange nöthig.

Gegen die Annahme, dass es sich hier um eine Gefühlswirkung handle, welche durch den Luftstrom bewirkt wird, und nicht um eine Gehörswirkung, spricht der Umstand, dass bei der acustischen Ermüdung und ebenso bei leisem Sprechen unter Zuführung eines starken Luftstromes absolut nichts gehört wird.

Bei verschiedener Stimmhöhe ist auch das Gehör verschieden, so dass der Taubstumme, wenn er an eine gewisse Stimme gewöhnt wird, dann andere schlechter hört. Es ist daher rathsam, bei den Uebungen mehrere Stimmen einwirken zu lassen.

Der Werth dieser Uebungen besteht darin, dass der Taubstumme lernt sich mit der Zeit durch die Sprache verständlich zu machen; von grösster Wichtigkeit ist, dass man demselben das Vocalgehör gibt; und wenn man schon nichts mehr, als letzteres erreicht, so ist der Vortheil ein sehr grosser. Dadurch, dass der Taubstumme in den Hörschlauch spricht, merkt er den Unterschied zwischen der eigenen und der fremden Sprache und bemüht sich, letzterer näher zu kommen.

Das Alter der Taubstummheit ist hier nicht von Bedeutung, ebensowenig ob dieselbe angeboren oder erworben ist; ja es scheint, dass die angeborene Taubstummheit mehr diesen Uebungen zugänglich ist als die erworbene. Es ist daher der Wunsch naheliegend, dass dieselben auch mit solchen Zöglingen vorgenommen werden, welche sis jetzt ganz vernachlässigt wurden. Von der Döblinger Taubstummenanstalt, sowie in Agram, Laibach u. A., wo diese Methode geübt wird, liegen bereits günstige Resultate vor.

Das Princip dieser Uebungen ist, dass der Taubstumme mit der Zeit eine S o n d e r u n g der Eindrücke vornehmen kann und langsam der Gehörsinn sich entwickelt. Bei den Taubstummen fällt auch ins Gewicht, dass bei ihnen eine Inactivität des acustischen Organes eintritt, dass sie immer schlechter und schlechter hören, weil sich Niemand mit ihnen befasst. Das Gehör muss daher stets in Activität gehalten werden. Die Uebung soll stets an beiden Ohren vorgenommen werden.

Der Director des Taubstummeninstitutes in Döbling, Herr LEFELD und der daselbst thätige Lehrer Herr KÜHNEL führen einige Taubstumme vor, bei denen das Gehör bei der Aufnahme entweder Null oder nur sehr gering war. Die acustischen Uebungen wurden bei denselben erst seit dem 15. September d. J. (alo im ganzen $2^1/_2$ Monate) vorgenommen. Die damit erzielten Resultate sind überraschend gute. Die vorgesagten Worte und Sätze werden prompt und genau nachgesagt, die an einige Zöglinge gerichteten Fragen deutlich und richtig beantwortet. *Dr. Em. Mandl.*

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 4. December 1893.

Dr. M. Köhler: *Fractura maxillae sup. complic.*
(Demonstration.)

Ein junger Mann wurde durch den Hufschlag eines Pferdes in's Gesicht getroffen, worauf er, ohne das Bewusstsein zu verlieren, erbrach und in stark anämischem Zustande dem Vortragenden vorgestellt wurde. Ablösung eines Lappens aus der Conjunctiva sclerae des rechten Auges, Durchtrennung der Lippe und des ganzen Limbus des Oberkiefers, der nur durch das Involucrum palati duri zusammengehalten wurde. Da eine Consolidation durch Knochennaht nicht möglich war, Exstirpation der fracturirten Theile, welche beide Oberkiefer betraf. Tamponade der Wundhöhle, Vereinigung der Lippe, Naht der Conjunctiva und der Wunde am oberen Augenrande. Heilung nach 25 Tagen. Um die Aufnahme von fester Nahrung zu ermöglichen, wurde eine Prothese eingelegt, welche den gewünschten Zwecken vollkommen entspricht und gut vertragen wird.

Prof. v. REDER bemerkt, dass Hufschläge meist das Gesicht treffen, wobei in den meisten Fällen der Unterkiefer fracturirt wird.

* * *

Dr. Josef Schrank, k. k. Polizeiarzt in Wien: *Das öffentliche Sanitätswesen in der Stadt New-York.*

New-York, welches mehr als 1,700.000 Einwohner hat, daher die drittgrösste Stadt der Welt ist, zeichnet sich vor vielen anderen Grossstädten durch einen ausgezeichnet organisirten Sanitätsdienst aus, welcher durch das, unserem Sanitätsdepartement im k. k. Ministerium des Innern und der k. k. Statthalterei entsprechende, «Gesundheitsamt» geleitet wird, dem noch andere Ehren- und Hilfsämter zur Seite stehen. Es bestehen eigene Abtheilungen für contagiöse Erkrankungen, welche mit der grössten Umsicht und peinlichsten Sorgfalt ihres Amtes walten; ausserdem besteht daselbst ein statistisches Bureau. Für jedes einzelne Ressort ist die Stadt New-York in, je nach Bedarf des zu versorgenden Amtes, mehr oder weniger Districte getheilt, welche von einem Inspector geleitet werden. Besondere Nachahmung verdient der I m p f u n g s d i e n s t New-Yorks; es besteht ein förmlicher I m p f z w a n g, indem kein ungeimpftes Kind in die Schule aufgenommen wird. Die die Impfung besorgenden Aerzte gehen von Haus zu Haus, zu welchem Zwecke ihnen die vegetabilische Lymphe sammt den Nadeln von mit besonderer Umsicht geleiteten Impfanstalten geliefert wird. Ausserdem besteht in New-York ein eigenes Desinfectionscorps und ein Ambulanzcorps.

Zur Hintanhaltung der raschen Ausbreitung der Diphtheritis hat New-York eigens sanitäre Einrichtungen getroffen, durch welche eine schnelle und genaue Diagnose der Diphtheritis durch rasche Anlegung von Diphtheritisbacillen-Culturen, möglich gemacht wird.

Für die Behandlung contagiöser Krankheiten hat die Stadt drei sehr gut eingerichtete und gut geleitete Spitäler.

Die Sanitätsinspection hat die Häuser zu besuchen und etwaige Gebrechen in sanitärer Beziehung aufzudecken. Die Sanitätscompagnie der Polizei hat die Wohnungen, Keller, Höfe, Kanäle, Ventilationen und Aborte zu inspiciren. Polizeiärzte in unserem Sinne existiren nicht. Das Sanitätsbureau hat seine eigene Abtheilung für Bleiarbeiten und Ventilation. Die Untersuchung der Nahrungsmittel ist eine äusserst sorgfältige, indem 4 Inspectoren für Fleisch, 1 für Fische, 2 für Früchte und 1 für die übrigen Nahrungsmittel fungiren. Einer besonderen Aufmerksamkeit erfreut sich die Milch, da mit der grössten Sorgfalt der Verfälschung derselben entgegengearbeitet wird.

Dagegen ist das Trinkwasser, welches dem Quellengebiete des Crotonflusses entnommen wird, nicht gut, da es sowohl nach chemischen Analysen als auch in bacteriologischer Hinsicht als zum Trinken nicht geeignet befunden wurde und dürften auch viele in den Sommermonaten auftretende Krankheiten auf dasselbe zurückzuführen sind.

Interesse verdient die Heranbildung des ärztlichen Standes, welche der in Europa sehr weit nachsteht. Der Eintritt in eine ärztliche Schule — deren es in New-York mehrere gibt — ist nur mittels eines von einem respectablem Arzte über den moralischen Wandel ausgestellten Zeugnis es und eines Diplomes über den Besuch einer höheren wissenschaftlichen Anstalt gestattet. Jene, welche ihre Vorkenntnisse nicht durch glaubwürdige Atteste nachweisen können, haben sich vor der Aufnahme einer Prüfung zu unterziehen, die gerade nicht rigoros genannt werden kann, da nur die Anfangsgründe in der Physik und Mathematik, verlangt werden und aus dem Englischen und Lateinischen sehr milde geprüft wird. Der Unterricht an der medizinischen Schule dauert nur 3—4 Jahre und zerfällt in die Anhörung von Vorlesungen, in der Ausführung von Laboratoriumarbeiten und in den Besuch von Spitals- und Dispensairekliniken. In die Unterrichtsgegenstände ist auch Syphilis, Dermatologie, Psychiatrie und Bacteriologie aufgenommen. Es besteht wohl volle Lehrfreiheit, aber keine Lernfreiheit. Wer die ärztliche Praxis ausüben will, muss nach abgelegter Prüfung sein Diplom dem Gesundheitsamte vorlegen. Die Stadt hat ferner eine Hebammen- und zwei Veterinärschulen. In der Apothekerschule dauert der Unterricht nur ein Jahr. Die Apotheker sind in New-York nebenbei auch Kaufleute, die alle möglichen, in eine Apotheke nicht gehörigen Handelsartikel verkaufen.

Geradezu musterhaft ist der ärztliche Nachtdienst organisirt, indem in jedem der 35 Polizeidistricte New-Yorks eine Liste der zum Nachtdienste gemeldeten Aerzte für den Bedarfsfall aufliegt. Der gerufene Arzt wird entweder von der Partei oder aus einem Fonde honorirt.

Eine Rettungsgesellschaft besteht in New-York nicht. Bei Unglücksfällen wird von der Polizei durch den nächsten Telephonkasten das nächstliegende Spital angerufen, welches an die Unglücksstätte einen Ambulanzwagen entsendet. New-York hat auch Polikliniken und Ambulatorien. Die Armen werden entweder ganz unentgeldlich oder gegen Erlag von 10 Cents für die Ordination behandelt. Neben den speciellen Frauenärztinnen gibt es auch Aerztinnen, welche auch Männer behandeln.

Eine Morgue nach französischem Muster gibt es in New-York nicht. Die Leichen kommen in Särge, welche ringsum von Eis umgeben sind. Die Todtenbeschau nimmt der behandelnde Arzt vor und erfolgt die Beerdigung auf Grund eines von ihm ausgestellten Certificates.

Die Wannenbäder sind mit den Barbierstuben verbunden, die Fussbäder sind unentgeldlich.

Die Trunksucht wird durch Strafen, die auf dieselbe gesetzt wird, sowie durch die zahlreichen Enthaltsamkeitsvereine und strengen Accisegesetze sehr eingeschränkt und durch die bestehenden Trinkerasyle, in welche sich die Trunkenbolde freiwillig oder wenn sie dazu verurtheilt werden, begeben, sehr eingedämmt.

In Bezug auf die Behinderung der Ausbreitung der Syphilis steht Amerika anderen Grossstädten sehr nach, da von Amtswegen keine geschlechtlichen Untersuchungen Syphilitischer oder auf Syphilis Verdächtiger vorgenommen wird. Es existiren in New-York keine syphilitischen Spitäler und werden Syphilitische nur dann aufgenommen, wenn ihr Leiden bereits sehr vorgeschritten ist.

Die Syphilis ist eng verwebt mit der Prostitution, die aber in New-York, sowie in Amerika überhaupt keine stehende Frage bildet, sondern mit den zugänglichsten Mitteln unterdrückt wird. Es ist dies kein Wunder, wenn man bedenkt, dass sowohl die günstigen, socialen Verhältnisse als auch die hohen moralischen Grundsätze der Amerikaner ihr jeden Boden der Entwicklung entziehen. Die Geschlechtsehre des Weibes steht dem Amerikaner sehr hoch, die Arbeitslöhne für Mädchen sind nicht niedrig, der Hang zum Müssiggange überhaupt nicht in der Natur des Amerikaners gelegen. Infolge der guten Löhne heirathen auch die Männer frühzeitig und werden daher von der Prostitution abgelenkt.

Da die Geschlechtsehre der Frau so hochgehalten wird, kommt der kriminelle Abortus trotz der strengen Strafen, die auf ihn gesetzt werden, sehr häufig vor.

Vortragender betont, dass viele Einrichtungen des öffentlichen Sanitätswesens New-Yorks von Seite Wiens Nachahmung verdienen und zu diesem Zwecke habe er den Vortrag gehalten.

Dr. Em. Mandl.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 6. Dezember 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. Bum zeigt einen bereits auf dem internationalen Congresse in Wiesbaden von BELZ demonstrirten Apparat, welcher in Japan fast in jedem Hause unter dem Namen «Wärmedose» zu finden ist und zumeist bei Koliken applicirt wird. Dieser Apparat stellt eine 12 *cm* lange, 7 *cm* breite und 3 *cm* dicke Büchse aus Eisenblech dar, welche viele Luftlöcher besitzt und mit einem Stoffe überkleidet ist, welcher verhütet, dass das heisse Metall direct mit dem Körper in Berührung kommt. Die Heizung des Apparates wird durch eine Patrone besorgt, welche mit der pulverisirten Kohle einer Solanee gefüllt ist, die rauch- und geruchlos, sowie sehr langsam verglimmt. SAHLI hat mit dem Apparate bereits mehrere Untersuchungen vorgenommen und bei gewissen Formen von Perityphlitis, bei Gallenstein-Kolik und Croup gute Resultate damit erzielt. Die Temperatur bleibt 5 bis 6 Stunden ziemlich constant zwischen 45 und 50 Grad Celsius. Der Apparat ist sehr handlich und billig ($1^1/_2$ Francs sammt einem Dutzend Patronen).

* * *

Dr. Löbel*) führt den am 22. Nov. vorgestellten Fall von Spontangangrän wieder vor. Das Mädchen hat auf der Hand, genau an derselben Stelle, wo das gangränöse Geschwür sass, wieder solche Blasen, welche unter dem Verbande entstanden sind. Aeussere Reize sind gänzlich auszuschliessen.

Dr. HERZ bemerkt, dass dies eine Gangrän sei, die anscheinend spontan unter dem Verbande nach Nervenverletzung entstanden sei. Auf Grund einiger Beobachtungen, die er auf der chirurgischen Abtheilung des Prof. WEINLECHNER gemacht, müsse er sich gegen den Begriff der Spontanität wenden. So trat bei einem Manne, bei welchem eine Kniecontractur bestand und bei dem bei der Streckung mittels des LORENZ'schen Apparates der Ischiadicus durchgedrückt wurde, Anästhesie und Lähmung und überall dort Gangrän auf, wo die Haut dem leisesten Drucke ausgesetzt war. Bei Durchtrennung von Nerven kann Gangrän selbst durch Druck der Bettdecken entstehen. Bei einem Mädchen, wo die Streckung durch Muskelkraft besorgt wurde, trat keine Lähmung und Anästhesie, wohl aber Gangrän nach Application eines leichten Sandsackes ein, was beweist, dass der geringste Druck oft schon im Stande ist, Gangrän zu erzeugen. In einem 3. Falle entstand Gangrän an der Stelle, wo der Verband sass. Der Körper ist daher nicht gegen jede Schädlichkeit durch den Verband geschützt, sondern dieser kann selbst als ein Trauma wirken. Und auch in dem von LÖBEL vorgestellten Falle könnte es sich um eine Gangrän handeln, welche durch einen stärker drückenden Verband hervorgerufen wurde.

*) Siehe Nr. 48 dieses Blattes: Wiener medicinischer Club, Zwei Fälle von Spontangangrän.

Dr. Em. Mandl.

Verein für innere Medizin in Berlin.

*Sitzung vom 30. October 1893**).

(Schluss.)

Prof. MENDEL hält die Behauptung des Vortragenden, die sich auch in den meisten Lehrbüchern findet, dass die Epilepsie im späteren Alter eine ungemein seltene Krankheit sei, für durchaus nicht richtig. Gelegentlich der Naturforscherversammlung in Nürnberg hat er auf Grund seiner eigenen Erfahrung 904 Fälle von Epilepsie zusammengestellt, von denen 53 nach dem 40. Lebensjahre entstanden sind. Unter diesen 53 Fällen befanden sich 3 mit der Herzkrankheit. MENDEL ist nicht im Stande, sich einen direkten ätiologischen Zusammenhang zwischen Epilepsie und Herzfehler zu construiren. Beide sind recht häufig, und daher ist es nicht auffällig, wenn beide einmal zusammen vorkommen. Der Procentsatz, in welchem Herzfehler bei Epilepsie vorkommen, ist kein so hoher, dass man ein spezielles ätiologisches Moment heranziehen müsste. Auch kann MENDEL die Chorea nicht als Uebergangsmoment gelten lassen. Seine eigenen Erfahrungen sprechen nicht für ein übermässig häufiges Vorkommen von Herzfehlern bei Chorea. Der Zusammenhang lässt sich so construiren, dass das Gift, welches den Herzfehler gesetzt hat, auch die Chorea hervorruft. Im übrigen wissen wir nichts Genaueres über den Vorgang, welcher die Chorea hervorruft. Wenn aber bei Epilepsie ein Herzfehler besteht, so kann dieser sehr wohl geeignet sein, die Epilepsie zu verschlimmern. Therapeutisch hat MENDEL in solchen Fällen eine Verbindung grosser Dosen Brom mit Digitalis gegeben und in einzelnen Fällen ein sehr günstiges Resultat erreicht, so dass z. B. in einem Falle die Anfälle jahrelang wegblieben. Die Seltenheit der epileptischen Anfälle in dem mitgetheilten Falle und ihr nächtliches Auftreten sind in der That zwei Merkmale für Epilepsia tarda.

Prof. LEYDEN hält sich für berechtigt, nach seinen Erfahrungen einen Zusammenhang zwischen Herzkrankheiten und Epilepsie zu vermuthen, wenngleich sich ein ganz stricter Beweis nicht führen lässt. Nach STOKES treten auch in den Fällen von Bradykardie zuweilen epileptiforme Anfälle, häufiger aber Ohnmachten auf. Hier liegt die Vermuthung nahe, dass durch die sehr verlängerte Diastole des Herzens eine Anämie des Hirns sich einstellt, welche gelegentlich in einen epileptischen Anfall übergehen kann. Ohnmachten sind auch bei anderen Herzkrankheiten nicht selten. Epilepsie mit Herzkrankheiten hat LEYDEN wiederholt beobachtet.

Dr. JASTROWITZ betont die Schwierigkeit, Epilepsie mit Herzkrankheiten in Zusammenhang zu bringen. Allerdings ist es eine Thatsache, dass man bei Epilepsie nach Alkoholismus etc. nach dem Tode häufig eine sehr starke Herzhypertrophie findet. Die plötzlichen Todesfälle bei Epileptikern sind durch Insufficienz des sehr stark vergrösserten Herzens bedingt. JASTROWITZ hat diese Herzhypertrophie auch bei ganz jugendlichen Individuen gefunden. Es ist ganz unmöglich, hier eine Entscheidung zu treffen. Von besonderer Bedeutung ist in dem ROSIN'schen Falle die vasomotorische Störung. JASTROWITZ hat in einigen Fällen von Fettherz ganz kurze Ohnmachtsanfälle mit leichten Zuckungen beobachtet. Immerhin möchte er doch die Bestimmtheit, mit welcher die Herzkrankheiten mtt Epilepsie in Zusammenhang gebracht sind, bezüglich ihrer Berechtigung anzweifeln.

Dr. STADTHAGEN erinnert an die epileptoiden Zufälle, welche durch Veränderungen der nasalen Schwellkörper entstehen. Es ist ihm in einer Anzahl von Fällen gelungen, durch rasche Beseitigung der Anschwellung mittels Cocains die Anfälle zu kupiren. Es erscheint sehr wohl möglich, dass bei schwankender Herzthätigkeit zuweilen auf diesem Wege epileptoide Anfälle begünstigt werden.

Dr. A. BAGINSKY: Bei Kindern, bei denen man sehr häufig die Entwicklung der Epilepsie von den frühesten Stadien an beobachten kann, ist es eine ganz alltägliche Erscheinung, dass die Attacken zunächst des Nachts einsetzen, ohne dass Herzaffectionen mit im Spiele sind. BAGINSKY hat trotz sorgfältigster Untersuchung keinen Zusammenhang von Herzaffection mit Epilepsie bei Kindern constatiren können. Noch viel weniger kann die Chorea in dieser Beziehung verwerthet werden. Man sieht relativ häufig Chorea mit Epilepsie. Beides sind zwei ganz verschiedene Affectionen. BAGINSKY glaubt nicht an einen directen Zusammenhang zwischen Herzfehlern und Epilepsie.

Prof. LEYDEN theilt ergänzend mit, dass er einen exquisiten epileptischen Anfall bei Stenose des Ostium aortae beobachtet habe; Patient ist schliesslich in einem solchen Anfall gestorben. Ueber den Zusammenhang von Chorea mit Herzkrankheiten kann kein Zweifel bestehen. Nicht selten beobachtet man besonders nach Endokarditis das Eintreten von Chorea. Dieselbe Ursache möchte LEYDEN für beide Affectionen nicht annehmen, da die Chorea sich doch erst als Nachkrankheit nach Rheumatismus und Endocarditis entwickelt. Allerdings kommen beide auch gleichzeitig vor. MOCKEL vertrat die Meinung, dass die Chorea überhaupt von der Endocarditis abhängt.

Prof. MENDEL: Wenn auch zweifellos Aortenerkrankung zugleich mit Epilepsie bestehen kann, so braucht deshalb noch kein ätiologischer Zusammenhang zwischen beiden zu bestehen. MENDEL hat eine grosse Zahl von Choreafällen ohne jede Herzaffection beobachtet. Die Schwellkörper der Nase, welche eine so grosse Rolle in der modernen Therapie spielen, sind natürlich auch bei der Epilepsie nicht unangefochten geblieben. MENDEL hat zahlreiche Epileptiker gesehen, bei denen die Schwellkörper der Nase ausgebrannt worden waren, der durch diese Manipulation geheilt ist; wohl aber ist in einem Falle die vorhandene Disposition dadurch zum Ausbruch des epileptischen Anfalls verstärkt worden.

Dr. STADTHAGEN: Der letzte Fall beweist gerade, dass ein Zusammenhang zwischen den Schwellkörpern der Nase und der Epilepsie besteht und regt zu den erwähnten therapeutischen Massnahmen an.

Prof. MENDEL: Jedes Trauma ist im Stande, bei vorhandener Disposition Epilepsie hervorzurufen. Ein Beweis für die Beziehung der Schwellkörper der Nase zur Epilepsie liegt nicht vor.

Dr. JOLLY weist noch auf eine andere Möglichkeit des Zusammenhangs zwischen Epilepsie und Herzfehlern hin. Bei einigen von ihm behandelten Epileptikern war der Zusammenhang zweifellos durch Embolieen gegeben. Bekanntlich finden sich bei der Section von Epileptikern an verschiedenen Stellen des Gehirns Narben, Erweichungsherde und Sclerose, welche wohl im Anschluss an Herzfehler entstanden sein mögen. Andererseits werden unzweifelhaft durch anämische und hyperämische Zustände des Hirns gelegentlich einzelne Herzfehler ausgelöst; aber dieses Verhältniss ist ein sehr seltenes.

Prof. GERHARDT hat schon vor Jahren die Ansicht ausgesprochen, dass bei lange bestehender Epilepsie Herzhypertrophie sich entwickelt. In vielen Fällen von Chorea, in denen unter Steigerung der Convulsionen und der Temperatur der Tod erfolgt, findet sich bei der Section eine frische Endocarditis der linken Herzklappe. Nicht selten entwickelt sich erst eine Herzaffection und dann Epilepsie, oder umgekehrt. Dagegen kommen Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen hier und und da bei hochgradigen Stauungszuständen vor, und ebenso nach heftigen stenocardischen Anfällen. Auch doppelseitige Hirnarterienembolieen bringen einen epileptischen Anfall hervor. Auch bei Kranken mit ungewöhnlich entwickeltem CHEYNE-STOKES'schen Phänomen, namentlich bei allen Leuten mit Arteriosclerose hat GERHARDT Bewusstlosigkeit und Convulsionen beobachtet.

Dr. LITTEN constatirt, dass Chorea sehr häufig in Folge von acutem Gelenkrheumatismus bei bestehender Endocarditis auftritt, häufig nach Scarlatina, seltener nach Diphtherie und noch seltener bei Gravidität. Fast immer war ein Zwischenstadium zwischen diesen Krankheiten und dem Ausbruch der Chorea nachzuweisen, so dass in Bezug auf den zeitlichen Verlauf zunächst die Scarlatina, bezw. die Gravidität, dann die Gelenkaffection und Endocarditis und endlich die Chorea auftrat. LITTEN hat in einer ziemlich grossen Zahl von tödtlich verlaufenen Fällen von Chorea, bei welchen während des Lebens Endocarditis nicht nachweisbar war, bei der Section ausnahmslos frische Endocarditis an den Mitralsegeln gefunden. Bei 6 Herzkranken traten nach Embolieen Choreaanfälle auf, an denen sie zu Grunde gingen.

Dr. ROSIN: In der französischen Literatur sind Epilepsien bei Greisen mitgetheilt, bei denen sich eine sehr starke Arteriosclerose der grossen Gefässe des Hirns fand, welche jedesmal auf Circulations-

*) Nach dem Berichte der «Deutschen Mediz.-Zeitung» Nr. 91, 1893.

störungen zurückgeführt wurden. Auch bei Morbus Basedowii ist Epilepsie beobachtet, für welche man ätiologisch die abnorme Blutcirculation verantwortlich gemacht hat. In dem von ihm mitgetheilten Falle hat nachweislich in der Jugend keine larvirte Epilepsie bestanden.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Beitrag zur Myopie-Frage.

Von **Dr. Boleslaw Jankowsky.**

Aus der Augenklinik in Bern.

Verlag von Carl Sallmann, Basel und Leipzig 1893.

Die geistreiche Theorie STILLING's, die dieser für die Myopie aufgestellt, hat Verfasser einer genauen Nachprüfung und statistischer Controlle unterzogen und ist dabei zur Bestätigung des Satzes gelangt, dass der Bau des Gehirnschädels und auch der der Orbita die wichtigsten Momente für die Entstehung der Myopie abgeben. Damit ist auch die Heredität gleichfalls vom antroprologischen Standpunkte erwiesen, wobei aber Verfasser zugiebt, dass ausser den ererbten Qualitäten eine ganze Reihe anderer, zum Theile noch unaufgeklärte Momente zur Entwicklung der Myopie beitragen. Die Untersuchungen sind mit grosser Gewissenhaftigkeit und Gründlichkeit ausgeführt. *Dr. Alfr. Pollak.*

Lungenemphysem und Kurzathmigkeit.

Von **Dr. Michaelis.**

Heuser's Verlag, Neuried.

Eine etwas breite, an Wiederholungen reiche Darstellung der Lehre vom Emphysem, die nichts Neues bringt. Den grössten Theil des Buches macht das Capitel Therapie aus. Dieses ist im Grossen und Ganzen ein Versuch, die in letzter Zeit mit Recht in Misscredit gerathene pneumatische Therapie zu retten. Den Schluss des Buches bildet eine 12 Seiten umfassende Darstellung der Diät und des Tagesregimes für Emphysematiker, die eventuell der Curarzt mit Nutzen verwenden kann. Jedoch ist bei Anwendung derselben Vorsicht geboten, denn es finden sich darin Sätze, wie der folgende: «Namentlich Austern und Caviar besitzen eine grosse Reproductionsfähigkeit an Blut und Gewebe», S. 67, oder «Schwarzer Kaffee ist ein sogenanntes Sparmittel, welches den Stoffwechsel verlangsamt, die Müdigkeit verscheucht und eine ausgibige Assimilation der Nahrungsstoffe vermittelt», S. 70. *Dr. R. Kolisch.*

Sehproben

zusammengestellt von **Dr. Albrand.**

Verlag von H. Hartung & Sohn. Leipzig 1893.

Verfasser hat die nahezu allerwärts gebräuchlichen SNELLEN-schen Sehproben ohne essentielle Aenderung in einer sehr zweckmässigen und handlichen Form veröffentlicht. Die zum Lesen für die Nähe nöthigen Proben sind alle auf einem Blatte vereinigt, indem Verfasser bei den grossen Typen sich mit einzelnen Buchstaben begnügte, welche auch vollkommen genügen und das dickleibige Buch SNELLEN's ersetzen.

Jeder, der mit Sehproben viel zu thun hat, wird den Uebelstand beklagen, dass die für die Nähe bestimmten Tafeln durch Anfassen mit den Fingern seitens der zu Untersuchenden beschmutzt und dadurch bald gebrauchsunfähig werden. Dem hat der Autor einfach dadurch abgeholfen, dass er die Tafel mit einem farbigen Pappendeckelrahmen umkleben liess.

Auch die für die Ferne bestimmten Tafeln sind sehr nett und zweckentsprechend adjustirt.

Es ist schon aus ökonomischen Gründen die Anschaffung dieser neuen Sehproben sehr empfehlenswerth. *A. P.*

Die Syphilis des Herzens bei erworbener und ererbter Lues.

Von **Dr. F. Mracek**, Docent und k. k. Primararzt in Wien.

Separat-Abdruck aus dem «Archiv für Dermatologie und Syphilis» 1893 Ergänzungsheft II.

Obgleich die thatsächliche Existenz einer Syphilis des Herzens bereits in den Fünfziger Jahren durch genaue Beobachtungen und Beschreibungen von RICORD (1845) später von LEBERT und VIRCHOW, wissenschaftlics begründet erschien und seither Fälle von Herzsyphilis zu wiederholten Malen zur Mittheilung gelangten, so gebührt doch dem rühmlichst bekannten Autor das grosse Verdienst, in der vorliegenden umfassenden Arbeit, gestützt auf eine exacte pathologisch-anatomische Forschung, sowie unter kritischer Würdigung des einschlägigen Materials aus der Gesammtliteratur, als erster von der Lehre der Syphilis des Herzens eine erschöpfende wissenschaftliche Darstellung gegeben zu haben.

Das dem pathologisch histologischen Studium des Verfassers zu Grunde liegende Material entstammt dem reichen Schatze des Wiener pathologischen Instituts und betrifft 5 Fälle acquirirter, sowie 24 Fälle hereditärer Syphilis in welch' letzteren es sich allerdings nur 4 Mal um typische Producte der Syphilis handelte. Die einschlägigen Beobachtungen aus der Gesammtliteratur, von welchen sich sicher 51 auf Syphilis des Herzens beziehen lassen (unter 80 Fällen mit Obductionsbefunde) finden sich mit seltenem Fleisse in chronologischer Aufeinanderfolge auszugsweise mitgetheilt, an deren kritische Erörterung Verfasser die ausführliche Beschreibung seiner eigenen Befunde anschliesst.

Entsprechend den Herzabschnitten unterscheidet Verfasser eine Pericarditis, Myocarditis und Endocarditis syphilitica.

Die syphilitische Erkrankung des Pericards kommt selbständig nur selten vor, meist begleitet sie die myocarditischen Processe und betrifft das visecrale Blatt des Pericards mit dem epicardialen Binde- und Fettgewebe. Entsprechend den Formen der Myocarditis lässt sich eine fibröse productive Form mit zelliger Infiltration, Gefäss und entzündlicher Bindegewebsneubildung (welch' letztere sich bei längerem Bestande in Narbengewebe umwandelt) und eine gummöse Form unterscheiden, welch' letztere — isolirt — zu den grössten Seltenheiten gehört.

Die Gummata des Myocards kommen an allen Theilen des Herzens besonders aber an der Wand des linken Ventrikels vor und gehen stets mit Peri- oder Endocarditis des betreffenden Abschnittes einher, sie werden meist in weit vorgeschrittener regressiver Metamorphose (Fettdegeneration mit Verkäsung) angetroffen, die mit consecutiven Veränderungen in der Umgebung vergesellschaftet ist. Ob am Herzen Verhaltung der Gummen und der sie umgebenden Schwielen eintreten kann, erscheint fraglich, ebenso ist es zweifelhaft, ob solche Ablagerungen je zur Resorption gelangen können oder ob sich aus Erweichung und Durchbruch eines Gumma sich ein acutes partiales Herzaneurysma entwickeln kann.

Die Myocarditis fibrosa nimmt meist von dem die feinsten Gefässe umgebenden und intermusculären Bindegewebe seinen Ausgangspunkt, stellt sich in Form röthlich-grauer sehnig glänzender Stränge und Platten dar und kann sich im Anschlusse an syphilitische Entzündung oder auch an Necrose in Folge von obliterirender Endarteriitis syphilitica, entwickeln.

Als bedeutsamer Folgezustand tritt bei gänzlicher Entartung der Wände die Bildung partialer Herzaneurysmen auf (meist in den Fällen in welchen die Schwielenbildung der Herzwand auf obliterirende Gefässprocesse zu beziehen ist) welche in der Mehrzahl der Fälle die Herzspitze einzunehmen pflegen.

Die syphilitischen Veränderungen am Endocard, sind fast ausnahmslos als ein vom Myocard fortgeleiteter Process aufzufassen und lassen sich als Endocarditis parietalis und Endocarditis valvularis differenziren. Die Endocarditis parietalis bildet einen ziemlich umschriebenen Process, welcher der Ausbreitung einer gummösen oder fibrösen Myocarditis folgend, sich über kleine Abschnitte, seltener über die ganze Herzhöhle ausdehnt, und histologisch, je nachdem der Process vorgeschritten ist, verschiedene Stadien von der kleinzelligen Infiltration bis zur Schwielen- und Excrescenzen-Bildung zeigen kann. Das Endocard der Papillarmuskeln wird auf derselben Weise ergriffen, wie jenes der Wandungen.

Die Endocarditis valvularis syphilitica entwickelt sich entweder in Folge von syphilitischen Entzündungsprocessen, die sich in der Wand der Ostien etabliren oder aber von einem anderen Herzabschnitte beginnend in dieselben hineinreichen und zu mehr oder weniger ausgebreiteten Alterationen der Klappen wie: Verdickung, Verschrumpfung, Verdrängung, etc. derselben führen.

Isolirte Veränderungen der freien Flächen und Ränder der Klappen in der gewöhnlichen Form von Excrescenzen oder Auflagerungen oder Perforationen werden nach der Ansicht des Verfassers fälschlich für syphilitische Endocarditiden erklärt, sie entsprechen vielmehr rheumatischen und ulcerösen Endocarditiden, wie sie im Gefolge mannigfacher Infectionskrankheiten auftreten und wohl nur als Complicationen bei Syphilitikern aufzufassen sind.

Bezüglich der feineren histologischen Details sei auf die Originalarbeit hingewiesen, deren Studium für all' diejenigen, welche der Frage näher treten wollen, als unentbehrlich bezeichnet werden muss.

Der klinische Theil des Themas findet eine nur ganz flüchtige Erörterung, was bei der heute noch höchst mangelhaften Kenntniss der Symptomatologie der Herzsyphilis nur gerechtfertigt erscheint.

Dr. G. Nobl

Zeitungsschau.

Niels R. Finsen: Eine neue Behandlung der Pocken mittelst der Lichtstrahlen des Sonnenspectrums. (Sem. méd. No. 59. 1893. — Allgem. med. Central-Ztg. Nr. 89. 1893.)

Verfasser, ein junger dänischer Arzt, früher Prosector der Anatomie bei der medicinischen Facultät zu Kopenhagen, stellt seit einiger Zeit originelle Heilversuche der Pocken mittels eines Verfahrens an, welches darin besteht, den Kranken der chemischen Wirkung der Sonnenstrahlen auszusetzen. Diese Frage hat ihn zu Resultaten geführt, welche er in einer grösseren Arbeit jüngst veröffentlicht hat. Er gibt zunächst einen kurzen historischen Rückblick auf alle die Arbeiten, welche für die Begründung seiner Theorie von Werth sind. 1867 berichtet Blak über vorzügliche Heilresultate, welche er während einer Pockenepidemie in England dadurch erzielte, dass er verhinderte, dass die Sonnenstrahlen direct die Kranken beschienen.

Unter dem Einfluss der Dunkelheit hatte die Krankheit einen gutartigen Verlauf selbst bei Personen, welche niemals vorher geimpft worden waren. Die Pusteln fielen ab, wenn sie eitrig geworden. Eiterfieber wurde nicht beobachtet. Diese Beobachtung wurde bestätigt durch Waters und Barloff, welche 4 Jahre später die von Blak empfohlene Methode fortsetzten. In neuerer Zeit ist dieselbe Methode von Galavardin benutzt worden.

Die von diesen verschiedenen Autoren mitgetheilten Resultate stimmen vollkommen mit einander überein und es geht aus denselben hervor, dass die vollkommene Abgeschlossenheit von der Einwirkung des Sonnenlichts eine wesentliche Erleichterung und Abkürzung des Krankheits-Verlaufes verbürgt. Allerdings ist es nothwendig, dass die Abgeschlossenheit von den Sonnenstrahlen eine continuirliche und vollkommene ist. Das geringste Versehen kann zu einer Verschlimmerung des Leidens führen.

Dass das Sonnenlicht auf die normale Haut einen gewissen Reiz ausübt, ist eine bekannte Thatsache; derselbe wechselt zwischen leichter Röthe und Blässebildung bis zur Desquamation (erythema solare, eczema solare); wenn das Sonnenlicht nun auf die gesunde Haut eine so mächtige Wirkung auszuüben vermag, so ist leicht einzusehen, dass es eine erkrankte Haut, wie es z. B. bei Pockenkranken der Fall ist, im wesentlichen Masse beeinflussen kann. Die Wirkung des Lichts auf die gesunde Haut hat man den Wärme erzeugenden Strahlen des Spectrums zugeschoben.

1859 dagegen wies Charkoff nach, dass die von den Sonnenstrahlen ausgehende Wirkung einzig und allein von derjenigen Partie des Spectrums herrühre, welcher die chemische Kraft des Lichts zukommt. Die Untersuchungen wurden dann später durch Versuche von Wittmark bestätigt. Waren es also die chemischen Strahlen des Sonnenspectrums, welche den Hautreiz verursachten, so musste man folglich annehmen, dass dieselben Strahlen die kranke Haut des Pockenkranken in ungünstiger Weise beinflussen. Von dieser Erwägung ausgehend, hatte nun Finsen die Idee, die Pockenkranken in der Weise zu behandeln, dass er die chemisch wirkenden Theile des Sonnenspectrums eliminirte. Dies führte er in der Weise aus, dass er an den Fenstern der Räume, in welchen sich Pockenkranke befinden, rothe hermetisch schliessende Gardinen anbringen lässt, oder dass er die gewöhnlichen Scheiben durch rothe Scheiben ersetzte.

Im Verlaufe der letzten Pockenepidemie in Bergen haben nun zwei norwegische Aerzte die Finsen'sche Methode versucht. Aus den Berichten des einen derselben geht hervor, dass die mittels des von Finsen empfohlenen Verfahrens erzielten Resultate identisch sind mit denjenigen, welche man erhält, wenn man die Variolakranken in absolute Dunkelheit bringt. Es geht also auch daraus hervor, dass bei dem Variola-Ausschlag die chemischen Strahlen des Sonnenspectrums einen schädlichen Einfluss ausüben.

Die Wirkung der Behandlung besteht darin, die Variolapusteln zu verhindern, eitrig zu werden. Sie trocknen schnell ab und es kommt nicht zu Eiterfieber, vielmehr tritt eine schnelle Vernarbung der Pusteln ein. Dieses therapeutische Verfahren kann vielleicht auch für die Behandlung anderer Hautkrankheiten angewandt werden.

Dr. A. Haslund, Oberarzt des städtischen Hospitals in Kopenhagen. **Ueber die Entstehung der tertiären Syphilis.** Ein klinischer Vortrag. Monatsh. f. prakt. Dermat. XVI, 3. — Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 79, 1893.)

Bekanntlich wird nur die Minderzahl aller syphilitisch Inficirten von tertiären Symptomen befallen; Verfasser schätzt sie nach seinen Erfahrungen auf etwa 12%, bei ziemlich gleicher Vertheilung auf beide Geschlechter. Bei weitem am häufigsten fand er tertiäre Syphilis innerhalb der ersten vier Jahre nach der Ansteckung, indess ist bei Männern ihr Auftreten bis zum zwölften Jahre nicht ungewöhnlich, während sie bei Frauen bereits jenseits des sechsten Jahres beträchtlich seltener zu werden scheint. Als ihre wichtigste und häufigste Ursache betrachtet Verfasser den Mangel einer richtigen Quecksilbercur im secundären Stadium. Von 791 mit tertiären Erscheinungen behafteten Personen, welche während der letzten 10 Jahre im städtischen Hospital in Kopenhagen Aufnahme fanden, waren 231 niemals vorher specifisch behandelt worden, 461 hatten ungenügende, nur 99 ausreichende Curen früher durchgemacht. Als sonstige Ursachen, welche das Auftreten eines tertiären Stadiums begünstigen, gibt Verfasser an: chronischen Alkoholismus, das gleichzeitige Vorhandensein anderer chronischer oder infectiöser Krankheiten, Inficirung im höheren Alter, Zustände, welche die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzen, z. B. Sorgen, die aus anderen Breitegraden eingeführte Syphilis, vorhergegangene oder nachfolgende Infection mit Malaria oder irgend einem anderen klimatischen Fieber, Idiosynkrasie oder Intoleranz des Individuums gegen Quecksilber. Unter den 99 früher anscheinend ausreichend Behandelten waren nur 24, bei denen sich keine derartige Ursache nachweisen liess; Verfasser vermuthet, dass bei ihnen doch auch irgend ein therapeutischer Fehler, vielleicht die Anwendung einer für den speciellen Fall nicht passenden Methode der Quecksilbercur anzuschuldigen sein möchte.

Was die Localisation der tertiären Affectionen betrifft, so waren befallen: die Haut 453 Mal, das Knochensystem 212 Mal, das Nervensystem 200 Mal, die Schleimhäute 151 Mal, innere Organe 47 Mal. Während Knochensystem und Schleimhäute bei Frauen etwas häufiger ergriffen gefunden wurden, als bei Männern, zeigte sich das umgekehrte Verhältniss in weit ausgesprochenerem Masse bezüglich des Nervensystems, welches bei 454 Männern 14 Mal, bei 337 Weibern nur 56 Mal afficirt war. Der Grund hiefür ist vielleicht in dem Missbrauche von Alkohol und Tabak seitens der Männer zu suchen. Dass Fournier in seiner Statistik das Nervensystem überhaupt viel häufiger erkrankt fand, als der Verfasser, erklärt sich wohl aus der Verschiedenheit des Beobachtungsmaterials, dort vorwiegend Patienten aus den höheren Ständen, hier ausschliesslich Hospitalkranke. Warum die tertiäre Syphilis bei dem einen Individuum dieses, bei dem anderen jenes Organ befällt, lässt sich natürlich nicht immer feststellen. Bei vielen Per-

sonen treten die Symptome an Oertlichkeiten auf, an denen auch wiederholt secundäre Erscheinungen vorhanden waren, was wohl darauf hindeutet, dass an der betreffenden Stelle Krankheitskeime zurückgeblieben sind, die durch irgendwelche Ursache zu neuer Activität angeregt werden. Einen solchen Anstoss scheinen nicht selten Traumen zu geben; so lassen sich z. B. Gummata der Zunge, der Hoden oft auf Verletzungen dieser Organe zurückführen. Aber anderweitige pathologische Zustände, sowie die hereditäre Disposition zur Erkrankung bestimmter Organe, besonders des Nervensystems, spielen ohne Zweifel, indem sie Loci minoris resistentiae schaffen, bei der Localisation der tertiären Syphilis eine erhebliche Rolle.

Richardière: Die Pocken bei Tuberculösen. (Union méd. 1893. Nr. 37. — Centralblatt f. klin. Med. 1893. Nr. 40.)

Die Beobachtungen RICHARDIÈRE's über die Pocken bei Tuberkulösen lassen sich zusammenfassen:

1. die Lungentuberkulose verschlechtert die Vorhersage der Pocken bedeutend. Von 4 Tuberkulösen mit Variola starben drei;

2. zwei Phthisiker erlagen der hämorrhagischen Umwandlung der Pocken während der Eiterungszeit;

3. der dritte starb an konfluirenden Pocken;

4. von den 4 Kranken waren die 3 an Pocken verstorbenen im zweiten, der 4. überlebende im dritten Stadium der Phthisis. Die Vorhersage der Pocken bei den Phthisikern scheint also nicht unmittelbar von dem Grade der Lungenerkrankung abzuhängen, sondern vielmehr in Beziehung zum Grade der Eruption zu stehen;

5. bei den Phthisikern, die die Pocken überlebten, setzte das tuberkulöse Fieber während des Anwachsens der Pocken aus. Die Temperaturcurve wurde bis zur Genesung die von regelmässigen Pocken bei einem sonst gesunden Wesen.

Aus dem städtischen Krankenhause zu Nürnberg.

Dr. A. Frankenburger: Beitrag zur Casuistik und Aetiologie der primären Genitaltuberkulose des Weibes. (Münch. med. Wochenschrift 17/93. — Deutsche Medicinal-Zeitung, Nr. 84, 1893.)

Fälle von primärer Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates sind bis jetzt selten constatirt worden. Der Verfasser beobachtete einen solchen und theilt die Krankengeschichte und das Sectionsprotocoll mit. Der Fall ist besonders dadurch interessant, dass die Tuberkulose auf den Genitalapparat beschränkt blieb und bei Eintritt der den Exitus letalis herbeiführenden Miliartuberkulose eine tuberkulöse Veränderung in anderen Organen noch nicht eingetreten war. Auch das Peritoneum zeigte sich, abgesehen von den acut miliaren Herden frei von tuberkulöser Erkrankung. Die Infection dürfte also — so folgert Verfasser — direct von aussen in den Geschlechtsapparat gelangt sein. Für die Möglichkeit dieses Vorganges sprechen nach Verfasser die Untersuchungen von JANI und SCHUCHARDT, von welchen ersterer in dem Hoden- und Prostatagewebe Tuberkelbacillen constatirte, letzterer im Urethralsecret von an Gonorrhöe erkrankten Männern in sechs Fällen zweimal neben dem Gonococcus auch Tuberkelbacillen fand. In der That gelang es auch dem Verfasser bei dem Manne, welcher in geschlechtlichem Verkehr mit der Patientin gestanden hatte, Residuen einer linksseitigen pleuritischen Erkrankung zu entdecken, woraus er Verdacht auf bestehende Tuberkulose und Uebertragung derselben per coitum schöpft. Referent erinnert bei dieser Gelegenheit daran, dass HERMANN WEBER schon in der vorbacillären Zeit eine Statistik von achtzig Ehen phthisischer Individuen veröffentlicht hat, durch welche er beweisen konnte, dass die gesunden Frauen phthisischer Männer häufiger an Tuberkulose zu Grunde gehen als umgekehrt. Er erklärte sich dieses auffallende Verhältniss damit, dass das tuberkulöse Virus weniger durch Exhalation als durch die Samenflüssigkeit übertragen wird, sei es direct durch Resorption oder auch indirect durch den Fötus.

Aus der II. med. Universitätsklinik in Berlin.

C. Gerhardt: Zur physikalischen Diagnostik der Gallensteinkolik. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40, 1893.)

Zur Diagnostik der Gallensteinkolik gehört vor Allem die geschwulstartige Ausdehnung der Gallenblase in Folge Verlegung des gemeinsamen Gallenganges.

Die Geschwulst findet sich meist etwas nach Aussen vom Rande des rechten Musc. rectus und kann bei grosser Ausdehnung zur Verwechslung mit Echinococcusblasen, Krebsknoten oder mit in Folge gummöser Lebersyphilis abgeschnürten Leberlappen Anlass geben.

Andererseits kann die vorübergehende Verlegung des Gallenganges auch durch Spulwürmer, Leberegel oder durch sich zeitweise steigernden Druck von entzündlichen Ausschwitzungen und Geschwülsten des Pankreaskopfes hervorgerufen werden.

Die Geschwulst kann jedoch auch bei nicht vollständiger Verlegung des Duct. choledochus durch den Stein oder bei Schrumpfung der Gallenblase nach länger dauernder Gallensteinkrankheit fehlen.

Auftreten derselben bei Gallensteinkrankheiten lässt den Kolikanfall vorhersagen; Verschwinden der vorhanden gewesenen Geschwulst lässt auf Beendigung des Anfalles schliessen.

Als weiteres diagnostisches Merkmal der Cholelithiasis bezeichnet Verf. das nach heftigen, länger dauernden Anfällen regelmässig in der Gallenblasengegend auftretende peritoneale Reiben, das mit der Athmung auf- und absteigt, hie und da gefühlt, leichter mit dem Sthetoskop gehört werden kann.

Diese umschriebene Entzündung des Bauchfelles erklärt den nach einem heftigen Anfalle zurückbleibenden, von der eigentlichen Kolik wohl unterschiedenen Schmerz, gegen welchen die Eisblase bessere Dienste leistet, als die vorher wohlthuende Wärme.

Diese Entzündung der Serosa setzt sich sehr selten von dem Leberüberzug durch das Zwerchfell auf die Pleura fort, d. h. Pleuritis ist eine seltene Complication der Cholelithiasis während dagegen Typhlitis sich nicht so selten zu einem länger dauernden Kolikanfall hinzugesellt.

Während länger dauernder Anfälle kommt es auch manchmal unter Fiebererscheinungen zur Schmerzhaftigkeit und Anschwellung der ganzen Leber (mit oder ohne Gelbsucht), was dann deutliche Vorwölbung der Lebergegend, Sichtbar- und Fühlbarwerden des Leberrandes zur Folge hat.

Wenn nach mehreren anscheinenden Anfällen von Gallensteinkolik Steine im Stuhl, Reibegeräusch in der Gallenblasengegend und auch im Anfalle selbst Vergrösserung der Gallenblase fehlen, darf mit ziemlicher Sicherheit Cholelithiasis ausgeschlossen und nervöse Leberkolik (wie sie bei Tabes, Hysterie, multipler Sclerose vorkommt) als Ursache betrachtet werden. *B. S.*

Wright: Ueber specielle Einwirkungen des Alkohols auf den Organismus. (Journ. of Amer. Med. Assoc., XXI., 14.)

Die mannigfachen Störungen, welche der Alkohol im Organismus hervorruft, beziehen sich auf das Nervensystem, auf das Blut und auf die Gewebe, insbesondere der drüsigen Organe.

1. Eine der ersten Folgeerscheinungen der acuten Alkoholintoxication ist Verlust der Coordination der Bewegungen, wie sie sich in dem taumelnden Gange des Berauschten und in dem Unvermögen äussert feinere Arbeiten, wie Schreiben, Nähen auszuführen, bei höheren Graden in Lähmung des ganzen Körpers übergehend. Die Augen rollen unstät umher; durch Lähmung des vasomotorischen Centrums entsteht congestionirtes Aussehen. Davon verschieden ist das Bild, welches der periodische Trinker darbietet, so oft er neue Excesse in Baccho begeht, wo demnach der Alkohol, in grösserer Menge genossen, schon auf ein depravirtes Nervensystem einwirkt. (Quartalsuff?) Hier ist das Gesicht blass, die Züge scharf ausgeprägt, der Blick stier, die Sprache abgehackt, die Bewegungen gezwungen, aber coordinirt. Dieses Bild hat mit den Erscheinungen des Shok manches Gemeinsame. In seiner Stimmung

ist ein solcher periodischer Trinker auch während der nüchternen Intervalle unberechenbar, zu plötzlichen Erregungszuständen geneigt. Die eigentlichen Trinkparoxysmen erscheinen blos als Episoden einer schweren Allgemeinerkrankung der Psyche. Auf diesem Boden wird sich progressive Demenz leicht entwickeln können.

Andere Störungen im Bereiche des Nervensystemes treten unter dem Bilde der Alkoholneuritis auf, anatomisch durch körnige Degeneration des Nervenmyelins gekennzeichnet, der Blei- und Arsenikneuritis nahe verwandt, zumeist im Gebiete des Nervus plantaris, tibialis anticus, des N. musculo-cutaneus localisirt. Subjectiv macht sich diese Neuritis durch zeitweilig auftretende, stechende Schmerzen, vorerst in den Beinen bemerkbar (lancinirende Schmerzen, Alkoholtabes). Aehnliche Veränderungen im Bereiche der Sinnesnerven mögen die häufigen Halluncinationen der Trinker mitverursachen und besitzen dadurch forensisches Interesse. Die chronischen Bronchialkatarrhe der Trinker, desgleichen den unglücklichen Verlauf, den Säuferpneumonien zu nehmen pflegen, führt Autor auf Localisation der Neuritis im Vagusgebiete zurück.

2. Der Alkohol übt weiters einen verderblichen Einfluss auf das Blut, indem er zum Theile eine feste Verbindung mit den rothen Blutkörperchen eingeht, welche dadurch Schrumpfung und Veränderungen ihrer Farbe mit zweifelloser Schädigung ihrer Function erleiden. Einmal sind sie nicht mehr im Stande die nothwendige Sauerstoffmenge aus den Lungen aufzunehmen. Das so entstandene Sauerstoffdeficit des Organismus wird noch um jene Sauerstoffmenge vergrössert, welche für die Verbrennung des überschüssigen Alkohols in Anspruch genommen wird. So erklärt sich zwanglos sowohl die bei Trinkern häufige Dyspnoe, als auch die Neigung der Organe zur Verfettung, durch ungenügende Oxydation des eingeführten Fettes und nachträgliche Ablagerung desselben in den Organen unmittelbar veranlasst.

Mangelhafte Oxydation der Stoffwechselproducte gibt auch ein prädisponirendes Moment für die bei Trinkern häufige harnsaure und rheumatische (?) Diathese ab.

Andererseits können die rothen Blutkörperchen auch ihrer Aufgabe, die im Körper angesammelte Kohlensäure zu sammeln und in den Lungen auszuscheiden nur unvollkommen nachkommen. Die im Organismus zurückgehaltene Kohlensäure erzeugt dann schwere Allgemeinerscheinungen, wie Kopfschmerz, Schwindel, Herzklopfen und wieder Athemnoth.

Eine andere Folgeerscheinung ungenügender Oxydationsvorgänge ist Herabsetzung der Temperatur, worauf schon die Klagen der Alkoholiker über Kältegefühl und Frösteln hinweisen. Im Zustande der Volltrunkenheit wurde ein Absinken der Temperatur um 8° F beobachtet. Wenn es sich darum handelt die temperaturherabsetzenden Eigenschaften des Alkoholes therapeutisch zu verwerthen, ist nach WRIGHT die externe Anwendung in Form von Einreibungen mit verdünntem Weingeiste der innerlichen Darreichung von Alkohol vorzuziehen, weil dadurch bei gleichem therapeutischen Erfolge (?) die schädigende Einwirkung des Alkohols auf das Blut ausgeschaltet werden kann.

Ein Theil des Alkohols circulirt ungebunden im Organismus des Trinkers, zeitweilig durch Erbrechen ausgeschieden, durchtränkt alle Gewebe und vermischt sich mit den serösen Flüssigkeiten. Im Gehirne kann dieser freie Alkohol den Ausbruch von Delirium tremens unmittelbar veranlassen.

3. Die Folgen der schädlichen Einwirkung des Alkohols auf die Gewebe selbst, bestehen in Degeneration der drüsigen Elemente der Organe bei anfänglicher Hyperplasie und späterer Schrumpfung des Bindegewebes, klinisch als Lebercirrhose, Nierenschrumpfung, Atrophie der Magen- und Darmschleimhaut charakterisirt.

Trophische Störungen im Vagusgebiete mögen bei der Entstehung der fettigen Degeneration des Herzens mitbetheiligt sind. Der Verlust der Elasticität, welchen die Arterienwände und auch der Klappenapparat des Herzens erleiden, gibt zur Dilatation des Herzens in Folge Ueberfüllung desselben mit Blut, Anlass. *W. Sch.*

William Moser: Die Pathologie des Diabetes mellitus. (The New-York medical journal vom 28. October 1893, LVIII, 18.)

Verfasser ist der Ansicht, dass die Krankheitsbilder, die wir unter dem Namen Diabetes zusammen zu fassen pflegen, nicht immer einer gemeinschaftlichen Ursache ihre Entstehung verdanken. Man hat eine Zeitlang geglaubt in Veränderungen des 4. Ventrikels das ursächliche Moment für die in Rede stehende Krankheit gefunden zu haben, ohne dass jedoch diese Vermuthung bei Obductionen ihre Bestätigung gefunden hätte. Veränderungen im Gehirn, wie Blutungen, Entzündungen, welchen man gleichfalls eine causale Bedeutung beigelegt hatte, sind viel mehr als Folgen, denn als Ursachen aufzufassen.

SANDERS und HAMILTON fassen das diabetische Koma als abhängig von Fett-Embolien in den Lungen-Capillaren auf. In der That hat man oft eine lipämische Beschaffenheit des Blutes bei Zuckerkranken gefunden und Verfasser will selbst einen Fall gesehen haben, wo das in einem Gefässe aufbewahrte Blut eines Diabetikers eine dicke Schichte Fett absonderte. In solchen Fällen wäre das Vorhandensein von Fett-Embolen erklärlich. Er hat weiter beobachtet, dass diese lipämische Beschaffenheit des Blutes einherging mit verschiedenartigen — atrophischen und hypertrophischen — Veränderungen im Pankreas und glaubt daher, wenigstens für eine gewisse Reihe von Fällen einen Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Pankreas einer- und dem Diabetes andererseits annehmen zu können. *A. P.*

Louis F. Love: Ueber den Ursprung des Glaukoms und dessen frühzeitige Behandlung. (The journal of the Amer. med. Association 28. octobre 1893, XXI, 18.)

Theoretische Erwägungen und praktische Erfahrungen veranlassen den Autor, anzunehmen, dass das Glaukom, wenn auch nicht in allen, so doch in vielen Fällen eine Krankheit rein nervösen Ursprungs sei. Er glaubt, dass die sympathischen Nerven, welche die Muskulatur der Augengefässe dirigiren, in krankhaftem Sinne beeinflusst, Drucksteigerung und alle die subjectiven Erscheinungen, die wir als «Glaukom» zusammenfassen, hervorrufen können. So erklärt er sich die wohl constatirten Fälle, bei denen nach einem Affecte — meist peinlicher Natur — die Prodromalsymptome des Glaukoms auftraten.

Haben nun schon frühere Verfasser die Möglichkeit einer nervösen Entstehung des Glaukoms betont, so ist doch Verfasser der erste, der diese Thatsache in therapeutischer Hinsicht praktisch zu verwerthen sucht. Wenn es nämlich, meint Verfasser, ausser Zweifel ist, dass bei einmal gestellter Diagnose die Iridectomie und das Eserin souveräne Mittel sind, bleibt doch eine stattliche Reihe von Fällen übrig, bei denen anderweitige therapeutische Massnahmen von Erfolg sein werden. Es betrifft das Kranke, bei denen unbestimmte nervöse Symptome dem Geübten den nahen Ausbruch eines Glaukoms verrathen. Da fordert nun Verfasser auf, mit allgemeinen diätetischen Massregeln, mit Electricität und mit tonisirenden Mitteln vorzugehen, und so die Krankheit des Auges im Keime zu ersticken. Verfasser hat auf diese Weise öfters glückliche Resultate zu erzielen gehabt, namentlich einmal durch Ordination einer längeren Seereise. *A. P.*

G. Durdufi: Ueber die Tripperinfection als ätiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems. (Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 15—30. — St. Petersburger medicinische Wochenschrift Nr. 38. 1893.)

Verfasser gibt eine Uebersicht über die in der Literatur bekannten Fälle von Affection des Nervensystems bei Gonorrhoe. Die neueren Erfahrungen weisen darauf hin, dass es ausser einer localen Infection, auch eine allgemeine blenorrhagische Infection gibt, er schlägt vor die allgemeine Infection mit dem Namen «Morbus blenorrhagicus» zu belegen und unterscheidet eine acute und chronische Form. Das Nervensystem ist gewöhnlich in 2 Formen afficirt: Neuritis multiplex und Meningo-Meylitis.

Cantieri (Porto S. Stefano): **Speichelsteine.** (Gazz. d. Ospita 30. Sept. 1893).

Ein Patient, B . . . Filippo, Grundbesitzer, kam in die Ordination CANTIERI's mit einer enormen Schwellung der rechten Wange. Der Tumor erstreckte sich über der Regio parotidea bis zum Kieferwinkel und über dem Halse; die Haut darüber war roth, schmerzhaft und warm. Fieber 39°. Unmöglichkeit den Mund zu öffnen. Es wurden Waschungen mit Sublimatlösung und Eisapplicationen verschrieben. Am dritten Tage förderte Patient aus dem Munde einen 2 *cm* langen, halbzirkelförmigen, harten Stein heraus von der Dicke eines dicken Spagats und von gelblicher Farbe. Die Stelle, aus welcher der Stein sich ablöste, war leicht zu erkennen, entsprechend den unteren Schneidezähnen. Es scheint, dass Patient auch am vorhergehenden Abend einen ähnlichen Stein ausgestossen habe. Man fuhr in der Application von Eis und in der Anwendung von desinficirenden Collutorien fort. Es trat vollständige Heilung ein.

Abgesehen von den bekannten chirurgischen Behandlungsmethoden, wie die Erweiterung des Ductus Stenonianus oder Ductus Whartonianus und die directe Incision über den Concretionen, erfolgt für gewöhnlich die Ausstossung des Steines in spontaner Weise in Folge eines suppurativen Processes der betreffenden Drüse. — Der Fall CANTIERI's würde ein Beweis dafür sein, dass die Elimination eines Speichelsteins auch ohne Eiterungsprocess erfolgen kann. *A. D.*

Cantieri (Porto S. Stefano): **Primäres Carcinom des Gehirns.** (Gazzetta d. Ospit. 1893, Nr 114).

Ein 50jähriger Mann litt vor 7 Jahren an einer Otitis purulenta und an einer nicht sicher bestimmten Affection des Harnapparates. Mit einem Male empfand er das Gefühl des Einschnürens am Halse und einen lebhaften Schmerz am Scheitel des Kopfes; diese Schmerzen traten seither in Paroxysmen auf und dauerten mit einem Intervall von 2 bis 3 Monaten zwei Jahre lang. Während der schmerzhaften Anfälle zeigten sich auch Krämpfe von zwei- bis dreistündiger Dauer: es folgte hierauf jedes Mal ein Depressionszustand, wobei der Kranke von einem allgemeinen Zittern ergriffen wurde. Da Patient auch an Hallucinationen und psychischen Störungen litt, so wurde er als Geisteskranker in eine Irrenanstalt internirt. Verlust des Sehvermögens. Keinerlei Störung im Bereiche der Sensibilität und Motilität. Kachexie.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf Hirncarcinom. Im Mai d. J. war der Schmerz am Kopfe nicht mehr so heftig, aber es trat von neuem Hämaturie auf und stellte sich ein unüberwindbares Erbrechen ein; darauf folgte hohes Fieber und Diarrhoë.

Patient starb am 3. Juni. Bei der Autopsie fand man im rechten Stirnlappen einen weichen taubeneigrossen Tumor mit allen Charakteren des Encephaloïds.

STAAR hat auf 300 Fälle von Hirntumoren bei Kindern nur 6 primäre Carcinome des Hirns constatirt (Med. News 1889). Zu bedauern ist, dass in dem Falle CANTIERI's die histologische Untersuchung unterblieben ist, durch die allein die klinische Diagnose hätte bestätigt oder geläugnet werden können. *A. D.*

J. Muttermilch: Ueber die Natur des Trachoms. (Annales d'oculistique I. 1893.)

Die gegenwärtig herrschenden Anschauungen über die Natur des Trachoms hält Verfasser für unrichtig. In der vorliegenden Publication entwickelt Verfasser seine eigenen Ansichten über das Trachom, die er auf Grund anatomischer Untersuchungen gewonnen hat. Vom anatomischen Standpunkte aus haben wir bei verschiedenen chronischen Conjunctivitiden mit einen und denselben Veränderungen zu thun. Follikel können bei allen Entzündungen der Conjunctiva vorkommen, denn sie stellen ja nur das Resultat einer mehr ausgesprochenen Infiltration des adenoiden Gewebes dar, welche unter dem Einflusse mannigfacher Ursachen entstehen kann. Folglich lässt sich nach der Form, Grösse und Lage der Follikel das Trachom von anderen Entzündungen an der Conjunctiva nicht unterscheiden und das um so weniger als Beobachtungen vorliegen, nach welchen während der Trachomepidemien alle möglichen Uebergänge von leichten zu den schwersten Formen der follikulären Entzündung constatirt worden sind. Bacteriologisch lässt sich ebenalls das Trachom von anderen follikulären Conjunctivitiden nicht unterscheiden: Ein specifischer Mikroorganismus wurde bis nun nicht nachgewiesen. Im Gegentheil verschiedene Formen von Conjunctroitis können durch einen und denselben Mikroorganismen hervorgerufen werden. Es hängt Alles ab von der Prädisposition der Schleimhaut; ungünstige hygienische Verhältnisse, mangelhafte Ernährung etc. kommen da auch in Betracht.

Verfasser negirt somit vollständig die infectiöse Natur des Trachoms für gesunde Menschen. Dafür sprechen auch die klinischen Beobachtungen einerseits und der Verlauf des Trachoms andererseits.

Zur Begründung der Ansicht, dass das Trachom keine selbstständige Erkrankung darstellt, dass es sich aus leichten Conjunctivitiden und ohne Mikroorganismen entwickeln kann, wendet sich Verfasser zu den anatomischen Veränderungen der Schleimhaut. Beim Trachom haben wir mit derselben Infiltration des adenoiden Gewebes zu thun, welche auch bei anderen Entzündungen der Conjunctiva vorkommt und ist im ersteren Falle mehr ausgesprochen und hält länger an, was zur Folge hat, dass die Elemente zum Theil zerfallen und resorbirt werden und zum Theil gehen sie in ein faseriges Gewebe über, wodurch das adenoide Gewerbe derber und trockener erscheint: Die Zellen nehmen den Charakter von Epidermoidalelementen an.

Diese Veränderung der Schleimhautepithelien in epidermisähnliche Zellen charakterisirt den Anfang des Trachoms. Indem solche Zellen unter den mannigfachsten Umständen leicht zerstört werden, verursachen sie eine stärkere Infiltration, Ulcerationen der Cornea. Das adenoide Gewebe wird mehr und mehr faserig, das Epithel mehr und mehr epidermisähnlich und diese Veränderungen führen dahin, dass die Oberfläche der Conjunctiva von einem Epithel, von einer Epidermis bedeckt wird. Das ist der Ausgang des Trachoms. Da die Veränderungen des adenoiden Gewebes immer in derselben Weise sich gestaltet, so meint Verfasser, dass jede Entzündung der Conjunctiva in ein typisches Trachom übergehen kann.

Was das epidemische Auftreten des Trachoms betrifft, so erklärt Verfasser dasselbe nicht etwa durch Infection (denn ein gesunder Mensch kann von einem trachomatösen nur eine leichte, vorübergehende Entzündung acquiriren) sondern in folgender Weise:

Wenn bei einer grösseren Anzahl von Individuen eine acute Entzündung der Conjunctiva auftritt, so kann diese Entzündung, wenn ungünstige hygienische Verhältnisse herrschen, in ein Trachom übergehen. *Rosenstadt.*

Palmer: Die Behandlung der oberen Luftwege bei Syphilis. (Americ. Praction. XVI, 201).

Bei der Einleitung einer antiluetischen Behandlung ist dem Zustande der oberen Luftwege ein besonderes Augenmerk zuzuwenden. Scorbut, Stomatitis, schadhafte Zähne, Vergrösserung der Tonsillen, sind prophylaktisch sorgfältig zu behandeln. Desgleichen sind die Nasengänge genau zu inspiciren, wobei zu bemerken ist, dass schon in frühen Perioden der Syphilis leichtere Veränderungen der Nasenschleimhaut häufig zu finden sind. PALMER empfiehlt neben dem Gebrauche von Salzwasser, verdünntem Chlorwasser und chlorsaurem Kali sehr warm die Anwendung der hinteren Nasendouche mit einer Mischung von DOBELL'scher Lösung und 15% Wasserstoffsuperoxydlösung zu gleichen Theilen. Der Entlerrung der oft enormen Mengen zersetzten Eiters folgt meist ein Gefühl grosser Erleichterung. Eventuell kann man zuerst mit 1% Cocainlösung anästhesiren.

Bei Gummen der Nasenscheidewand kann durch heroische Anwendung von Quecksilber mit localer täglicher Application von concentrirter Höllensteinlösung der drohenden Perforation besser, als durch die gewöhnliche Jodbehandlung vorgebeugt werden. *W. Sch.*

Dr. E. Monin (Paris): **Einige Worte über die Behandlung der chronischen Krankheiten.** (Société d'Editions scientifiques 1893.)

Die Abweichung der Ernährung von der Norm bildet den gewöhnlichen Zusammenhang, die «Ursache der Ursachen» sämmtlicher chronischer Krankheitsmanifestationen. Diese Auffassung scheint eine endgiltige wissenschaftliche Errungenschaft zu sein. Auch heute kommt man auf die alte humorale oder galenische Theorie der Diathesen zurück.

Der medicinische Fortschritt will sagen: die Entdeckung der Mikroben hat diese alte Lehre der Ernährungs-Chemiatrik, die man für ewig todt glaubte, wieder an die Oberfläche gebracht. Die unbestreitbare Folge der Wiedergeburt dieser Lehre ist die Verjüngung der Therapie der Elimination von «heterogenen Körpern» durch die verschiedenen Emunctorien.

Die Mehrzahl der chronischen Affectionen fordert eine Ableitung und Reinigung des Darmes. Das Unglück ist, dass man um dieser gebieterischen Indication zu entsprechen, gerne über den abführenden Zweck hinausgeht: Der Arzt überlegt es sich nicht genug, dass er es mit erschöpften, blutarmen oder wenigstens dystrophischen Individuen mit geringem Widerstand zu thun hat, bei welchen es eine grosse Unvorsichtigkeit ist, eine allzu schwächende oder selbst störende Säfteentziehung einzuleiten. Die Meister der Heilkunst empfehlen in diesen Fällen den Gebrauch des natürlichen Hunyadi János Mineralwassers, dessen substituirende Kraft weit davon entfernt ist, den Organismus zu entnerven und abzuschwächen sondern im Gegentheil tonisirt und regenerirt.

Antiphlogistisch und ableitend wirkend, stimulirt dieses Wasser in unübertrefflicher Weise den Stoffwechsel und begünstig die neoplastische Resorption. Die Folge davon ist das Verschwinden der Blutstauungen und der Flüssigkeitsergüsse. Die viscerale Steatose wird durch die Natriumsalze oxydirt. Die Gifte, Mikroben, Ptomaïne, die schädlichen Producte aller Art werden eliminirt und selbst die Uricämie wird überwältigt.

Hat nicht Semmola in Neapel nachgewiesen, dass viele urämische Erscheinungen, ferner Bright'sche Krankheit selbst von einer Reizung der Nierenelemente durch toxische Excretionsproducte herrühren? Bei veralteten Krankheiten der Eingeweide und insbesondere bei Stauungen im Pfortadersystem konnte jedes andere Abführmittel schädlich werden durch Hervorrufung jener hartnäckigen Diarrhoën, welche die Atonie und die Erschöpfung erschweren und steigern. Der regelmässige Gebrauch von Hunyadi János bekämpft wirksam sämmtliche Bradytrophien (Gicht, Rheumatismus, Asthma, Harnsteine, Eczem, Diabetes, Neurosen, etc.). Die Wirkung der Natrium-, Magnesium-, Jod- und Lithiumsalze modificirt die Vitalität und beeinflusst die parenchymatösen Läsionen Dank der Bildung von löslichen Doppelsalzen, die durch die Einnahme eines polymetallischen Wassers in Verbindung mit einem wahrhaften mineralischen Serum veranlasst wird.

Die Vitalität bei chronischen Kranken hebt sich in Folge der reconstituirenden Wirkung des Eisens, das, gelöst oder gebunden an Natrium- oder Magnesiumsulfaten und an Chlorüren, unter den günstigsten Assimilationsbedingungen sich findet, um die Asthenie zu bekämpfen, — indem das martiale Präparat im ausgiebigen Masse durch die Tausenden von desobstruirten Aufsaugungsmündungen eindringt: Gesteigerte Combustion, Gleichgewicht im Nervensystem, reineres, frischeres, oxydirteres Blut — das sind die gewöhnlichen und nächsten Resultate der Anwendung des Hunyadi János.

Bei frischen Cardiopathien, rheumatischen Ursprungs, da, wo es nothwendig ist, den Gefässen ihr fehlendes Tonus wiederzuegeben und so eine der häufigen Ursachen des Widerstandes und der Erschwerung der Herzaffectionen zu unterdrücken, denken Sie an die unerreichbare mineralische Zusammensetzung der ungarischen Quelle, an deren Affinität zu unseren Zellen, die sie einzig durch ihr Dynamismus zu modificiren und reinigen vermöchte, indem sie nach der Elimination tonisirt und die Regression der lymphoiden Vorgänge ebenso wie die Ausstossung der Harnsäure und der Urate begünstigt.

Bordeu sah als unheilbar jedes Uebel an, das den Mineralwässern Widerstand leistete. Wenn dieser grosse Arzt das Wasser, von dem eben hier die Rede ist, gekannt hätte, dann würde er sich von dessen gleichmässigen Thätigkeit sowohl bei frischen Krankheiten als auch bei veralteten functionellen Störungen überzeugt haben.

Es ist heute eine unleugbare Thatsache, dass Hunyadi János die Blutkörperchen belebt, das Blutserum mehr consistent, und das Eiweiss weniger gerinnbar macht; dass ferner diese Heilquelle die Assimilation fördert.

Einem trachytischen Boden entstammend ist das Hunyadi János bemerkenswerth wegen der Constanz seiner Principien und vor Allem wegen seiner desobstruirenden, milden und sicheren Wirkung, seiner auflösenden und reinigenden Eigenschaften, und seiner Toleranz für magenkranke Individuen.

Alle diese Eigenschaften sind wie geschaffen für die Behandlung der Mehrzahl der chronischen Krankheiten ohne ausgesprochene organische Entartung, namentlich der Deuteropathien, die die Töchter des Lymphatismus und des Arthritismus sind, und die heutzutage Legion sind! Denn dieses natürliche Wasser regt die Ernährung in wunderbarer Weise an, und diese seine Eigenschaft ist um so höher anzuschlagen, da sie sich verbindet und übereinstimmt mit dem auffallendsten antiphlogistischen Vermögen. *D. T.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Paracelsus und Vesalius.

Zwei Typen.

Von **Dr. Max Neuburger.**

Der erfrischende Luftstrom, welcher im Reformationszeitalter die Culturatmosphäre durchdrang und den Moder scholastischer Denkweise verscheuchte, musste auch auf die, im jahrhundertlangen Stillstande verharrende Medizin belebend und neuverjüngend einwirken. Die Reformation löste den Bann, der wie ein Alp auf den Geistern lastend, den Arbeiten zahlreicher Generationen den Stempel der Unfruchtbarkeit aufdrückte, sie zerstörte den Tempel des Autoritätsglaubens und schuf der freien Forschung Bahn.

Aber der Umschwung vollzog sich auf wissenschaftlichem, namentlich medizinischen Gebiete langsamer als auf dem religiösen, es währte noch geraume Zeit, bis sich die Geister den Fesseln des Dogmatismus zu entziehen vermochten; denn nicht Ideen an und für sich, sondern nur Ideen, welche neuentdeckten Thatsachen entsprungen, sind geeignet, wissenschaftliche Systeme zu stürzen. Noch mehr! Damals hatte sich der Glaube an die Unfehlbarkeit der Lehrsätze Galen's so tief eingenistet, dass man lieber Thatsachen leugnete, als jene Thesen in Zweifel zog.

Man verfolgte mit blindwüthendem Fanatismus jene Männer, welche im Wohlgefühl der freien Forschung die Lehrmeinungen der Alten anzutasten wagten und die Fundamente zu einer Neuschaffung der Heilwissenschaft legten. Doch vergeblich suchten die Verfechter des starren Galenismus den kühnen Schöpfern einer medizinischen Renaissance zu wehren, umsonst verketzerte die weitgebietende Pariser Facultät, der Hort des Autoritätsglaubens, die Werke der Neuerer — eine frische, folgenreiche Zeit brach unaufhaltsam heran. Wenn auch das, was die Reformatoren geleistet, zum grossen Theile vom heutigen Standpunkte nicht mehr discutirt werden kann, so geziemt es doch den Epigonen, das Princip zu ehren, welches sie verkörperten.

Ganz besonders gilt dies von dem Luther der Medizin, dem grossen Paracelsus, dessen Bedeutung nicht blos den Zeitgenossen, sondern auch die Nachwelt zu würdigen wusste. Selten standen sich überschwängliche Werthschätzung einer- und unsägliche Missachtung andererseits so sehr gegenüber wie in der Beurtheilung dieses wunderlichen und doch genialen Mannes, welcher von den Einen für den weitblickendsten Propheten, von den Anderen für den tollsten und böswilligsten Charlatan ausgegeben wurde. Seine Werke sind wegen ihrer absonderlichen und dunklen Schreibweise von fachmännischer Seite noch nicht hinlänglich geprüft worden, dass ein endgiltiges Urtheil gesprochen werden könnte, unbestritten

aber verrathen sie einen starken, selbstbewussten, unabhängigen Geist; er hatte, gleich seinen berühmten, auf religiösem Gebiete wirkenden Zeitgenossen etwas Ursprüngliches, Unbegreifliches, Mirakulöses, um mit Heine zu sprechen, etwas Schauerlich-Naives, etwas Erhaben-Bornirtes, etwas Unbezwingbar-Dämonisches an sich.

Sein Ruhm, der Erste gewesen zu sein, der mit Wucht und Schärfe dem Dogmatismus medizinischer Bonzen gegenübertrat und nicht wie diese seine Argumente den Büchern, sondern dem Leben entnahm, darf nicht geschmälert werden, mag man über die sonstige Bedeutung seines Wirkens wie immer denken.

Anders steht die Frage, welche praktischen Resultate PARACELSUS zum Aufbau der medizinischen Forschung lieferte. In dieser Hinsicht lässt sich ausser der Bereicherung des Arzneischatzes und Einflussnahme auf die Behandlungsweise einzelner Krankheiten nichts von dauerndem Werthe hervorheben. PARACELSUS war, so praktisch er sich geben will, mehr speculativer Natur. Er war gross im Zerstören hervorgebrachter Vortheile und falscher Lehrgebäude, vermochte aber der Wissenschaft durch Eigenes keinen dauernden Ersatz zu bieten, und — unbeschadet seiner Genialität — blieb sein Schaffen im Ganzen ein unfruchtbares, weil es auf speculativen, dem Neuplatonismus entnommenen Ideen aufgebaut war und mit dem Zusammenstürzen dieses luftigen Gerüstes selbst wiederum untergeben musste.

Er glich dem Meteor, das mit augenblicklichem Glanze am Horizonte dahinfährt und nicht dem wohlthätigen Fixstern, der dauernd Licht und Wärme ausstrahlt.

PARACELSUS gehört zu jenen gewaltigen Denkern, welchen stets das grosse Ganze vorschwebt und welche, weil sie nicht an der Erscheinung haften bleiben, Detailarbeit geringschätzen.

Naturwissenschaften bauen sich gerade auf emsiger Einzelarbeit auf, wenn sie auch grosser, herrschender und leitender Ideen nicht entbehren können, welche den Fingerzeig für die Methode der Forschung abgeben. Daher kommt es, dass dort, wo Induction und Deduction ihre Macht entfalten, wie in Kunst und Philosophie der Gedankenflug des Genis ein ganzes Zeitalter zu übereilen vermag, während in Erfahrungswissenschaft nur allgemach der emsige Fleiss der Zeit sichere und dauernde Ergebnisse zu bringen im Stande ist. Will der kühne und speculativ veranlagte Denker auch hier wahrhaft Nützliches leisten, dann muss er seine Natur verleugnend sich dem allgemeinen Interesse unterordnen und dem ungestümen Drang der Gedanken Einhalt gebieten oder nur solchen Theorien Raum geben, welche inductiv aus Erfahrung und unter steter Controlle derselben abgeleitet werden können.

PARACELSUS war, trotzdem er selbst sagt: «Nicht aus der Speculativa Theorica sol Practica fliessen, sondern aus der Practica Theorica», von einer Theorie also deductiv ausgegangen und erblikte Alles im Lichte resp. im mystischen Halbdunkel des Neu-Platonismus. Dieser beherrschte so sehr sonst sein klares, natürliches Denken, dem durchaus nicht der Mutterwitz des Volkes fehlte, dass er zu den absurdesten Widersinnigkeiten gerade in logischer Schlussfolge gelangte, wenn er auch an Ideen seinem Jahrhunderte vorauseilte, welche in späterer Zeit aber in einer ganz anderen Weise als er ahnte, realisirt wurden.

So erfüllte ihn der Gedanke, die Grundlage der Medizin müsse die Erkenntniss des Lebens bilden, weshalb er auch geradezu als Schöpfer der physiologischen Medizin angesehen werden darf. Wie aber trachtete er diesem Problem näher zu treten? Ausgehend von der mystischen Vorstellung, dass das «All» ein einheitliches, vom göttlichen «Balsam» durchdrungenes Ganzes sei und der Mensch «Mikrokosmos» in allen seinen Einzelheiten ein Spiegelbild der Welt «des Makrokosmos» darstelle, weshalb den kosmischen Phänomen die Vorgänge des Organismus gleichen, empfiehlt er dem Arzte denjenigen Erscheinungen der äusseren Natur nachzuforschen, welche den besonderen körperlichen Zuständen und Krankheiten entsprechen. Deshalb glaubte er die Lebensvorgänge von der Beschaffenheit der Organe völlig unabhängig und verachtete jene Wissenschaft, welche die moderne Medizin erst möglich machte — die Anatomie.

«Das ist das recht Buch, auss dem die Anatomia volgen soll: Dass der Mensch wisse der Elementen vund Microcosmi Substanz, Proportiones etc. zu vergleichen. Nicht das genugsam sey, so der Cörper gesehen wirdt der Menschen: Jtem auffgeschnitten, vund aber besehen: Jtem versotten, vund aber gesehen.» . . . . . Was nutzet den Artzt in Caduco, dass er weiss, wo das Hirn liegt? — «Ob ich schon Anatomiam localem weiss, was geht's Icteritiam an? was Hydropisin? — Als ich mich auch verwundert, der ihr den todten Cörper für ein Grund fürlegen, etwas daraus zu nemmen dem Lebendigen nutz zu sein.»

PARACELSUS konnte trotz seiner phantastischen Auffassung seine, sozusagen kosmische Physiologie nicht vollends durchführen und verfiel, da er auch die Grundlage rationeller Medizin, die Anatomie, welche gerade zu seiner Zeit ihre ersten Triumphe feierte, verschmähte, einer mit philosophischen Theorenem nothdürftig verdeckten Empirie, die ihn zwang das Wesen der Krankheiten in den Heilmitteln zu suchen, welche sie bekämpfen.

Zwei Jahre nach seinem Tode im Jahre 1543 erschien zu Basel, in jener Stadt, in der PARACELSUS einige Zeit an der Universität gelehrt hatte, das unsterbliche Werk des Andreas VESALIUS: «De corporis humani fabrica», welches den Feuerbrand in die Burg des Galenismus warf. Dieses Buch, von dem BOERHAAVE sagte: «opus incomparabile, quod periturum nunquam, omnis aevi tempore praeclarissimum» war es, dass endgiltig die durch PARACELSUS erschütterte Autorität GALEN's stürzte. Er schuf das Fundament der wissenschaftlichen Forschung, beseitigte den empirisch-künstlerischen Standpunkt der Paracelsisten und bewahrte die Medicin vor dem Dilemma einer einfachen Commentirung der Alten oder unfruchtbarem Mysticismus zu verfallen.

VESALIUS zerstörte den Nimbus, welcher die Mängel GALEN's den Blicken entzog, wies nach, dass dessen Lehren die Anatomie der Affen und Hunden behandelten und lieferte durch rastlosen Fleiss die ersten werthvollen anatomischen Arbeiten, welche eine neue Aera eröffneten und der Medizin, die bis dahin nur ein Gewebe conventioneller Täuschungen, ohne reale Grundlage gewesen den Charakter einer ernsten Wissenschaft erwarben.

Auch er begeisterte sich für die Lösung des Lebensproblems, aber er verstand sich weise Mässigung aufzuerlegen; er zog es vor der Erkenntniss des Ganzen durch gründliche Erforschung eines kleinen Theils vorzuarbeiten, anstatt der Arbeit von Generationen in Hirngespinnsten voranzueilen.

Nicht PARACELSUS, sondern VESAL machte die Entdeckung des Kreislaufs durch HARVEY möglich. Die Probleme der Wissenschaft müssen gelöst, nicht, gleich dem gordischen Knoten durchhauen werden!

Wenn wir die beiden Männer gegenüberstellen, so erscheinen sie wie zwei Typen, sie repräsentiren zwei divergirende Denkrichtungen, von deren Wettstreit die Entwicklung der Wissenschaft abhängig war und ist.

Paracelsus ist das Vorbild des speculativen Forschers, der durch und durch individualistisch durch rauhe Phantasie und kühne Combination zu ersetzen wagt, was noch jenseits der Erfahrung liegt, der nicht nach Vorschrift und Regel mühsam aufbaut, sondern auf einem Wurf Schöpfungen hervorzurufen strebt, die zugleich ihre Gesetze in sich tragen.

VESAL dagegen, der vielleicht minder genial veranlagt war ist der Typus jener Forscher, welche ihren individuellen Drang dem Nutzen der Allgemeinheit willig aufwerfen und oft nur anscheinend kleine, immer aber sichere und dauernde Leistungen zeitigen, während die «Phantasten» später weit überholt werden und Eulen gleich, die in der Dunkelheit zwar trefflich sehen, in hellem Tageslichte aber geblendet sind.

Ob die eine oder andere Geistesrichtung prävalirt, davon hängt das Gepräge eines Zeitalters ab.

Auch die Phantasten haben ihre hohe culturgeschichtliche Bedeutung «zum mindesten, dass man aus ihren Irrthümern lernt» Irrthümer sind auch Etappen auf der Wanderung zur Erkenntniss!

Das Andenken des PARACELSUS bewahre die Geschichte!

Tagesnachrichten und Notizen.

* **Universitäts- und Personal-Nachrichten.** — **Lemberg.** Der Kaiser hat dem Oberstabsarzte I. Classe Dr. Konrad **Vogl**, Leiter des Garnisonsspitales Nr. 14 in Lemberg, das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen.

— **Kiew.** An Stelle des in den Ruhestand getretenen Kiewschen Professors Dr. Victor **Ssubbotin**, ist der bisherige Privatdocent für Hygiene in Kasan, Dr. W. **Orlow** zum ausserordentlichen **Professor der Hygiene an der Kiewer Universität** ernannt worden.

* **Budapest.** Ein von einzelnen Aerzten arrangirter **Landes-Aerzte-Congress** ist am 4. d. M. im Hôtel Metropole, in Anwesenheit von etwa 100 Gemeinde- und Kreisärzten abgehalten worden, um die Mittel und Wege zur Verbesserung des Sanitätswesens des Landes und der Lage der Gemeinde- und Kreisärzte zu besprechen. Der Vorsitzende, ein Kreisarzt, schildert die traurige Lage der Provinzärzte, welche ohne Gefährdung des Sanitätswesens nicht länger fortdauern könne. Die Hauptpunkte des an den Minister des Innern zu richtenden Memorandums sind: 1. Die staatlichen Aerzte seien nicht wie bisher durch die Ober- und Vicegespäne, sondern über Vorschlag des Ministers des Innern durch den König zu ernennen; 2. Das Personal der behördlichen Aerzte seien in zwei Gruppen zu theilen: a) Institutsärzte, (Spitals-, Gefängniss-, Irrenärzte etc.) und b) behördliche Aerzte (Gemeinde-Polizeiärzte etc.); 3. Auf die das Sanitätswesen bezüglichen Angelegenheiten seien die behördlichen Aerzte mit dem Verfügungsrecht zu bekleiden; 4. die staatlichen Aerzte seien nach drei Rangsclassen mit 800—1200 fl. und Quartier, sowie Fuhrwerkpauschale zu honoriren; Controllirt werden sie durch den Oberphysicus. Unter Anderem werden im Memorandum auch die Gesammtkosten der Verstaatlichung des Sanitätswesens mit 5 000.000 fl. veranschlagt. Das Memorandum wurde sofort von einer grösseren Deputation dem Minister Hieronymi überreicht.

* **Trachom-Abtheilung.** Auf Veranlassung des ungarischen Minister des Innern wurde bei dem auf der Uellöerstrasse befindlichen neuen Krankenhause in Budapest eine seperate Trachom-Abtheilung errichtet, dessen Leitung dem Docenten und Landes-Sanitäts-Inspector, Dr. N. **Feuer**, übertragen wurde. Derselbe hat daselbst die neueren Behandlungsmethoden des Trachoms einer genauen Prüfung zu unterziehen, ferners aber auch Curse für die amtlichen Aerzte abzuhalten.

* **Berlin.** Der 16. Balneologen-Congress wird Ende Februar 1894 hier stattfinden. Vorsitzender ist Geheimer Rath Dr. **Liebreich.**

* **Lyon.** Ein **medicinischer Congress** soll hier Ende October oder vom 4.—15. August 1894 unter dem Vorsitz von M. **Bouchard** abgehalten werden.

* **Paris.** Die Société médicale des Hôpitaux ertheilte M. **Lesage** den Preis Blachez für Hygiene der Kindheit (800 Frcs.), M. **Itard** eine ehrenvolle Erwähnung.

* **Todesfall.** Der Senior der St. Petersburger Aerzte Dr. **Carl Johannsen** ist im Alter von 78 Jahren gestorben.

* **Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Galizien.** Die Zahl der Gemeinden, in denen Cholerafälle auftraten, ist gegen die Vorwoche um 2, die Zahl der Erkrankungen um 5, jene der Todesfälle um 4 gesunken. — In der **Bukowina** wurde die in der Gemeinde **Dorozoutz** bestandene Cholera am 1. December als erloschen erklärt. Die Gesammtzahl der Erkrankten betrug 12, von diesen sind 4 genesen, 8 gestorben. — **Ungarn.** In der Woche vom 15.—21. November hat die Zahl der Choleraerkrankungsfälle neuerdings eine Verminderung (von 52 auf 37) erfahren und ist die Zahl der Todesfälle von 37 auf 21 gesunken. — **Bosnien und Hercegowina.** In der Woche vom 8.—15. November war die Zahl der Gemeinden, in denen Cholerafälle auftraten, eine kleinere, die Zahl der Erkrankungen aber eine grössere als in der Vorwoche, die Zahl der Cholera-Todesfälle hat sich verringert. Es kamen in 16 Gemeinden 61 Erkrankungs- und 27 Todesfälle zur Anzeige. — **Deutsches Reich.** In der Woche vom 10—16. November wurden 27, in der Woche vom 17.—23. November 17 Cholerafälle festgestellt. — **Niederlande.** In der Woche vom 11.—18. November sind in Utrecht, in der Woche vom 18—25. November in Hovgeveen je 2 Cholerafälle beobachtet worden, von denen die in Hovgeveen tödlich endeten. — **England.** Seit 22. October ist kein weiterer Cholerafall beobachtet worden. — **Rumänien.** Amtliche Nachrichten melden das Erlöschen der Cholera und die Sistirung einer ferneren Ausgabe von Epidemiebulletins. — **Türkei.** Aus Constantinopel wird über ein häufigeres Auftreten der Cholera berichtet und bilden die Stadttheile von Stambul, sowie die Quartiere von Hasköi und Kassimpascha den Hauptherd der Krankheit. — In **Tripolis** 16 Cholerafälle, von denen 6 tödtlichen Ausgang nahmen.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstelle in **Kulm** (Böhmen) mit den zugewiesenen Ortschaften Straden, Schanda, Tellnitz, Arbesau, Auschine-Raudnei, Tillisch-Kamnitz und Johnsdorf mit 3400 Einwohnern. Mit dieser Stelle, welche am 1. Jänner 1894 anzutreten ist, ist der Jahresgehalt von 400 fl. und ein Reisepauschale von 75 fl. verbunden. Weitere Bezüge sind aus der Bruderlade, der Bezirkskrankencasse und dem Privatkrankenhause gesichert. — Bewerber deutscher Nationalität haben ihre mit dem Nachweise der österr. Staatsbürgerschaft, der Berechtigung zur ärztlichen Praxis, der moralischen Unbescholtenheit und dem ihre physische Eignung bestätigenden bezirksärztlichen Zeugnisse belegten Gesuche bis 15. December 1893 beim Bezirksausschusse in Karbitz einzubringen. — Mit Erlass der k. k. Statthalterei in Prag vom 15. Juli d. J., Z. 88.124, wurde die **Errichtung einer neuen öffentlichen Apotheke** für die **Obere Neustadt Prag** und zwar in der Sokolgasse, zwischen der Gerstengasse und dem Karlshofe bewilligt. Die Bewerber um das Personalbefugniss für diese Apotheke haben ihre Gesuche bis Ende December 1893 beim Prager Magistrate einzubringen und ihre Grossjährigkeit und ihr Wohlverhalten, den erlangten pharmaceutischen Magistergrad, ihre Eignung zur Führung einer öffentlichen Apotheke, ihre bisherige Verwendung und den Besitz eines zur Errichtung und Instandhaltung einer öffentlichen Apotheke hinreichenden Vermögens nachzuweisen.

Krankencassenarzt. Die Stelle eines **Krankencassenarztes** bei der Bezirkskrankencasse und der Genossenschaftskrankencasse in **Korneuburg** für die Gemeinden Floridsdorf, Gross-Jedlersdorf, Donaufeld, Jedlesee und Stammersdorf. Jahresgehalt 550 fl., Dienstantritt am 1. Jänner 1894. — Bewerber, welche Doctoren der gesammten Heilkunde sein müssen, haben ihre mit dem Taufscheine und dem Nachweise ihrer bisherigen Verwendung belegten Gesuche bis 15. December d. J. an die Bezirkskrankencasse in Korneuburg, Stockerauerstrasse einzusenden.

Hilfsarztesstelle in der allgemeinen städtischen **Versorgungsanstalt in Wien** mit dem Jahresgehalte von 800 fl. und der Bequartirung in der Anstalt. Anstellung auf 3 Jahre mit dem beiderseitigen Vorbehalte einer vierteljährigen Kündigung, eventuell Erneuerung des Dienstvertrages nach Ablauf der 3 Jahre. — Gesuche sind bis Ende December 1893 im Einreichungsprotocolle des Wiener Magistrates einzubringen.

Stadtphysicusstelle in der Stadt **Waidhofen a. Y.** (Niederösterreich). Jahresremuneration 300 fl. — Bewerber um diesen Posten wollen die mit den vorgeschriebenen Nachweisen über ihre Befähigung sowie über die mit Erfolg abgelegte Physicatsprüfung belegten Gesuche direct oder eventuell durch die vorgesetzte Dienstbehörde bei dem Stadtrathe in Waidhofen a. Y. bis 15. Jänner 1894 einbringen.

Arztesstelle bei der Betriebskrankencassa der Firma Leop. Abeles & Söhne in **Rothkostelets** (Böhmen). Jahresgehalt 400 fl. Bewerber, welche beider Landessprachen mächtig sein müssen, haben sich bis 1. Februar 1894 an die Betriebskrankencassa der genannten Firma zu wenden, woselbst nähere Auskünfte ertheilt werden.

Gemeindearztesstelle in **Scardona**, politischer Bezirk Sebenico (Dalmatien). Jahresgehalt 1600 fl. — bedeutendes Nebeneinkommen in Aussicht. — Bewerber um diese Arztesstelle haben sich bis 6. December d. J. bei der Gemeindeverwaltung in Scardona zu melden.

Gemeindearztesstelle in **Nona** (Dalmatien), politischer Bezirk Zara. 1200 fl. Jahresgehalt, nur für die Behandlung der Gemeindearmen, und Versehung des Sanitätsdienstes im Sinne des Landesgesetzes vom 27. Februar 1874, L.-G.- und V.-Bl. 10. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Visithonorar im Gemeindeumkreise mittelst besonderen Vertrages. Gesuche mit dem Nachweise des Doctorates der gesammten Heilkunde, sowie der Kenntniss der kroatischen Sprache bis 1. December d. J. an die Gemeindeverwaltung von Nona.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 17. December 1893 Nr. 51.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12,50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

An unsere Leser!

Vom ersten Januar 1894 an soll die seit sieben Jahren bestehende

„Internationale Klinische Rundschau“

mit einem erweiterten Programm erscheinen, welches den im Titel angedeuteten internationalen Charakter des Blattes in noch höherem Grade zum Ausdruck bringen soll, als dies bisher geschah.

Zu diesem Zwecke haben wir eine Anzahl auswärtiger Autoritäten gewonnen, welche sich nicht nur an der Mitarbeiterschaft, sondern auch an der Redaction unseres Blattes betheiligen werden, und wir haben bisher Zusagen von folgenden berühmten Klinikern erhalten: **Baccelli** (Rom), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Semmola** (Neapel), **Thiry** (Brüssel).

Die genannten Kliniker werden also vom 1. Januar als Redacteure der «Internationalen Klinischen Rundschau» zeichnen, und wir werden bald Gelegenheit haben, Arbeiten aus der Feder dieser ausgezeichneten Gelehrten und solche, die aus deren Kliniken hervorgehen, als Originalien in unserem Blatte zu veröffentlichen. Es wird weiterhin das Bestreben der «Internationalen Klinischen Rundschau» sein, in ihrer «Zeitungsschau» eine wahrhaft internationale Uebersicht über die Fortschritte unserer Wissenschaft zu bieten, und ebenso in den kritischen Referaten alle beachtenswerthen Erscheinungen einer eingehenden Würdigung zu unterziehen. Die Verhandlungen in- und ausländischer Gesellschaften und Congresse sollen nach wie vor besondere Berücksichtigung finden; die Standesfragen werden von berufener Seite entsprechende Behandlung erfahren. Die grosse Anzahl trefflicher Referenten, welche wir im Laufe der letzten Jahre zu gewinnen so glücklich waren, im Vereine mit den hervorragenden Autoritäten, welche vom 1. Januar 1894 an einen Theil ihrer Kraft unserem Blatte widmen wollen, wird es uns ermöglichen, die «Internationale Klinische Rundschau» zu einem Journale zu gestalten, welches, ganz abgesehen von seinem selbstständigen Werthe, auch neben jedem anderen Blatt gerade durch die Eigenart seiner Bestrebungen und sienen vorwiegend internationalen Charakter, als eine geradezu nothwendige Ergänzung wird gelten müssen.

Für die Redaction
der
„Internationalen Klinischen Rundschau“
Dr. Arthur Schnitzler.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Von den systemisirten Wahnideen.

Ein klinischer Vortrag.

Von

Prof. Dr. Magnan in Paris.*)

Die grosse Anzahl von an systemisirtem Wahnsinn leidenden Kranken, die sich in diesem Jahre in unserer Klinik befinden, gibt uns Anlass, um uns eine deutliche Vorstellung der verschiedenen systemisirten Wahnideen zu machen und ihnen jenen Platz zuzuweisen, der ihnen unter den verschiedenartigen Psychosen zukommt.

Bevor wir jedoch zum Studium der verschiedenen Modalitäten übergehen, die sich uns darbieten können, muss ich Sie daran erinnern, was man unter systemisirtem Wahnsinn zu verstehen hat.

Man bezeichnet in der Pathologie des Geistes unter diesem Namen jene Wahnideen, die stets in dem gleichen Sinne sich manifestiren und nach demselben Zwecke hinzielen: wenn sie von Hallucinationen begleitet sind, so erfolgen diese in demselben Sinne, wie die Wahnidee selbst. Beispiele: Verfolgungswahn, Grössenwahn, religiöser Wahnsinn etc.

Das Studium dieser verschiedenen Wahnsinnsarten und ihrer Variationen ist complicirter als man dies glauben könnte In der That, wenn auch der Symptomencomplex des Verfolgungswahns, des Grössenwahns, des mystischen Wahns leicht zu erkennen ist, so ist doch zuweilen nichts schwieriger als dessen wahre Natur festzustellen d. i. dessen pathologischen Typus zu bestimmen und daher eine richtige und vollständige Diagnose zu stellen. Eine solche Diagnose ist aber umso nothwendiger, als sie gleichzeitig die Prognose bedingt — Prognose, die unendlich variirt je nach den Bedingungen, unter welchen die Krankheitssymptome sich entwickeln. Es ist oft von der grössten Bedeutung, diese Prognose in der Psychiatrie unverzüglich feststellen zu können.

Unter welchen Verhältnissen vollzieht sich in der Regel das Einschreiten des Irrenarztes? Wird er zu einer Familie geholt, so erzählt man ihm, dass z. B. der Kranke, um dessentwillen man ihn gerufen, äusserst reizbar und trübsinnig ist, dass er sich einbildet, beleidigende Worte zu hören, dass er glaubt, ohne irgend welchen Grund, man verachte ihn und man wolle ihm schaden; man fügt selbst hinzu, dass er an Verfolgungswahn leide. Der Arzt fragt den Kranken aus, und er constatirt seinerseits, dass derselbe Hallucinationen und Verfolgungs-Wahnideen hat: der Symptomenkomplex des Verfolgungswahn ist demnach deutlich ausgesprochen.

Diese Constatirung genügt aber lange nicht dem Arzte, um in hinreichender Weise die zahlreichen Fragen zu beantworten, die von der geänstigten Familie nothwendigerweise an ihn gestellt: Wird es lange dauern? Wird der Kranke gesund werden? Und diese Fragen muss man umsomehr beantworten können, als Interessen vieler Art mit denselben verknüpft sind.

Hier beginnen die Schwierigkeiten: manchmal sind diese sogar sehr gross. Die an Verfolgungswahn leidenden Hallucinirten, die wir weiter als Beispiel wählen wollen, können von einander stark abweichende Kranke sein und die Prognose kann gewissermassen ins Unendliche variiren.

Der eine dieser Kranken kann binnen wenigen Wochen, sogar im Laufe einiger Tage geheilt sein; ein anderer wird erst nach mehreren Monaten genesen; ein dritter wird ebenfalls heilbar sein, aber bei diesem werden Recidiven fast sicher eintreten; ein vierter wird seiner Wahnideen los werden, sind aber diese verschwunden, so wird eine noch schwerere Affection zurückbleiben, die manchmal durch die Wahnideen maskirt war; ein fünfter endlich wird ungeheilt bleiben: er ist in die ewige Finsterniss eingetreten, von welcher er täglich mehr und mehr erfasst werden wird.

*) Nach dem «Bull. Médical», 29. November 1893. Ins Deutsche übertragen von A. Del Torre.

Es ist also sehr nothwendig, diese verschiedenen Wahnideen von einander zu unterscheiden, und man muss, um die von der Familie gestellten Fragen zu beantworten, sie mit Sicherheit in jene pathologische Species unterbringen können, zu welcher eine jede von ihnen gehört.

Um Sie in den Stand zu setzen, dieses Problem zu lösen, werden wir mitsammen die verschiedenen Fälle untersuchen, unter welchen die systemisirten Wahnideen sich darbieten können.

Ich werde in der heutigen Vorlesung zunächst diese einzelnen Fälle flüchtig durchgehen, dann werde ich schliessen mit dem Studium zweier besonderer Gruppen, deren Kenntniss als die festeste Grundlage angesehen werden kann, worauf Sie eine sichere Diagnose, eine bestimmte Prognose stützen könnten. Es sind das: das systemisirte Delirium der Degenerirten und das chronische Delirium mit systematischer Entwicklung. Diese beiden Gruppen haben zu lebhaften Controversen Anlass gegeben und deren Bestimmung ist mit nicht geringen Schwierigkeiten verbunden.

Abgesehen von den genannten zwei Gruppen kann man systemisirten Wahnideen unter folgenden Bedingungen begegnen:

Der Alkoholismus kann der Ausgangspunkt der Entwicklung einer systemisirten Wahnidee sein und zwar unter zweierlei Verhältnissen: nach der hallucinatorischen und delirirenden Periode, von der der acute oder subacute Anfall des Alkoholismus begleitet wird, kann man nicht selten bei dem Prädisponirten nicht die vollständige Beruhigung der corticalen Erregung, wohl aber die Einschränkung der sensoriellen Störung auf das Gehör beobachten — es bestehen zu dieser Zeit nur mehr Gehörshallucinationen — während das Delirium eine Reihe von quälenden Gedanken und einige Verfolgungsideen umfasst.

Beim chronischen Alkoholismus ist es auch nicht selten, Verfolgungs- manchmal auch Grössenwahnideen hervortreten zu sehen. In diesen zwei Fällen befinden wir uns thatsächlich gegenüber systemisirten Wahnideen.

Die Dauer dieser Wahnideen ist übrigens verschieden. Im Allgemeinen sind sie von kurzer Dauer, bei gewissen prädisponirten Personen jedoch können sie mehrere Monate dauern. Noch mehr, in einigen Fällen ohne vorherige Prädisposition, kann die Dauer des systemisirten Deliriums bei Alkoholikern sehr lang sein: es handelt sich alsdann um inveterirte Alkoholiker, bei welchen die Chronicität der Intoxication eine wahrhafte Prädisposition zu den Psychosen geschaffen hat.

Die Anfälle intermittirenden Irrsinns äussern sich gewöhnlich durch melancholische und maniakalische Phasen, durch zumeist diffuse Deliriumsparoxysmen. In selteneren Fällen bestehen die Anfälle aus wahren systemisirten Wahnideen.

In diesen Fällen ist die Diagnose relativ leicht: wan wird diese auf Grund des Verlaufs und der Periodicität der Anfälle stellen können.

Die Epilepsie kann desgleichen von systemisirten Wahnideen begleitet werden und bei dieser Affection verdienen diese Wahnideen eine erhöhte Aufmerksamkeit. Man weiss, dass in der Folge von wiederholten epileptischen Anfällen oft Wahnideen beobachtet werden. Diese, wiewohl im Allgemeinen von kurzer Dauer, können indess bis zu drei Wochen dauern: es ist in der Regel ein allgemeiner maniakalischer oder melancholischer Wahnsinn; indessen sind in einigen Fällen wahrhafte systemisirte Wahnideen vorhanden.

Wenn das der Fall ist, so erscheint der Kranke vollständig intact ausserhalb der Sphäre des Gegenstandes, der den Inhalt seiner Wahnideen bildet; wenn man ihn aber sorgfältigst ausfrägt, so constatirt man, dass er in Wirklichkeit unbewusst ist. Aber das ist noch nicht Alles. Bei gewissen Epileptikern gesellt sich zum epileptischen Delirium noch ein wahrer systemisirter einfacher Wahnsinn, der nicht mehr, wie der eben erwähnte, in ein Abhängigkeitsverhältniss zu der Epilepsie steht. Es handelt sich da um eine hinzugekommene Affection der Epileptiker ist überdies ein zu Psychosen Prädisponirter.

Dies rührt von einer doppelten Erblichkeit her: von dem einem seiner Vorfahren hat er die Epilepsie geerbt, von dem anderen die Prädisposition zu Psychosen. Diese Unterscheidung ist vom Standpunkte der Prognose von grosser Wichtigkeit. In der That, ist der systemisirte Wahnsinn, der von der Epilepsie selbst abhängt, von kurzer Dauer ebenso wie der gewöhnliche epileptische Wahnsinn, wohingegen der zum epileptischen Wahnsinn hinzugekommene systemisirte Wahnsinn sehr lange dauert und in einigen Fällen den Verlauf des chronischen Wahnsinns annehmen und definitiv werden kann.

Die Hysterie kann gleichfalls in gewissen Fällen den systemisirten Wahnsinn veranlassen; dann ist aber im Allgemeinen die Diagnose sehr leicht zu stellen. Die Form dieser Wahnideen, die Coëxistenz hysterischer Stigmata beheben leicht jeglichen Zweifel.

Was die Prognose anlangt, so bietet dieselbe die gleiche Unsicherheit wie bei allen hysterischen Zufällen. Indess ist der hysterische systemisirte Wahnsinn im Allgemeinen von sehr kurzer Dauer.

Bei prädisponirten Subjecten, die mit umschriebenen Hirnläsionen behaftet sind, sieht man zuweilen Wahnsinnsanfälle sich entwickeln und manchmal sogar systemisirte Wahnideen. In diesen Fällen darf man nicht die Hirnläsion als Ursache derselben ansehen: es besteht einfach eine Coïncidenz. Was lässt sich in der That constatiren trotz des sehr häufigen Vorkommens von Herdläsionen? Man constatirt oft Gedächnissschwäche, verringerte Intelligenz, jedoch selten Wahnsinn, und wenn man die Fälle näher untersucht, bei welchen Wahnsinn beobachtet wird, so bemerkt man fast regelmässig, dass man es mit Prädisponirten zu thun hat. Die Hirnläsion wirkt also in allen diesen Fällen höchstens als veranlassende Ursache. Dabei ist noch hervorzuheben, dass die Intensität dieser Wahnideen im umgekehrten Verhältniss zu der Ausdehnung der Läsion steht. Bei einigen Kranken indess nehmen diese Wahnideen, die eine wenig ausgedehnte Hirnläsion begleiten, einen ersten Platz unter den Symptomen ein.

So hat Garnier*) über einen sehr interessanten Fall von chronischem Wahnsinn mit systematischer Entwicklung berichtet, der mit Worttaubheit und -blindheit vergesell-schaftet war.

Andererseits hat Lwoff in seiner Abhandlung «über die an circumscripte Hirnläsionen gebundenen Geistesstörungen» (1890) mehrere Beobachtungen von systemisirtem Wahnsinn bei Individuen, die mit umschriebenen Hirnläsionen behaftet waren, veröffentlicht.

Péchermann hat in seiner These «Die Psychosen des Greisenalters» (1893) mehrere Fälle von systemisirtem Wahnsinn bei alten Leuten hervorgehoben, d. h. also bei Individuen, deren Gehirn auf dem der atheromatösen Regression sich befindet. In allen diesen Fällen aber spielt die Prädisposition eine sehr bedeutende Rolle. Endlich — und das erscheint fast alsein klinisches Paradoxon — müssen wir den systemisirten Wahnsinn bei der allgemeinen Paralyse in's Auge fassen. Der Geisteszustand des Paralytikers scheint jedes Raisonnement, jede Ideen-Systemisirung absolut auszuschliessen. In der That führt die anatomische Ursache der allgemeinen Paralyse, die diffuse interstitielle Encephalitis, nicht allein eine Perturbation in den Perceptionscentren des Hirns herbei, sondern sie hebt auch die Communicationen, die Associationen zwischen diesen verschiedenen Centren auf: die Folge davon ist, dass nicht nur die Bilder unklar erscheinen, dass aber auch die Transmissionsmittel die unrichtigen sind; davon rührt die Verwirrung der Ideen und der geistige Verfall des Paralytikers her. Das ist der Fall bei der allgemeinen Paralyse gegen Ende der ersten Phase und zu Beginn der zweiten, wenn die Demenz bereits klar zu Tage liegt: jede Ideenassociation ist da unmöglich; das findet jedoch nicht zu Anfang der Krankheit und während der Remissionen statt. Unter diesen Verhältnissen kann man eben systemisirten Wahnideen begegnen.

(Fortsetzung folgt.)

*) Arch. gén. de médecine. Jänner—Februar 1889.

Arthritismus und nervöse Diathese.*)

Von

Dr. Ménélas Sakorrhaphos, Athen.

Wir haben bereits bei einer früheren Gelegenheit die Resultate, die wir bei der klinischen Untersuchung einer Reihe von Fällen von Tabes erhalten hatten, kurz mitgetheilt und hierbei den Standpunkt vertreten, dass wir die Tabes als den klinischen Ausdruck des Arthritismus betrachten, als eine den verschiedenen Organen gemeinsame Sclerose, die sich vom pathologisch-anatomischen Standpunkte in keiner Beziehung von der der anderen Organe unterscheidet.

Wir haben die Untersuchungen und die Beobachtungen der soeben gedachten Kranken fortgesetzt, von Kranken, bei denen die klinischen Erscheinungen des Arthritismus ganz ausgesprochen waren, (und diese Fälle sind durchaus nicht selten) und die überraschende Combination der arthritischen Erkrankungen mit den nervösen Krankheiten führte uns dazu anzunehmen, dass diese zwei Diathesen sich von einander keineswegs unterscheiden, dass sie eben nur bei einem und demselben Individuum oder bei einer und derselben Familie combinirt auftreten, dass aber die enge Verwandtschaft dieser beiden krankhaften Zustände, ihre Aetiologie, ihr langsamer Gang und einige klinische Erscheinungen, die man bei beiden antrifft, offenbar dieselben seien.

Diese Frage der Diathesen war und bleibt noch immer eine sehr complicirte, und der Beweis dafür liegt in den sich widersprechenden Angaben der verschiedenen Autoren über diesen Gegenstand zu allen Zeiten. In den früheren Zeiten bildeten die meisten der chonischen Krankheiten eine Diathese.

Andere Autoren hingegen hatten es versucht, die meisten dieser Krankheiten unter einer gemeinsamen Diathese zu behandeln. Während man die Syphilis, die Tuberkulose, den Krebs, die Scrophulose u. s. w. als selbstständige Diathesen betrachtete, so finden wir, dass Lugol die Scrophel als das Endziel aller Diathesen ansah. Moreau de Tours sagt, dass «alle Geisteskranken, Idioten, Scrophulösen und Rhachitiker, in Folge ihres gemeinsamen Ursprungs und in Folge gewisser physischer und moralischer Eigenschaften, wie die Kinder einer und derselben Familie, als die Zweige desselben Baumes betrachtet werden müssen.» Dieser berühmte Beobachter hatte es versucht, das zusammenzuhalten, was man mit Unrecht als verschiedene pathologische Zustände betrachtete. In der letzten Zeit constatirte Prof. Grasset die häufige Combination der Hysterie mit der Tuberkulose und betonte die diathetische Heredität (er weist dem Arthritismus den ersten Rang an) als einen sehr mächtigen Factor der Hysterie. Wir könnten noch mannigfache derartige Beispiele anführen, aber wir glauben, dass die eben genannten Fälle genügen, um darzuthun, dass diese Autoren die enge Verkettung dieser zwei Diathesen, oder richtiger gesagt, ihre Identität constatiren konnten.

Gewiss, wenn man sieht, wie sich die Hysterie mit der Tuberkulose combinirt, die Tabes mit dem Diabetes oder mit jeder anderen arthritischen Erkrankung, wenn die Wissenschaft die Beziehungen der Gicht mit den verschiedenen Neurosen oder Psychosen constatirt; ferner, wenn die arthritische Natur der meisten dieser klinischen Bilder festgestellt ist, unter denen sich Nervenkrankheiten finden, deren langsamer und progressiver Gang, — wenn nicht Momente interferiren, die wir noch zu untersuchen haben werden — an die grossen Neurosen oder Psychosen angrenzt, und wenn endlich überdies die Aetiologie dieser zwei Diathesen eine gemeinsame ist, welcher Umstand es auch bedingt, dass die Sclerose der Viscera einen Charakter

*) Aus «Le Progrès Médical» vom 21. October 1893. Wiedergegeben von Léon Leibowitz.

besitzt, der mit den systematischen Sclerosn, die man in den Nervencentren antrifft, identisch ist, so liegt kein Grund mehr dafür vor, diese zwei krankhaften Zustände als von einander unabhängig zu betrachten, sie als selbstständige Einheiten an zusehen. Der unersetzliche CHARCOT hat sich in seinen «Leçons du Mardi» über die Beziehung des Arthritismus zur nervösen Diathese wie folgt ausgedrückt: «Man kann den Arthritismus als einen Baum betrachten, dessen Hauptzweige sind: die Gicht, der Gelenksrheumatismus, gewisse Formen der Migräne, Hautaffectionen u. s. w. u. s. w. Andererseits gibt es einen «nervösen Baum», der die Hysterie, alle Kategorien der Vesanie mit hereditärer Form u. s. w. umfasst. Diese zwei Bäume gedeihen einigermassen auf demselben Boden, sie communiciren mit einander durch ihre Wurzeln und sie unterhalten derartige intime Beziehungen mit einander, dass man sich bisweilen die Frage vorlegen kann, ob es nicht derselbe Baum sei.»

Wir dürfen nicht daran vergessen, dass einige Beobachter, die Gelegenheit hatten, die zwei in Rede stehenden krankhaften Zustände, den Arthritismus einerseits und die nervöse Diathese andererseits in einer und derselben Familie Hand in Hand mit einander einhergehen zu sehen, und die sich diesen Zustand nicht zu erklären wussten, es versucht hatten, diesen pathologischen Zustand von den anderen Krankheiten zu trennen, indem sie ihm den Namen «Neuro-Arthritismus» gaben. Dieser Zustand wird somit als ein dritter Typus betrachtet. Um diese Ansicht zu formuliren, berief man sich auf das häufige Zusammentreffen des Diabetes, der Gicht und der Arterio-Sclerose — die nur der pathologische Ausdruck des Arthritismus in der Periode seiner vollen Entwicklung sind, — mit den nervösen Krankheiten. Wir müssen jedoch vor Allem bemerken, dass der Arthritiker immer, vom Beginne seiner Krankheit bis zum Ende derselben, ein Neuropathiker sei; es kommt hier nur der Umstand in Betracht, dass die schweren Nervenphänomene erst zu einer Zeit auftreten, zu der die starken Ernährungsstörungen zum Vorschein kommen. Aus diesen Gründen finden sich, unserer Ansicht nach, der Diabetes, die Gicht und die anderen Affectionen derselben Kategorie am häufigsten mit den schweren Nervenkrankheiten zusammengesellt vor. Aber selbst die Symptome, welche die erste Periode des Arthritismus charakterisiren, und die sich durch locale Spasmen, durch allgemeine Convulsionen, durch den Pruritus, durch die Urticaria, durch den spasmodischen Husten, durch die Incontinentia urinae nocturna und durch viele andere pathologische Zustände Ausdruck verleihen, — weisen alle diese Momente nicht häufig genug darauf hin, dass das betreffende Individuum hauptsächlich ein Nervensystem besitzt, das vom normalen Typus abweicht und sich durch sensitive und vaso-motorische Nervenstörungen u. s. w. bemerkbar macht? Trifft man dieselben Störungen auch nicht ausserhalb der psychischen Sphäre an? Nehmen wir folgenden Fall als Beispiel. Ein Kind wird von arthritischen Eltern geboren und trägt auch den Stempel der Hereditât; man findet nun oft, dass diese kleinen Wesen, die einige Autoren mit Unrecht als hysterisch betrachten, lachen oder weinen, oder in Zorn gerathen, und zwar aus Gründen, die bei andern gesunden Kindern durchaus keine derartigen Affecte hervorzubringen im Stande gewesen sein würden. Solche Kinder sind nicht aufmerksam, sie sind zerstreut. Obgleich wir eine grosse Anzahl solcher Kinder untersucht haben, so haben wir bei denselben niemals auch nur die geringste Spur der Hysterie entdecken können.

Später, in einem mehr oder weniger vorgerückten Alter, wenn die grossen Ernährungsstörungen auftreten, i. e. alle jene Krankheiten, die Prof. BOUCHARD als den Ausfluss einer Verlangsamung in der Ernährung beschrieben hat, wenn die Arterio-Sclerose mit Lokalisation in den verschiedenen Organen zum Vorschein kommt, dann tritt auch der nervöse Ursprung des Arthritismus klarer und deutlicher zu Tage, indem die Ernährung unmittelbar vom Nervensystem abhängt. Gerade in dieser Periode, die wir gern die Periode des arthritischen Zustandes nennen möchten, treten die multiplen Nervenaffectionen auf.

Die nervöse Diathese, die unserer Ansicht nach nur die Fortsetzung des Arthritismus darstellt, des Arthritismus, der sich in der Periode der Abnahme befindet, wird von uns als solche angesehen.

(Fortsetzung folgt.)

Eine mechanische Behandlung der Phthise.

Von

Dr. Noble Smith *)

Chirurg im «All Saints' Children's Hospital» u. s. w. in Edinburgh.

(Fortsetzung und Schluss.)

Dr. SILVESTER, indem er sich eine Behandlungsmethode ausdachte, durch die man dieser Schwierigkeit bei der Behandlung der Lungenschwindsucht beikommen könnte, ersann einen Lehnstuhl, dessen Lehne hoch genug ist, damit die oberen Extremitäten des Kranken auf derselben bequem aufruhen können, und die oben eine Vorrichtung zeigt, die es dem Patienten gestattet, mit den hoch über den Kopf gehaltenen Armen verschiedene gymnastische Uebungen vorzunehmen. Dr. SILVESTER hatte noch folgende diesbezügliche Behandlungsmethode angegeben. Der Patient befindet sich in aufrechter Stellung und hält in jeder Hand eine dünne Stange, die eine Länge von ungefähr 6 Fuss hat; er hält dieselben in einer perpendiculären Stellung zu jeder Seite seines Körpers, und zwar so, dass die Stangen mit ihrem unteren Ende auf dem Boden aufruhen und sich ein wenig nach vorne von den Fersen befinden. Der Patient erhebt die Hände, umfasst die Stangen so hoch als er es bequem thun kann, so dass er dadurch bewirkt, dass das Gewicht der oberen Extremitäten von den Stangen, anstatt von ihm selbst, getragen wird.

Hierauf macht der Patient eine Expansionsbewegung mit der Brust und führt eine tiefe Inspiration in der Dauer von ungefähr zwei Secunden aus. Dr. SILVESTER bemerkt bei dieser Gelegenheit, dass die tuberkulösen Ablagerungen in den Luftzellen der Lungen in Wirklichkeit als ausserhalb des Körpers befindlich betrachtet werden müssten, und dass die tuberkulösen Massen durch den freien Zutritt von Luft zu den afficirten Theilen der Lunge eliminirt werden können, und der Sitz der Affection einer Art von Reparatur unterliegen kann, indem die Lugencavernen allmählig schrumpfen und zuletzt obliteriren.

Ich betrete jetzt ein Gebiet, das meinen Zuhörern zweifellos besser bekannt ist als mir selbst, und ich kann es auch für mich nicht in Anspruch nehmen, in Ihrem Namen zu sprechen, aber ich glaube, dass ein jeder von Ihnen zugeben wird, dass, welches auch der genaue Vorgang sein mag, der bei den Vortheilen einer vollständigen Luftversorgung der Lungen in Betracht kommt, es auf jeden Fall keinem Zweifel unterliegen könne, dass diese Vortheile sehr grosse seien.

Die Resultate, die Dr. SILVESTER erzielt hatte, waren sehr anmunternd. So weit diese Behandlungsmethode in Betracht kam, schien sie von günstigen Resultaten begleitet gewesen zu sein, aber wenn auch bei der Methode Dr. SILVESTER's eine ausgiebigere Versorgung der Lungen mit Luft erzielt wurde, als man dies für's Gewöhnliche bei der Behandlung von Phthisikern erreicht hatte, so konnte doch diese Behandlungsart nothgedrungen bei einer gegebenen Gelegenheit nur für sehr kurze Zeitintervalle fortgesetzt werden. Wenn ein Patient auf einem Lehnstuhle sitzt, auf welchem der Lumbartheil seines Rückens gestützt wird, die Schultern nach hinten geschlagen sind, die Ellbogen auf sehr hohen Lehnen aufruhen, so kann der Thorax hierbei zweifellos in eine sehr günstige Lage gebracht werden, aber wie lange kann eine solche Procedur fortgesetzt werden?

So oft der Patient aus dieser bestimmten Posisition herauskommt, oder aufsteht, so fällt der Thorax in seine ur-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 48, 1893.

sprüngliche Lage zurück, und in diesem Falle ist der erwünschte Effect nicht nur für den gegebenen Moment aufgehoben, sondern es ist auch wenig Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass das Volumen des Thorax unter diesen Umständen zunimmt.

Was die Uebung an und für sich betrifft, so ist Dr. SILVESTER's Methode zweifellos eine gute und sehr dazu angethan, die Entwicklung des Thorax zu fördern, aber die Zeit, die ein Patient diesen Exercitien widmen kann, ist eine verhältnissmässig sehr geringe. Selbst, wenn der Allgemeinzustand des Patienten ein guter ist, und wenn der Patient relativ kräftig ist, so kann er nicht immer in einem Lehnstuhle sitzen und seine Uebungen vornehmen, oder mit seinen zwei Stangen fortwährend herumlaufen — wenn man auch von dem Eigenthümlichen und den Umständlichkeit bei diesen Uebungen absieht — und die Resultate, die man dabei erzielen kann, können somit nur sehr beschränkte sein.

Es ist überdies noch ein zweiter Punkt in Betracht zu ziehen, nämlich die physische Kraft des Patienten die in Fällen von Phthise oder von drohender Phthise beträchtlich herabgesetzt ist, so sehr, dass solche Patienten im Allgemeinen ganz dazu untauglich sind, sich entsprechenden gymnastischen Uebungen zu unterziehen, welche die Entwicklung ihres Thorax fördern sollen.

Meine Behandlungsmethode, über die ich Ihnen jetzt berichten will, besteht darin, dass die Schultern nach rückwärts gezogen werden, und zwar durch weiche Schulterbänder nach einem Polster, der in der Mitte zwischen den beiden Scapulae befestigt wird, und dass die Schultern in dieser Stellung erhalten werden Es gibt viele sogenannte «Hosenträger», die heutzutage zu diesem Zwecke in den Annoncen der Zeitungen angepriesen werden, und wenn meine Methode in nichts Anderem bestünde als darin, so würde sie dieselben schweren Vorwürfe verdienen, die ich selbst gegen die sogenannten «Patent-Hosenträger» erhebe. Diese ziehen die Schultern nach rückwärts und täuschen eine Besserung vor, aber sie thun nichts dazu, um die Brust von dem Gewichte der Arme selbst zu erleichtern. Somit wird man bei genauer Untersuchung finden, dass das Volumen der Brust, wenn überhaupt, wenig vermehrt wird, während durch die erzwungene Stellung der Schultern ein solcher Zug ausgeübt wird dass es fast sicher ist, dass die Schulter nach der einen oder der anderen Richtung eine Biegung erleiden wird. Die Hosenträger haben überdies die Tendenz, die Schultern nach unten zu ziehen und so das Gewicht zu vergrössern, welches vom Stamme getragen werden muss. Meine Methode geht dahin, den centralen Polster auf dem Niveau der Schultern zu erhalten und so bis zu einem gewissen Grade eine Stütze nach oben zu erzielen, indem ein leichter Stahlstab angebracht ist, der längs des Rückens herunterläuft, und zwar bis zum Niveau, in welchem der Patient sitzt, und dort durch ein Beckenpolster festgehalten wird. Wenn man nur dies allein thut, so findet man, dass beim Sitzen die Tendenz der Wirbelsäule, sich nach rückwärts vorzubauchen, besteht, und beim Stehen die Tendenz des Abdomens, nach vorne zu sinken, und dass so eine Art von Lordose hervorgebracht wird. Um diesen Uebelständen vorzubeugen, ist in der Mitte des Rückens ein Polster angebracht, um beim Sitzen die Vorbauchung nach hinten zu verhindern, und vor dem Abdomen befindet sich ein Gürtel, um beim Stehen das Vorfallen des Abdomens einzuschränken. Meine praktischen Erfahrungen bezüglich der Resultate dieser Behandlung sind höchst zufriedenstellender Art. Obgleich ich meine Behandlungsmethode nicht blos an Patienten, die an Phthise litten, angewandt habe, so geht doch aus den Fällen, die ich behandelt habe mit aller Klarheit hervor, dass die in Rede stehende Behandlung für solche Patienten von sehr grossem Nutzen sei.

* *

Am 11. Mai 1886, wurde mir von Dr. CHARLES MYERS, aus Louth, ein junges, 16 Jahre altes Fräulein zugewiesen. Dieselbe war seit ihrem 4. Lebensjahre sehr zarter Constitution und hatte Masern und Dysenterie durchgemacht. Ihre Schwäche nahm während des Sommers 1885 zu und steigerte sich wieder in den ersten Monaten des Jahres 1886.

In den letzten drei Jahren hielt sie den Kopf gebeugt, die Wirbelsäule war nach hinten gekrümmt, die Brust war abgeflacht, so dass sie mit dem Abdomen eine verticale Linie bildete. Das Aussehen der Patientin war das einer phthisischen Kranken; sie war ungemein blass mit einer hectischen Röthe am Gesicht, und da mehrere Mitglieder ihrer Familie an Tuberkulose gestorben waren, so bestand die gerechtfertigte Furcht, dass die Patientin an einer ähnlichen Affection laborire. Während der letzten $2^1/_2$ Jahre litt sie beständig an catarrhalischen Zuständen und an Husten. Bei der Percussion fand ich einigen dumpfen Schall über der linken Lungenspitze. Es bestand Schmerz in der Gegend des achten, neunten und zehnten Dorsalwirbels, und der siebente Dorsalwirbel ragte bis zu einem gewissen Grade vor. Ich behandelte diese Kranke in der oben genannten Art, indem ich ihr erlaubte so viel herumzugehen, als es ihr beliebte.

Allmälig — nach graduellen diesbezüglichen Correcturen — brachte ich die Patientin dahin, dass sie aufrecht stehen konnte, indem ich dafür Sorge trug, der Patientin niemals irgend welche Unbehaglichkeit zu verursachen. Eine grosse Erleichterung bezüglich aller Symptome konnte vom Beginne der Behandlung an constatirt werden. Nach Ablauf einer Woche war der dumpfe Percussionsschall über der linken Lungenspitze geschwunden, was eben darauf hinwies, dass die Luft nun vollen Zugang zu den Lungen hatte. Die Besserung in dem ganzen Befinden der Kranken war eine sehr rapide; der Husten hörte auf, der Schmerz im Rücken schwand, der Appetit besserte sich, und am 27. Juli — nach weniger als sechs Wochen seit Beginn der Behandlung — war ich bereits in der Lage constatiren zu können, dass kein Schmerz mehr vorhanden war, dass die Patientin besser und kräftiger aussah und einen heitern Blick hatte. In der That war die Aenderung in dem Aussehen und dem Befinden der Patientin eine sehr bemerkenswerthe. Ich sah das Mädchen in den letzten Monaten; ihr Gesundheitszustand hatte sich fortwährend gebessert; sie wurde üppig, robust und hatte eine gute Gesichtsfarbe.

Ein anderer Fall betrifft Miss. M. F., 9 Jahre alt, die mir von Dr. P. E. PARSONS, aus Wimbledon, im September 1885, zugewiesen wurde. Sie litt mehrere Jahre lang an spasmodischem Husten und konnte nicht gerade stehen. Sie war von vielen hervorragenden Aerzten untersucht worden, aber die wahre Ursache des Hustens blieb dunkel. Die Brust jedoch war stark eingesunken, und man befürchtete Phthise. Von dem Tage an, an welchem der in Rede stehende Apparat am Mädchen angewandt wurde, begann das Kind sich wohler zu fühlen, und nach einigen Wochen war der Husten geschwunden. Ich sah das Mädchen vor ungefähr zwei Monaten und konnte constatiren, dass sich das Kind zu einem sehr schönen und kräftigen Mädchen entwickelt; ihr Gesundheitszustand ist ein vollkommener und sie macht einen ganz ausgezeichneten Eindruck.

* * *

Ich könnte noch Dutzende ähnlicher Fälle hinzufügen aber ich habe diese zwei Fälle gewählt, weil dieselben zu den ersten Fällen gehören, über die ich genaue Angaben besitze, und weil ich unlängst diese Kranken gesehen habe und somit auch über ihren jetzigen Zustand zu berichten in der Lage bin.

Wenn ich für diese neue Behandlungsmethode eintrete, so möchte ich durchaus nicht so verstanden werden, als ob ich dieselbe an Stelle anderer Massnahmen empfehlen würde. Wir kennen Alle den Werth einer Combination eines jeden Mittels, welches den Verheerungen, welche die Tuberkulose anrichtet, entgegenarbeiten soll, und es erheischt gewiss viel Mühe und Sorgfalt, wenn man in solchen Fällen das Beste für

den Kranken thun will. Aufenthalt in trockener Gebirgsluft, eine relativ milde Atmosphäre, reine Luft, sorgfältig ausgewählte Nahrung. — wahrscheinlich auch Massage — und mannigfache medicinale Mittel, sind gewiss alle nothwendig, aber ich möchte hinzufügen, dass, bevor wir die vitale Capacität der Lungen mechanisch gesteigert und die nöthigen Massregeln ergriffen haben, den Patienten in eine aufrechte Stellung zu bringen, mit gestützten Armen, ohne grössere Muskelanstrengung von Seiten derselben wir, diesen Patienten nicht die beste Chance gegeben haben, ihren Gesundheitszustand zu verbessern oder von einer Krankheit zu genesen, von der unser Land so sehr heimgesucht ist. Manche Collegen könnten noch immer die Frage aufwerfen: Warum nicht den Thorax durch körperliche Uebungen entwickeln? Ich habe diese Frage bereits beantwortet, aber ich darf wiederholen, dass eine grosse Zahl der Kranken viel zu schwach ist, um anhaltende oder systematische Uebungen ausführen zu können. Wenn dieselben stark genug sind, so können sie zweifellos solche Uebungen machen und angewiesen werden, tiefe Inspirationen zu machen, aber die so erzielten Resultate werden im Vergleiche zu denen, die man bei der mechanischen Entwicklung des Thorax erhält, unendlich klein sein. Der Effect der mechanischen Behandlung ist ein unmittelbarer, ein anhaltender und strengt den Kranken nicht an. Der Vorgang im andern Falle ist ein langsamer, unterbrochener und findet nur auf beträchtliche und im Allgemeinen schädliche Unkosten von Seiten der Muskelanstrengungen statt.

Der Apparat, der dazu nothwendig ist, damit man die in Rede stehende Behandlung vornimmt, ist ein verhältnismässig leichter und wird vom Patienten als eine grosse Stütze und Hilfe empfunden. Er interferirt in keiner Art mit der körperlichen Entwicklung, er gestattet den Muskeln die grösste Freiheit im Gebrauche derselben und wird im Allgemeinen vom Patienten wegen des Comforts, den er ihm gewährt, und wegen des directen und rapiden Erfolges, der dadurch für das allgemeine Befinden erzielt wird, sehr geschätzt.

Die Pneumonie in epidemiologischer Beziehung.

Von **Dr. A. Kühner**, Frankfurt a. Main.)

(Fortsetzung und Schluss.*)

E. Individuelle ätiologische Factoren. Unabhängig von diesen mehr oder weniger allgemeinen Einflüssen zeigt die Aetiologie der Pneumonie auch individuelle Factoren, welche sich hauptsächlich beim sporadischen Auftreten geltend machen.

a) Erkältung. Bei unbefangener Beobachtung ist die Erkältung als Ursache der Pneumonie nicht zu leugnen. Wenn man geltend macht, dass die Arbeiter, welche im Freien beschäftigt sind, weniger der Pneumonie ausgesetzt sind, als diejenigen mit sitzender Lebensweise, so ist, die Richtigkeit dieser Behauptung vorausgesetzt, einzuwenden, dass gerade die ersteren mehr abgehärtet, sich weniger leicht erkälten.

Man kann in vielen Fällen einen so innigen Zusammenhang zwischen der Einwirkung einer Erkältung und den ersten Zeichen der Pneumonie constatiren, dass sich dieses Verhältniss als causales nicht abläugnen lässt. Was die Entstehung der Pneumonie durch Mikroorganismen betrifft, so hat sich in neuester Zeit die Ueberzeugung mehr und mehr befestigt, dass dieselben selten eine Krankheit hervorrufen, wenn nicht besondere begünstigende Umstände in Mitwirkung treten und scheint die Erkältung als eine der wirksamsten betrachtet werden zu müssen. Wenn es auch schwer, durch Zahlen die Häufigkeit der Vermittelung einer Erkältungsursache festzustellen, wie Grisolle und Juergensen es versucht haben, so kann man diesen Zusammenhang für eine grosse Anzahl von Fällen nicht abweisen.

b) Sociale Zustände. Pneumonie kommt in allen Schichten der Bevölkerung vor. Man hat angegeben, dass die wohlhabenderen Klassen weniger daran leiden, als die armen, ohne hierfür den Beweis erbringen zu können, da wir das nummerische Verhältniss der Reichen zu den Armen nicht kennen. Immerhin kann man behaupten, dass Armuth. Elend die Entstehung der Pneumonie, wie aller Infectionskrankheiten begünstigt.

c) Alter. Kein Alter schützt vor der Pneumonie. Dieselbe befällt Kinder bis hinauf zum Intrauterinleben, gleichwie Greise, Heranwachsende gleichwie das reifere Alter. Aber wie schon Grisolle geltend gemacht hat. ist es schwer festzustellen in welchem numerischen Verhältniss die verschiedenen Altersklassen befallen werden. Zunächst sind die verschiedenen Altersklassen nicht gleichermassen geneigt und geeignet zur Aufnahme in das Hospital, welches über die Statistik herichtet, es ist anzunehmen, dass junge Leute von 16—25 Jahren in Ermangelung eines geeigneten Herdes häufiger ins Hospital aufgenommen werden, als nach dieser Zeitperiode. Ferner kommt hierbei in Betracht, dass, wenn es leicht ist, die Pneumonie beim Erwachsenen zu erkennen, die Diagnose beim Kind bisweilen grosse Schwierigkeiten bietet, indem die lobuläre und Bronchopneumonie zusammengeworfen werden und gleichermassen im Greisenalter, in welchem selbst spärliche Absetzungen von schweren Allgemeinerscheinungen begleitet werden.

Man muss schon unter diesen Umständen die statistischen Zahlen mit grossem Misstrauen betrachten, wenngleich aus ihnen hervorzugehen scheint, dass das Kindes- und Greisenalter am häufigsten und heftigsten von der Pneumonie befallen werden. Unter 503 Fällen hat Juergensen 313 d. h. 62% bei Kindern unter 14 Jahren gefunden, während die 190 übrigen sich derart vertheilen, dass für das reifere und Greisenalter zwei Mal so viel entfallen, als für die Jugend. Auch Wolfberg hebt die grosse Häufigkeit der Pneumonie bei Kindern hervor.

d) Geschlecht. Wenn nach der Statistik mehr Männer als Frauen befallen werden, so scheint dies auf die Art der Beschäftigung (Erkältung) sowie auf die Thatsache zurückgeführt werden zu müssen, dass in den meisten Hospitälern überhaupt mehr Männer als Frauen aufgenommen werden.

e) Constitution. Auch die Behauptung, dass mehr kräftige als schwächliche Individuen von Pneumonie befallen werden, lässt, wenn sie begründet, mancherlei Erklärung zu. Man kann im Gegentheil behaupten, dass eine kräftige Constitution gewisse Garantien bietet gegen das Befallenwerden von Pneumonie. Das endemische Vorkommen dieser Krankheit in den Gefängnissen und inmitten einer schlecht genährten Bevölkerung, ihre Häufigkeit und Schwere bei Greisen, cachektischen Personen, namentlich bei Diabetikern, Alkoholikern, ihr Ausbruch im Verlauf oder in der Reconvalescenz infectiöser Krankheiten, diese Thatsachen bezeugen, dass sie nicht von dem gewöhnlichen Gesetz abweicht, sondern umsomehr den Organismus befällt, um so schwächer derselbe und dass sie die Schwächung desselben fördert. Die gegentheilige Meinung konnte sich nur festigen zu einer Zeit, in welcher man über unvollkommene Hilfsmittel der Diagnose verfügte und nur bei kräftigen Individuen die Krankheit erkennen konnte, während man sie leicht bei Schwächlichen, Cachektischen bereits durch anderweite Erkrankungen Erschöpften verkannte, insofern die adynamischen oder fremdartigen Symptome ihre charakteristischen Kennzeichen vernichten und dem Beobachter entzogen.

f) Trauma. Traumatisch kann die Pneumonie durch penetrirende Wunden der Brustwand, Rippenfracturen und Contusionen der Lungen zu Stande kommen. Die Arbeit von Courtois und Cahen zeigt, dass die einfachste Contusion hinreicht, eine Pneumonie hervorzurufen, eine Thatsache, die Litten bestätigt. Litten hält diese Art der Pneumonie nicht für selten vorkommend bei den Handarbeitern, die sich mit grossen Lasten beschäftigen und bei denen mechanische Verletzungen gewöhnlich sind. Unter 320 Fällen von Pneumonie (hierbei sind nur Männer gezählt), welche Litten in der Klinik in Berlin beobachtete, während neue Stadttheile. insbesondere die Stadtbahn gebaut wurde, fand er 40 Fälle, d. h. 4%, in welchen eine Contusion die Ursache! Die stete Entwicklung der Pneumonie erst einige Tage nach der Contusion, die That-

sache, dass sich die Pneumonie häufig in einer Gegend entwickelt, die diametral entgegengesetzt dem Orte der Contusion, lässt auf einen nervösen Ursprung schliessen.

g) Einfluss eines vorausgegangenen Anfalls. Recidive. Unter 157 sorgfältig von GRISOLLE beobachteten Fällen boten 53 vordem mehrere Kennzeichen einer hinreichend charakterisirten Pneumonie und die Zahl der Recidive wechselte von 1 bis 8. Unter 210 von MOELLMANN aufgezählten Fällen kam in einem Falle ein Recidiv 13 Mal vor.

F. Contagion der Pneumonie. GRISOLLE leugnet die Contagion der Pneumonie, indem diese Schicht unvereinbar und im Gegensatz stehend mit der täglichen Erfahrung. Man muss hier in Erwägung ziehen, dass GRISOLLE die Beobachtungen stützt auf das Material eines Krankenhauses einer grossen Stadt, während die Erfahrungen der Landpraxis jenes Vorkommen unterstützen. NETTER hat in einer interessanten, im Archives générales de médecine en 1888 veröffentlichten Arbeit, die in der Literatur zerstreuten Beobachtungen über contagiöse Verbreitung der Pneumonie zusammengestellt. Gelegentlich der oben erwähnten Epidemie in Behrenbach berichtet BUTRY, dass, während der Sohn eines Pächters, der sich nach bestandener doppelseitiger Pneumonie, bei seinen, eine isolirte Mühle bewohnenden, Eltern erholen wollte, der Vater, die Mutter und ein Enkel sich diese Krankheit, kurze Zeit nach der Ankunft des jungen Mannes zuzogen.

SCHROETER-Liebenzell erwähnt nicht weniger beweiskräftige Thatsachen. Ein junger Mann litt im October 1887 an Rheumatismus. Nach Ablauf von sechs Wochen Reconvalescent und im Stande das Bett zu verlassen, wurde sein Vater von einer linksseitigen Pneumonie ergriffen, die innerhalb 14 Tage heilte. Vater und Sohn schliefen in einem Bett. Etwa am achten Tage der Erkrankung des ersteren, wurde der letztere, der das Zimmer nicht verlassen, von Schüttelfrost befallen, dem eine rechtsseitige Pneumonie folgte. SCHROETER bemerkt, dass zur Zeit dieser Beobachtung sehr wenig Pneumonieen in der Gegend vorkamen.

Diese Beobachtungen, einer Contagion der Pneumonie, finden ihre Stütze in einer interessanten Mittheilung, die PROBY in der Gesellschaft der Aerzte zu Lyon im J. 1889 vorbrachte. Es handelte sich um 3 Fälle von Pneumonie bei einem Bäcker in demselben Local. Während der erstere Reconvalescent, ergriff die Krankheit am 10. December den Sohn, am 15. December den zweiten Sohn, der den ersteren Erkrankten ersetzen sollte und dasselbe Bett, dieselben Tücher wie der erstere gebrauchte. Ein dritter Sohn wird am 18 December herbeigerufen, er schläft mit dem Zweiten während der Nächte vom 18. bis 20. December und wird alsdann ebenfalls ergriffen.

Die Uebertragung der Krankheit kann endlich durch Vermittelspersonen stattfinden, welche sich in Berührung mit dem Kranken befanden, ohne von ihm angesteckt zu werden. WINTHER-Blyth berichtet, dass ein junges Dienstmädchen eines Landwirthes, dessen Familienmitglieder soeben an Pneumonie gelitten, das Haus ihres Herrn verlässt, um sich bei ihrer entfernt wohnenden Schwester unterzubringen. Kurze Zeit nach ihrer Ankunft erkrankt sie an ihrem neuen Domizile an Pneumonie, welche zugleich mehrere Personen angreift. Aehnliche Beobachtungen sind während der Epidemie im Gefängniss zu Mohringen gemacht wurden: Wärter, die verschont geblieben, übertrugen die Krankheit nach aussen auf die Familie, deren Mitglieder niemals mit der Anstalt in Berührung gekommen. KUHN, der Arzt, wurde selbst befallen, ebenso der Kutscher, der die Kleider reinigte, dann wurde die Magd ergriffen, welche die letzteren ins Zimmer trug, dann ein Mädchen von vier Jahren, welches die Gewohnheit hatte, sich um den Hals des Vaters zu schlingen, wenn er eintrat. Die Magd, nach Hause auf drei Stunden Entfernung geschickt, steckte ihre Schwester an, welche 8 Tage darauf erkrankte.

Es scheint, dass die Contagion auch gleichermassen durch Vermittelung der Luft zu Stande kommen kann, wie daraus hervorgeht, dass Kranke von der Pneumonie befallen werden, ohne ihr Bett oder deren Nachbarschaft verlassen zu haben.

Die bedeutungsvolle Aufgabe der Aetiologie ist es, die im Vorstehenden geschilderten begünstigenden Ursachen mit den directen in Einklang zu bringen.

Wir kennen gegenwärtig den pathogenen Mikroorganismus der Pneumonie. Die Epidemiologie und klinische Erkenntniss hat indess schon lange bevor die Specificität dieser Erkrankung erkannt.

A. Der Pneumococcus; seine morphologischen Eigenschaften. Als Krankheitserreger wird fast ausschliesslich der A. FRÄNKEL'sche Pneumoniecoccus, ein ovalär gestalteter Diplococcus, dessen Glieder lancettförmig sind, angesehen, während der FRIEDLÄNDER'sche Pneumoniecoccus (richtiger Bacillus) meist als ein «nachträglicher Ansiedler», nicht aber als Krankheitserreger der Pneumonie betrachtet wird.

B. Constantes Vorkommen in den pneumonischen Herden. Alle Forscher von FRÄNKEL bis FATICHI, BAZZOLO, MONTI, NETTER, GAMALEIA, GUARNERI, PATELLA, BANTI haben den Pneumococcus in der grossen Mehrzahl der Fälle nachgewiesen. Die wenigen Ausnahmen mögen durch unvollkommene Untersuchungsmethode oder Vergänglichkeit des Parasiten ihre Erklärung finden, indem derselbe, wenn nicht die Untersuchung alsbald geschieht, sich dieser entziehen kann.

Nach dieser experimentell und klinisch hunderftältig festgestellten Thatsache, ferner nach dem wiederholten Nachweis einer directen Ansteckungsfähigkeit der Pneumonie von Person zu Person vermittelst des Sputums (Küssen, Benützen derselben Taschentücher) endlich nach dem öfter constatirten epidemischen und endemischen Auftreten ist dieselbe als Infectionskrankheit aufzufassen.

C. Ort und Art des Vorkommens. Wir verdanken der Bacteriologie nicht nur die Erkenntniss des Pneumococcus, sondern auch, was für die Prophylaxe von grosser Wichtigkeit, gewisse Anzeichen des Lieblingsitzes, der Predilection. Die umgebenden Medien scheinen für seine Erhaltung günstig. PAWLOWSKY und EMMERICH haben in dieser Beziehung wichtige Thatsachen erbracht. Der Erstere hat in der Luft des anatomischen Institutes im Verlaufe einer Epidemie unter den daselbst Angestellten Mikroorganismen von den morphologischen Eigenschaften nach FRIEDLÄNDER und pathogene für Ratten, Kaninchen und Hund dargestellt. Der Letztere hat diesen Mikroorganismus exhumirt aus dem Fehlboden eines Gefängnisses, in welchem die Pneumonie endemisch.

Meist bildet aber der Mensch selbst den Aufenthaltsort, das Receptakel der Predilection. PASTEUR hat den Pneumococcus im Munde, im Pharynx und in den benachbarten Höhlen entdeckt, NETTER in der Eustachischen Röhre; man hat ihn verfolgt bis zu den Bronchien (PASTEUR, BESSER, NETTER) und im Schweiss von in Folge von Pneumonie Genesenen nachgewiesen, swie bei Solchen, die niemals von der Krankheit befallen.

D. Mechanismus der Infection. Die Thatsache, dass der Pneumococcus in den verschiedenen Abschnitten der Respirationsorgane gefunden worden, vom Mund und der Nasenhöhle an bis zu den tieferen Theilen, lässt keinen Zweifel über die Art der Infection und über das Fortschreiten der krankheitserregenden Agens durch Aspiration. Man muss nach den vorliegenden Thatsachen und Versuchen (WEICHSELBAUM) schliessen, dass die Pneumonie unter die Inhalationskrankheiten gehört, deren Localisation in die Lungen in der grossen Mehrzahl der Fälle der allgemeinen Infection vorangeht.

E. Parallele zwischen den biologischen Eigenschaften des Pneumococcus und den anatomisch-klinischen Eigenheiten der Pneumonie.

Wenn die Culturen des Pneumococcus ihre Virulenz gegen den siebenten Tag hin verlieren, so stimmt dies mit der Thatsache der Defervescenz dieser Affection um diese Zeit überein. Dass die Krisis abhängig von dem Erlöschen der pathogenen Eigenschaften des Mikroorganismus, wird auch durch die That-

sache erwiesen, dass der Speichel der Kranken, welcher auf der Höhe des Krankheitsprocesses durch Inoculation bei Thieren eine Infection zur Folge hat, unwirksam wird mit dem Tage, an welchem die Krise eintritt. (NETTER). Und was das Ergebniss bezüglich der Expectoration betrifft, so erscheinen die Versuche von PATELLA beweiskräftig, welcher bei zehn Kranken im fieberhaften Process, aus dem Auswurf sehr virulente Pneumococcen darstellte, während mit eintretender Defervescenz die Culturen steril blieben.

F. Die Rolle der begünstigenden Veranlassungen in ihrem Verhalten zur Bacteriologie. Bei der Häufigkeit des Eindringens des Pneumococcus in die Luftwege erscheint das verhältnissmässige seltene Eintreten der pneumonischen Erkrankung bei oberflächlicher Betrachtung auffallend. Die Erklärung ist aber leicht und einfach. Im normalen Zustande sind wir gegen die Virulenz des Pneumococcus sowie anderer Mikroorganismen gewappnet. Erst wenn die von uns als begünstigende Momente erwiesenen Umstände: Erkältung, Trauma, Mängel der eingeathmeten Luft, Ueberanstrengungen etc., die physiologischen Bedingungen stören, mittels welcher der Organismus dem schädlichen Eingreifen der Mikroorganismen widersteht, unterliegen wir deren Schädlichkeit. Die Experimente von PLATANIA, LIPARI, FRIEDLÄNDER, SERAFINI bestätigen diese Anschauung.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 13. Dezember 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. Nobl: *Ein Fall von Meningomyelitis luetica.*

(Autorreferat).

Vortragender stellt einen Patienten vor, an welchem die in jüngster Zeit vielfach hervorgehobenen und geltend gemachten ätiologischen und klinischen Beziehungen zwischen Syphilis und Erkrankung des Centralnervensystems in prägnanter, überzeugender Weise zum Ausdrucke gelangen; Patient bietet seitens des Nervensystems das bekannte Symptomenbild, das von ERB als luetische Spinalparalyse beschrieben, von OPPENHEIM als Meningomyelitis luetica gedeutet wird und ist ausserdem mit einem wohlausgebildetem, der Spätperiode der Lues entsprechendem Syphilide behaftet. Im Jahre 1870 an der II. Syphilis-Abtheilung des Allgem. Krankenhauses gegen eine Sclerose, Plaques im Munde und Exanthem durch fünf Wochen mit Inunctionen behandelt, will Patient bis vor vier Jahren frei von Recidiven gewesen sein; zu jener Zeit entwickelte sich an der Aussenseite des linken Unterschenkels eine Geschwulst, die innerhalb zweier Jahre, bis über faustgross wurde und sich schliesslich auf eine Jodkalimedication vollständig rückbildete (Gumma). Die gegenwärtigen Infiltrate entwickeln sich seit einem Jahre.

Man sieht am linken Vorderarm, an der Stirne und behaarten Kopfhaut, theils überhäutete, theils exulcerirte, isolirte und in serpiginösen Linien angeordnete gummöse Infiltrate, dabei besteht Alopecia, Psoriasis linguae, Leucoplakia buccalis und Auftreibung des Periosts längs der Tibien.

Seitens der Hirnnerven ist abgesehen von einer, durch anatomische Veränderung der Trommelfelle (Narbige Retraction mit Kalkauflagerungen) bedingten Abnahme der Hörschärfe, keinerlei Abweichung von der Norm constatirbar, ebenso sind die Sensibilitäts- und Motilitätsverhältnisse der oberen Extremitäten normal. Auffallend ist der hochgradig-spastisch-paretische Gang des Patienten, dabei besteht nur sehr geringe Muskelstarre, bedeutende Steigerung der Haut- und Sehnen-Reflexe im Bereiche der unteren Extremität, Herabsetzung der tactilen Sensibilität, Druckempfindlichkeit zwischen dem 7. und 11. Brustwirbel, bedeutende Blasen und Mastdarmstörungen und Erloschensein der Potenz. Diese Störungen sollen vor 6 Jahren mit Schmerzen im Rücken, die gegen die Beine ausstrahlten und Gefühl von Spannung in den Beinen begonnen haben, und nahmen mit deutlichen länger andauernden Remissionen, bis zur heutigen Intensität, stetig zu.

Patient wird einer energischen antiluetischen Behandlung (Injectionen von Ol. Cinereum-Lang und Jodkali intern) unterzogen werden und ist von einem Erfolge der Medication eine weitere Bekräftigung für den luetischen Charakter der Spinalaffection zu erwarten.

* * *

Prof. v. Schrötter: *Ueber Dextrocardie.*

Vortragender demonstrirt einen Mann mit vollständigem Situs viscerum perversus, bei dem auch eine Transposition der Testikel nachweisbar ist. ROKITANSKY nahm Letzteres für alle Fälle von Situs viscerum perversus an, doch stimmt dies nicht nach den Erfahrungen SCHRÖTTER's.

Wichtiger sind jene Fälle, wo eine ganz atypische Lageveränderung des Herzens allein vorkommt, welche sowohl angeboren, als auch durch pathologische Processe bedingt sein kann. Vortragender stellt hierbei einen Mann mit linksseitigem Pyo-Pneumothorax vor, bei dem der Herzstoss ausserhalb der rechten Brustwarze zu tasten ist.

Vortragender demonstrirt ferner ein Mädchen, bei dem das Herz in Folge Schwielenbildung, resp. durch Retraction so verlagert ist, dass man den Herzstoss in der linken Axillarlinie fühlt. An der normalen Stelle des Herzens findet sich vollkommen leerer Schall, da diese durch die linke Lunge ausgefüllt ist.

Häufig bleibt die Dextrocardie lange Zeit verborgen, bis sie durch Zufälligkeiten entdeckt wird. Ein häufiges Symptom soll die angeborene Cyanose sein.

Vortragender hat drei Fälle von angeborener reiner Dextrocardie beobachtet.

Vortragender demonstrirt nun einen jungen Mann, welcher selbst entdeckte, dass er sein Herz auf der rechten Seite habe und nun beabsichtigt, seinen Körper an das britische Museum zu verkaufen.

Vortragender demonstrirt zum Schlusse eine Frau, bei der ausser dem leicht constatirbaren Situs cordis transpositus noch eine bedeutende Stenose des Conus arteriosus pulmonalis besteht. KUNDRAT hat auch der Meinung Ausdruck gegeben, dass bei diesem Zustande oft weitere Verbildungen bestehen und dass man demnach bei der Diagnose sehr vorsichtig sein müsse, besonders wenn man einen reinen Fall von Dextrocardie gefunden zu haben glaubt. Da diese Fälle auch bei Krankenerscheinungen, sowie bei Superarbitrirungen von Wichtigkeit sind, so erheischen sie eine besondere Aufmerksamkeit.

Dr. Em. Mandl.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 20. November 1893).*

Dr. Jürgens: *Complication von Syphilis und Tuberkulose. — Perityphlitis.*

Dr. JÜRGENS demonstrirt Präparate von einem 53jährigen Manne, welcher vor längerer Zeit eine syphilitische Cur mit zahlreichen Recidiven durchgemacht hat. Während des 14 tägigen Aufenthaltes des Patienten in der Klinik ergab sich keine Klarstellung der Art des Leidens. Bei der Section fanden sich in den Lungen alte phthisische Veränderungen, ausserdem multiple Herde von Bronchitis chronica obliterans, wie sie bei Syphilitischen vorzukommen pflegen. Die Todesursache war offenbar eine tuberkulöse Pleuritis dextra. Es fand sich ferner eine syphilitische Erkrankung der Leber, sowohl an der Oberfläche, wie im Innern. Die Oberfläche des Darmes zeigte Veränderungen, wie sie sowohl bei syphilitischen wie bei chronisch verlaufenden tuberkulösen Processen vorkommen. Milz und beide Nieren zeigten neben zahlreichen Narben chronische interstitielle diffuse Erkrankung. Die Geschwüre im Darm sahen theils wie tuberkulöse aus, ringförmig mit kallösen Rändern und ausgefressenem Grund, sowie Wucherungen auf der Serosa. Andere Geschwüre zeichneten sich durch auffallend starke Retraction aus, wie bei alten syphilitischen Ulcerationen. Am Dünndarm war auffallend die Bildung von Wucherung der Geschwüre an den Rändern wie am Grunde weder gummöser noch tuberkulöser Art. Besonders bemerkenswerth waren endlich noch am Colon ascendens und trans-

*) Nach dem Berichte der «Deutschen Mediz.-Zeitung» Nr. 99. 1893.

versum zahlreiche polypöse Wucherungen von Erbsen- bis Kirschgrösse. Im Colon descendens apfelgrosse Tumoren mit blumenkohlartiger Oberfläche und ulcerösen Veränderungen. Oberhalb der Kloake des Rectums bestand eine Enteritis chronica polyposa. Der Fall zeigt, dass Syphilis, Tuberkulose und polypöse Wucherungen nebeneinander bestehen und bei schwerster Degeneration der Organe ohne Störungen allgemeiner Natur verlaufen können.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Verstopfung des Proc. vermiformis durch einen Gallenstein. Letzterer lag auf dem Peritoneum. In der Umgebung des Gallensteins war eine peritonitische Wucherung aufgetreten, so dass der Stein eingehüllt war. Diese Form der Perityphlitis wäre ohne weitere Complicationen zur Heilung gekommen. Am Schädeldach findet sich aber ausserdem noch eine Pachinische Wucherung, welche eine Perforation des ganzen Schädeldaches in Zweimarkstückgrösse herbeigeführt, auch einen Theil des Hirns und der Hirnhäute in Mitleidenschaft gezogen und zur Gehirnerweichung geführt hat.

* * *

Dr. Jacobsohn demonstrirt an dem Gehirn einer an Apoplexie verstorbenen 62jährigen Frau eine ganz abnorm ausgebildete Arteriosclerose sämmtlicher Gehirnarterien.

* * *

***Dr. Klemperer**: Epileptische Anfälle bei Aortenstenose.*

Dr. KLEMPERER demonstrirt einen Patienten unter Hinweis auf LEYDEN's kürzliche Bemerkung, dass in Folge stenotischer Verengerung der Ostien zeitweise Anämie des Gehirns und durch plötzliche Blutverarmung des Gehirns in der That epileptische Anfälle eintreten könnten. Patient war vor zwei Jahren bewusstlos auf der Strasse zusammengebrochen, erholte sich wieder und zeigte bei der Untersuchung ein systolisches Geräusch. Auffallend war der kaum fühlbare Puls und die ausserordentlich starke Bläse. Das systolische Geräusch war am auffallendsten an der Aorta. Keine Spur von Erweiterung des Herzens nach rechts, schwache Erweiterung nach links. Diagnose: Aortenstenose und durch Blutmangel des Gehirns Epilepsie. Patient hat seitdem mehrmals epileptische Anfälle gehabt, zuweilen auch nur langdauernde Ohnmachtsanfälle.

Dr. JASTROWITZ: Offenbar ist die Aortenstenose ein dauernder, die Epilepsie nur ein zeitweiser Zustand. Um letzteren auszulösen, müssen noch andere Momente hinzukommen. Welcher Art sind diese?

Dr. KLEMPERER glaubt, dass es besonderer Erregungen bedarf, so dass das Blut nach anderen Gefässgebieten strömt und das Gehirn anämisch wird.

Prof. GERHARDT hat bei Mitralstenose rhythmische Erweiterung und Verengerung der Pupille beobachtet.

* * *

***Dr. H. Neumann**: Geheilter Fall Addison'scher Krankheit.*

Der jetzt 57jährige Patient hat in seiner Jugend an Fieber, später an Recurrens gelitten. Am 7. April 1880 kam Patient in das Krankenhaus Moabit, wurde dort jahrelang beobachtet und später wiederholt controllirt. Patient gab damals an, dass er bis vor 14 Tagen vollkommen gesund gewesen und seinem Beruf als Kohlenträger nachgegangen sei. Dann wurde er täglich schwächer und suchte schliesslich das Krankenhaus auf. Auf dem Wege dorthin sank er bewusstlos zusammen. Als NEUMANN den Kranken zuerst sah, lag er in passiver Seitenlage da und gab nur auf lautes Befragen Antwort. Er befand sich in einem Zustande der äussersten Schwäche. An den inneren Organen keine Veränderung nachweisbar; am Herzen und in den Venen anämisches Geräusch; im Urin weder Eiweiss noch Zucker. Im Gesicht und am Oberarm leicht bräunliche Färbung, welche seit vielen Jahren besteht. An einzelnen Hautpartieen, besonders am Rumpf und am Oberschenkel, dunklere Flecken von ziemlich gleichmässig dunkel schwarz-braunem Aussehen. Besonders dunkle Nüancen am Hals, der Unterbauch-, Kreuz- und Analgegend. Lippen- und Wangenschleimhaut wie der harte Gaumen sind intensiv und dicht mit dunklen Flecken besetzt. Dagegen sind der harte Gaumen, Pharynx und Augenhintergrund nicht pigmentirt. Diagnose: Morbus Addisonii. Der Schwächezustand des Patienten war ein so hochgradiger, dass der Kranke erst im Januar nächsten Jahres anfing, mit Hilfe des Stockes einige Schritte bei schleppendem, vorsichtigem Gang zu gehen. Erst im März 1882 war Patient im Stande, den ganzen Tag ausser Bett zuzubringen. Am 20. Juni 1885 bemerkte Patient, dass er bei Bewegungen stark zu zittern begann. Objectiv zeigte sich mässige Herabsetzung der motorischen Kraft sowohl in den Armen wie in den Beinen, und selbst im Januar 1886 konnte Patient den Dynamometer nur bis auf 5—10 Theilstriche zusammendrücken. Erst im Beginn des Jahres 1888 konnte Patient wieder wie früher seine Kohlen tragen. Das Zittern war Jahre hindurch sehr ausgesprochen und ist jetzt noch in geringem Grade vorhanden. Sehnen-, Muskel- und Periostreflexe sehr ausgesprochen. Eine gewisse Erhöhung derselben hat sich bis jetzt erhalten. Sensibilität dauernd normal. Am 8. Juni 1885 Parästhesien in den Armen und Fingern, sowie Schmerzen in allen Gelenken.

Mehrere Monate bestand auch im linken Schultergelenk eine Entzündung, welche später ausheilte. Sinnes- und Brustorgane dauernd normal, ebenso wie die Verdauung. Niemals Diarrhöe oder Verstopfung. Urin zunächst ziemlich zahlreich, später spärlich. Appetit ganz vorzüglich; das anfängliche Körpergewicht von 54 *kgr* stieg bis zum Jahre 1885 auf 63 *kgr*. Gleichzeitig mit der Gewichtszunahme verringerte sich auch die Anämie. Anfänglich waren die Indikanmengen im Urin vermehrt, später kaum noch in Spuren nachzuweisen. Allmählich hat sich die dunklere Färbung der Epidermis abgestossen, die braune Nüancirung der Haut und die Pigmentirung der Schleimhaut sind geringer geworden. Auch die ausserordentlich heftigen Schmerzen, welche in der Gegend der unteren linken Rippen bis zum Intercapularraum bestanden, schwanden ganz allmählig bis zum März 1887. Seitdem wurden sie niemals mehr wahrgenommen. Seit $6^1/_2$ Jahren hat der Kranke sich wieder wohl gefühlt.

Ein Moment von allgemeinem pathologischen Interesse bilden die Ergebnisse der wegen der Anämie des Kranken angestellten Blutuntersuchungen. Beim Eintritt des Patienten in das Krankenhaus ergab die Blutmessung 2,020.000 rothe Blutkörperchen per Millimeter. Die Zahl derselben wuchs dann bis zum 20. Januar auf 5 Millionen und stieg bis Januar 1885 auf über 7 Millionen, um bis zum Januar 1886 auf die frühere Höhe zurückzugehen. Die weissen Blutkörperchen scheinen bei diesen Veränderungen nicht betheiligt gewesen zu sein. Die Polycytaemia rubra lag offenbar in der Regeneration des Blutes begründet. NEUMANN glaubt mit SAMUEL und WEIGERT, dass die Regeneration eine progressive Gewebsänderung in Folge der Proliferationsfähigkeit der Gewebe ist, und dass es schliesslich zu einer Luxusproduction kommt, welche später wieder abnimmt. Eine solche regenerative Hyperplasie des Gewebes ist auch von den Knochen und Muskeln bekannt, und ebenso von zahlreichen drüsigen Geweben nachgewiesen. Auch nach dem Gebrauch von Levico-Eisenwasser ist eine Ueberproduction an rothen Blutkörperchen und Polycytämie beobachtet worden.

Was die im vorliegenden Falle eingeschlagene Therapie anbetrifft, so wurde Patient mit dem constanten Strom, später vorübergehend mit Eisen behandelt.

Dr. G. LEWIN: Zur ADDISON'schen Krankheit gehört 1. die Bronzefärbung, 2. die Adynämie, 3. gastrische Erscheinungen. Letztere fehlen hier gänzlich, während LEWIN fast immer Erbrechen und Diarrhöe, abwechselnd mit Verstopfung gefunden hat. Ferner ist gewöhnlich keine Anämie, sondern Adynämie vorhanden. Die Bronzefärbung kann auch durch verschiedene Erkrankungen des Centralnervensystems hervorgerufen werden; es tritt Lähmung der Chromatoren oder Hypertonie der Haut ein. Man könnte also im vorliegenden Falle bei dem Mangel an adynamischen und gastrischen Zuständen daran denken, dass doch eine andere Krankheit als die ADDISON'sche vorliegt. Was die Heilung anlangt, so hat LEWIN unter 800 Fällen nur 4 Mal Heilung in Fällen constatiren können, welche nicht sehr ausgesprochen waren. Diese Patienten wurden durch roborirende Diät, Eisen und Chinin, merkwürdigerweise in einigen Fällen auch durch Quassia und grosse Gaben Glycerin geheilt. Besserung liess sich in 28 Fällen beobachten. Schliesslich

möchte LEWIN noch auf die glänzende, perlartige weisse Farbe der Conjunctiva bei Morbus Addisonii hinweisen.

Prof. GERHARDT: Krankheitsnamen haben im allgemeinen nur die Bedeutung von Schubfächern. Die Diagnose muss nicht darauf hinausgehen, ob Jemand die Krankheit hat, welche ADDISON beschrieben hat, sondern darauf, die anatomischen und physiologischen Veränderungen nachzuweisen. Bronzehaut mit Anämie und verschiedenen anderen Störungen kann durch länger einwirkende Erkrankung der Nebennieren hervorgerufen werden. Die Literatur lehrt, dass verschiedene Krankheiten der Nebennieren die Veränderungen bewirken können. Die allerhäufigste Ursache ist allerdings die Tuberkulose, ferner Carcinom der Nebennieren und endlich Blutungen in diese Organe, Momente, die offenbar hier nicht in Betracht kommen.

Dr. NEUMANN: Der Umstand, dass keine gastrischen Störungen vorhanden waren, kann die Diagnose nicht erschüttern. Die übrigen Erscheinungen waren so langwierige und so ausgesprochene, dass in der That an der Diagnose nicht zu zweifeln war. Im übrigen theilt LEWIN in seiner eigenen Arbeit eine ganze Anzahl von Fällen mit, in welchen Anämie bestanden hat. In LEWIN's Zusammenstellung finden sich im ganzen nur 10 Heilungen, von denen nur die letzten 4 gut beobachteten Fälle als wirkliche Heilungen gelten können; in einem Falle bestand die Heilung noch nach 2 Jahren fort, in einem anderen noch nach 24 Stunden. In Bezug auf die Frage, ob die Nebennieren in wirklichem Connex mit der Krankheit stehen, verweist Redner auf die von LEWIN constatirte Thatsache, dass in 2 Fällen von Morbus Addisonii gar keine Nebennieren, in 4 Fällen nur je eine Nebenniere vorhanden war. Auf Grund dieser Thatsache erscheint das Postulat der Erkrankung der Nebenniere in seiner Bedeutung für die ADDISON'sche Krankheit sehr geschwächt.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Klinik der Krankheiten der Harnblase und Prostata.

Nach den Vorlesungen im Hôspital Necker von **Prof. F. Guyon.**
Bearbeitet von **Dr. M. Mendelsohn.**
Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Der Namen GUYON, der auf dem Titelblatte des vorliegenden Werkes steht, verbürgt allein schon dem Buche weite Verbreitung, macht es aber andererseits begreiflich, dass man bei seiner Beurtheilung den strengsten Massstab anlegt. Das Werk zerfällt in 5 Abtheilungen. Dieselben handeln über die Geschwülste der Harnblase und ihre chirurgische Behandlung, über Prostatahyperthrophie, über die Cystitis und ihre einzelnen Formen, über Entzündung und Neubildung der Prostata und über «Ergänzungen und Einzelheiten» (Blutungen bei Harnverhaltung, Blasenausspülungen, Diagnose der Blasensteine, etc.). Schon aus dieser Eintheilung ersieht man, dass von einer vollkommenen Erschöpfung des ganzen Stoffes absolut nicht die Rede ist. MENDELSOHN hat nur eine Reihe von Vorträgen GUYON's über besonders wichtige Themen aus dem Gebiete der Urologie herausgehoben und dem deutschen Leserpublikum zugänglich gemacht. Die Art und Weise, in welcher wir den Stoff abgehandelt finden, ist eine von der gewohnten sehr stark abweichende. Ueberall finden wir für die Stellung der Diagnose die functionellen und subjectiven Symptome in den Vordergrund gerückt. Viele objective Untersuchungsmethoden werden gar nicht erwähnt oder ganz in den Hintergrund gestellt. Die Cystoskopie existirt für GUYON überhaupt nicht, ein gewiss nicht zu billigender Standpunkt. Bei der Diagnose der Blasensteine soll nach GUYON die Diagnose gestellt sein, ehe man ein Instrument in die Hand nimmt und die Untersuchung mit der Steinsonde soll nur einen bestätigenden Werth haben. Bekannt ist auch die interessante aber unbewiesene Auffassung GUYON's über die Natur der Prostatahyperthrophie als Ausdruck der Arteriosclerose.

Hervorhebenswerth erscheint es, dass GUYON auf Grund seiner grossen Erfahrung als Normalmethode für die Exstirpation der Blasentumoren den hohen Schnitt anerkennt. Bekannt ist ferner GUYON's Vorliebe für die Höllensteinbehandlung der Cystitis. Beherzigenswerthe Rathschläge gibt GUYON für die Ausführung der Blasenausspülungen, wie denn überhaupt der Vorzug des Werkes in der Verwerthung der praktischen Erfahrung des Autors liegt. Gleichzeitig gibt uns dieses Buch einen klaren Begriff von der diagnostischen Methodik GUYON's, einer sehr interessanten und lehrreichen Methodik, wenn sie auch jetzt zum Theil durch vervollkommnete Untersuchungstechnicismen obsolet geworden. Reiche Anregung wird aus GUYON's Werk jeder Arzt schöpfen und nicht nur der Anfänger, auch der Erfahrene wird es nicht ohne Gewinn lesen, wenn wir es auch aus den angegebenen Gründen nicht als Lehrbuch empfehlen könnten. Die Uebersetzung ist eine sehr gefällige. *J. S.*

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Für Aerzte und Studirende.
Von **Professor Dr. A. Wolff,**
Director der dermatologischen Klinik an der Universität Strassburg.
Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Mit dem vorliegenden Handbuche hat die seit Jahresfrist im Verlage ENKE's erscheinende Sammlung medicinischer Lehrbücher eine weitere Ergänzung und, wie wir gleich hinzufügen wollen, die fachschlägige Literatur eine bemerkenswerthe Bereicherung erfahren.

Der gewiss nicht leichten Aufgabe, ein kurzes Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten zu schreiben, das einerseits dem Lernenden zur ersten Einführung in das Studium der genannten Specialfächer dienen, andererseits dem Praktiker eine gewisse Sicherheit in der Diagnose und Behandlung gewährleisten und eine rasche Orientirung im wissenschaftlichen Materiale ermöglichen soll, versteht es Verfasser durch kurze, präcise und dabei doch möglichst anschauliche Schilderung der Krankheitsprocesse sowie auch durch eingehendste Berücksichtigung der Diagnostik und Therapie, bei Vermeidung aller weitführenden theoretischen und controversen Auseinandersetzungen, vollauf zu genügen und lässt sich wohl vorhersagen, dass sich das Handbuch in den Kreisen, denen es gewidmet ist, baldmöglichst einbürgern wird.

In der ersten Abtheilung des 627 Seiten starken Werkes finden sich die Hautkrankheiten abgehandelt, welche, ohne dass sich Verfasser an eine der gebräuchlichen Eintheilungen halten würde, doch hauptsächlich nach ätiologischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten gruppirt erscheinen. Bezüglich dieses Abschnittes müssen wir, bei aller Würdigung des vorzüglich praktischen Zweckes, doch der Bemerkung Raum geben, dass die Beschreibung der Anatomie zu kurz weggekommen ist, eine genauere Darlegung der den einzelnen Dermatonosen zu Grunde liegenden histologischen Verhältnisse hätte jedenfalls das Verständniss mehr gefördert und hätte dem Lehrzwecke mehr gedient, als dies von den in den Text gedruckten Abbildungen von Krankheiten und Instrumenten, sowie von der Beschreibung singulärer Beobachtungen und seltenster Affectionen zu erwarten ist.

Die zweite Hälfte des Buches ist der Pathologie und Therapie der Gonorrhoe, des venerischen Geschwürs und der Syphilis gewidmet, welche Krankheitsprocesse, vom streng dualistischem Standpunkte aus, eine den neuesten ätiologischen und bacteriologischen Anschauungen entsprechende objective und übersichtliche Darstellung erfahren. *Dr. G. Nobl.*

Krankendienst.

Von **Dr. med. Emil Guttmann.**
Mit 45 Abbildungen.
Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner). Leipzig 1893.

Vorliegendes Werkchen, in erster Linie für Krankenpfleger bestimmt, wird auch dem Arzte, namentlich dem Neuling in der Praxis, von Nutzen sein. Es enthält eine Fülle von praktischen Anweisungen, die sich auf den Krankencomfort beziehen und die angewendeten Heilmethoden auf's kräftigste zu unterstützen vermögen. Sie bilden das Kleingeld des Arztes, der auch in den kleinsten Handgriffen, die man auf der Hochschule zu erlernen kaum Gelegenheit findet, seine Superiorität dem Laien gegenüber erweisen soll. *M. N.*

Zeitungsschau.

Dr. Theilhaber (München): **Beziehungen gastrointestinaler Affectionen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.** (Münchener med. Wochenschrift Nr. 47 u. 48, 1893.)

Zwischen dem früheren Standpunkt aller nervösen Leiden der Frauen auf Erkrankungen der Geschlechtsorgane zu beziehen und dem entgegengesetzten der neueren Nervenärzte (neuestens von Prof. de GIOVANNI aus Padua in der Intern. klin. Rundschau 1893 Nr. 27 und folg. in seinem Artikel: «Gegen die chirurgische Behandlung der Neurosen» ausgesprochen) jeden Zusammenhang von Nervenkrankheiten und Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane zu leugnen, nimmt Verfasser eine vermittelnde Stellung ein.

Er gibt zu, dass schwere Neurosen bestehen können ohne Genitalerkrankung, dass in anderen Fällen die Beseitigung von bestehenden Genitalleiden ohne Einfluss auf ein vorhandenes Nervenleiden bleibt, sucht aber aus der reichen Literatur der letzten Jahre und aus eigenen Erfahrungen nachzuweisen, dass in vielen Fällen der von de GIOVANNI geleugnete Zusammenhang thatsächlich bestehe.

Arbeiten von FINKELNSTEIN, S. COHN und Anderen beweisen, dass die Menstruation, Schwangerschaft, besonders aber heftige Metrorrhagien die verschiedensten Augenkrankheiten erzeugen können (letztere selbst Amblyopie und Amaurose).

Von WEBER-Liel wurde der Zusammenhang zwischen Uteruserkrankungen und Affectionen des Hörorgans nachgewiesen.

Der Zusammenhang zwischen dem Hautorgan und Veränderungen an den Genitalien ist augenfällig: Auftreten von Pigmentationen während der Schwangerschaft, von Hauterkrankungen zur Zeit der Menstruation wie Urticaria, Acne etc. (HEBRA, STILLER, FRANK etc.)

Bezüglich des Zusammenhangs von Magen- und Darmerkrankungen mit der Affection der weiblichen Sexualorgane citirt Verfasser Arbeiten von KISCH (der eine eigene Krankheit «Dyspepsia uterina» aufstellt, LEYDEN, G. BRAUN, P. MÜLLER, PANECKI, KRETSCHY (der an einem 25jährigen Mädchen mit einer Magenfistel die Verlangsamung der Verdauung während der Menstruation nachweisen konnte).

Bekannt ist übrigens der Eintritt von Magenstörungen (Uebelkeit, Erbrechen u. s. w.) bei vielen Frauen kurz nach der Conception.

Verfasser selbst hat 45 Fälle, die ihm von Dr. CRÄMER (Specialist für Magen- und Darmkrankheiten in München) behufs Vornahme der gynäcologischen Untersuchung zugeschickt wurden, beobachtet und referirt hier über dieselben.

Alle Patientinnen waren lange vorher wegen Magenbeschwerden ohne Erfolg mit inneren Mitteln behandelt worden. 25 davon litten an Dyspepsia nervosa, 12 an Atonie des Magens, 2 an Catarrhus ventriculi, 2 an chronischem Darmkatarrh, 1 an Anaciclitas, 1 an Hyperchlorhydrie, 1 an Ulcus, 1 an Enteroptose.

Bei diesen Patientinnen ergab die gynäcologische Untersuchung Fehlen jeder Abnormität 4 Mal, Endometritis catarrhalis mit Verdickung des Uterusparenchyms 19 Mal, Endometritis hämorrhagica 4 Mal, Retroflexio und Retroversio uteri 10 Mal, Cophoritis 3 Mal, Parametritis posterior 2 Mal, abgelaufene puerperale Parametritis 1 Mal, Retroversio uteri anteflexi 1 Mal, kleiner Ovarialtumor 1 Mal.

Was den Zusammenhang der gynäcologischen Affection mit den Magen- und Darmbeschwerden betrifft, waren 3 Gruppen zu unterscheiden:

I. Bei einer Anzahl von Fällen war die gynäcologische Abnormität nur ein zufälliger Nebenbefund und nicht die Ursache der Magenbeschwerden. — Für den centralen Ursprung der vorhandenen Neurose (des Magens- und Darmtractus) sprechen folgende Momente:

1. Erbliche Belastung, verkehrte Lebensweise, Sorgen und Kummer, mangelhafte Entwickelung des ganzen Individuums, Erschöpfung nach schweren Krankheiten, protrahirte Lactation, rasch aufeinanderfolgende Schwangerschaften;

2. Bestehen nervöser Symptome schon in der Kindheit vor Eintritt der Periode;

3. Entstehen und Verschwinden der Beschwerden im Zusammenhang mit Gemüthserregungen;

4. Weiterbestehen trotz erfolgreicher Behandlung der Genitalorgane.

Für die Diagnose der «Reflexneurose» sprechen:

1. Frühere Gesundheit, Auftreten der Beschwerden gleichzeitig mit Genitalsymptomen (Metrorrhagie, Ausfluss etc.);

2. Eintreten der Verschlimmerungen kurz, vor oder während der Menstruation und bei stärkeren Blutungen;

3. Ausbleiben der Beschwerden während der Schwangerschaft und Lactation;

4. Auftreten von Magenschmerzen bei Berührung des kranken Organs (Uterus, Ovarien).

Eine absolut sichere Diagnose lässt sich in manchen Fällen erst aus dem Erfolg der Therapie stellen.

In der II. Gruppe von Fällen sind die gynäcologischen Beschwerden bedingt durch die Affection des Magen-Darmcanals. In Folge von Atonie des Darmes, Ansammlung von Gasen und Kothmassen kann eine Verlangsamung der Blutcirculation im Gebiete der Venacava inferior und hiedurch eine venöse Stauung im Uterus hervorgerufen werden, welche wieder zu Metrorrhagien, Dysmenorrhoe und Fluor Veranlassung gibt. Verfasser führt specielle Fälle als Beispiele hiefür an.

In einer III. Gruppe von Fällen ist das Uterusleiden die Ursache der Magen- und Darmstörungen.

Verfasser führt an: 4 Fälle von Dyspepsia nervosa mit gleichzeitiger Retroflexio uteri, welche durch Geraderichtung des Uterus mittelst Pessars vollständig geheilt wurden; weiters 2 Fälle von Dyspepsia nervosa mit Endometritis hämorrhagica, wo die Auskratzung des Uterus Heilung der jahrelang erfolglos behandelten Magenbeschwerden zur Folge hatte; dann 8 Fälle von Dyspepsia nervosa und Endometritis catarrhalis, geheilt durch Aetzung des Corpus uteri.

Weiter citirt Verfasser ausführlicher 3 Fälle von Atonie des Magens, wo durch erfolgreiche Behandlung verschiedener Genitalaffectionen (Erosionen am Cervix, Fluor etc.) vollkommene Heilung eintrat; dann einen Fall von profusen Magenblutungen, wo nach Heilung einer chronischen Metritis und Endometritis hämorrhagica die Blutungen cessirten, während die früher angewendete Ulcustherapie erfolglos gewesen war etc.

Verfasser stellt in Folge dieser Beobachtungen die Forderung, dass in allen Fällen von nervöser Dyspepsie, Darmatonie, Hyperacidität, Anacidität, periodischen Gastralgien bei Frauen, bei denen längere rationelle Behandlung nicht zum Ziele führt, eine eingehende gynäcologische Untersuchung (selbst erforderlichen Falls mit dem SCHULTZE'schen Dauertampon) vorzunehmen sei.

Bezüglich der Therapie bemerkt Verfasser, dass bei Patientinnen mit «labilem» Nervensystem allzuhäufig auszuführende Manipulationen an den Genitalien zu vermeiden seien, da man damit Schaden stiften könnte; dagegen sollte die Behandlung des Magen- und Darmleidens nicht vollständig unterbleiben, sondern die Heilung durch entsprechende Diät, alkalische oder salinische Wässer, in bestimmten Fällen (Darmatonie) durch Massage, Elektricität oder eventuell durch Hydrotherapie, Gymnastik, klimatische Curen befördert werden.

B. S.

Prof. Dr. E. Ponfick (Breslau): **Ueber Metastasen und deren Heilung.** Vortrag, gehalten in der Festsitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft am 25. October 1893. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 46. 1893.)

In dem zu Ehren von VIRCHOW's 50jährigen Doctorjubiläum gehaltenen Vortrage bringt Verfasser einen neuen Beitrag zu der von dem Altmeister der Pathologie begründeten Lehre von den Metastasen.

Diese entstehen nicht nur durch Verschleppung von Elementen des eigenen Körpers (theils einzelner Zellen wie bei den bösartigen Geschwülsten, theils ganzen aus Fetthaufen bestehenden Pfröpfen wie bei der Endocarditis maligna, den Fettembolien) sondern auch durch Ablagerung von dem Thierkörper völlig fremden Elementen den pflanzlichen Zellen der Mikroorganismen in den verschiedenen Körpergeweben.

Dieser letzteren dem Organismus feindlichen Eindringlinge sucht sich derselbe auf verschiedenen Wegen zu entledigen. — Von grösster Wichtigkeit sind hiebei die Nieren, wenn auch der Nachweis von Bacterien im Harn meist nur in solchen Fällen gelingt, wo neben multiplen Eiterherden im Körper auch gröbere Metastasen in jenen auftreten. — Trotz fehlenden solchen Herden kann jedoch bei im Blute kreisenden Bacterien eine Nierenreizung in Form von vorübergehender Albuminurie und Hämaturie stattfinden, wie sie Verfasser bei vorher ganz gesunden Menschen im Anschluss an Panaritien und kleinen Finger-Phlegmonen beobachtet hat. Man muss dann annehmen, dass die Bacterien (Eitercoccen) entweder in zu geringer Anzahl oder in abgeschwächtem Zustande in die Nieren gelangten. Bei länger dauernden Eiterungen können jedoch solche sich wiederholende Reizungen zur Entwicklung einer diffusen Nephritis führen. (Schon darum ist jeder noch so kleine Eiterherd, von chirurgischen Rücksichten ganz abgesehen, so bald als möglich zu beseitigen.

Nach des Verfassers Erfahrungen spielt aber bei der Wegschaffung der Bacterien aus dem Körper auch das Skelett eine sehr wichtige Rolle.

Ausser den bisweilen vorkommenden circumscripten subperiostalen Eiteransammlungen wurden nach Typhus, Scharlach, acutem Gelenksrheumatismus, Endocarditis, etc. über das ganze Skelett ausgebreitete Vorgänge von Knochenzerstörung beobachtet. Die Beinhaut erscheint in solchen Fällen in Folge von Wucherung der inneren Lamelle (VIRCHOW's sogenannte Proliferationsschicht) bis 1 *cm* dick, saftreich, fast gallertartig, vom Knochen leicht abziehbar. Der Knochen selbst zeigt besonders in dem Gebiet der Diaphyse, welches dem Intermediärknorpel benachbart ist, an der Oberfläche der Corticalis körnige und grubige Vertiefungen. — Diese Erscheinungen werden durch Einschleppung der Bacterien (Typhusbacillen, Streptococcen, Staphylococcen) in das Periost und den Knochen hervorgerufen.

Aber auch bei chronischen Infectionskrankheiten wie vor allem der Tuberkulose werden (wahrscheinlich nicht durch den Tuberkelbacillus sondern durch Mischinfection mit Staphylococcen und Streptococcen hervorgerufen) häufig ähnliche Vorkommnisse beobachtet.

Diese Schädlichkeiten finden an dem Skelett wachsender Individuen einen viel empfänglicheren Boden und da kann ein äusserer Anlass (z. B. eine Verletzung) diese plastische vasculöse Periostitis in eine eitrige umwandeln und auch Osteomyelitis zur Folge haben.

Kommen die beschriebenen Vorgänge zur Heilung, d. h. unterliegen in dem Kampf zwischen thierischen und pflanzlichen Zellen die letzteren in Folge ihrer geringen Anzahl oder ihres abgeschwächten Zustandes, so werden die gesetzten Verluste durch aus dem Mutterboden sich entwickelndes junges Gewebe ersetzt: es kommt zur Knochenneubildung, und zwar in Gestalt grösserer und kleinerer Lamellen von zuerst lockerer, später dichterer Beschaffenheit, stellenweise können sogar bedeutende Verdickungen entstehen.

Diese Verdickungen (Hyperostosen) finden dann ihre Deutung in der Beziehung zu der oft schon lange vorausgegangenen Infectionskrankheit. *B. S.*

Prof. Dr. von Mosengeil (Bonn): **Ueber Salipyrin.** (Deutsche Medizinal-Zeitung, Nr. 98, 1893.)

Mit Gebrauch des Salipyrins, das Verf. zuerst gegen Influenza vor $2^1/_2$ Jahren etwa empfahl, hat Verf. dauernd sehr gute Resultate in seiner Praxis erzielt und kann jetzt Folgendes constatiren:

I. Bei Influenza hat sich das Mittel als Specificum bewährt. Es muss jedoch, um absolut sicher za wirken, schon direct bei dem Auftreten der ersten Symptome gegeben werden; alsdann reichen gewöhnlich wenige Gaben und zwar schon kleinere Dosen aus. Bei ganz kleinen Kindern genügt $^1/_8$—$^1/_4$ *gr*; bei grösseren Kindern, bei solchen Patienten von wenig Gewicht und bei einzelnen, leicht auf Arzneien reagirenden Personen $^1/_2$ *gr*, bei kräftigeren und bei stärkeren Attacken, besonders aber, wenn der Ausbruch der Erkrankung schon seit einigen Tagen erfolgt ist, 1 *gr*. Jedoch sah Verf. nie, auch nicht bei täglich wiederholten Dosen von 2—3 *gr*, üble Nebenwirkung. — Als eine constante, aber angenehme Nebenwirkung möchte ich die nervenberuhigende und schlafbringende Eigenschaft des Salipyrins erwähnen, ferner den Umstand, dass sehr häufig Kopfschmerzen, auch solche, die durchaus nicht mit Influenza in ursächlichem Zusammenhange stehen, beseitigt werden. Es genügt dabei fast stets $^1/_2$ *gr*. (In mehrfachen Fällen von Migräne und solchen von periodischen Kopfschmerzen, die medicamentöser Behandlung, auch dem Phenacetin getrotzt hatten, half Salipyrin prompt.) — Verhältnissmässig am wenigsten Nutzen brachte Salipyrin in solchen Influenzafällen, bei denen in der Lunge kleine circumscripte pneumonische Herde sofort auftraten oder die Erkrankung latent war und sich nicht eher manifestirte, als bis die erwähnten, oft nicht leicht zu constatirenden, kleinen, multiplen Herde, die anfänglich besonders an den unteren Randpartieen der Lungen sitzen, sich später überallhin in derselben weiter verbreiteten. Sicher müssen hier öfter wiederholte grosse Dosen ($1^1/_2$—2 *gr* drei- bis viermal pro die) gegeben werden. Solange nur die Hauptsymptome der Erkrankung die Oberfläche der Respirationsschleimhäute betreffen, ist oft sehr schnelles Wirken des Mittels vorhanden. Jedoch muss Verf. dringend rathen, auch bei vorzüglicher Wirkung und schnellem Schwinden der Symptome, so dass anscheinend Heilung eingetreten ist, nicht mit dem Verabreichen des Mittels aufzuhören.

Ein fernerer Punkt muss noch betont werden: Vor und nach dem Einnehmen muss $1^1/_2$—2 Stunden lang nichts gegessen werden. Es schadet zwar meist nicht, aber das Mittel büsst, wenigstens bei den von Verf. principiell stets möglichst klein gehaltenen Dosen, an seiner Wirkung ein.

Tritt die Erkrankung mit heftigerem Fieber auf, so müssen grosse Dosen, 3—5 *gr*, Salipyrin gegeben werden, oder, was Verf. zweckmässiger fand, abwechselnd Chinindosen, besonders das leicht lösliche salzsaure, in ca. $^1/_2$ *gr*-Dosen. Verf. gibt dann Chin. mur. früh, Salipyrin abends. Da, wo Verf. nur einmal Salipyrin gibt, gibt er es besonders gerne abends.

Sogar gegen drohende Diphtheritis wurde es von Aerzten als Präservativ vorräthig zu halten und bei der geringsten Schleimhautaffection im Hals und Rachen sofort zu gebrauchen, verordnet. Die diphtherischen Infectionsstoffe haften bei erkrankter Schleimhaut viel leichter, sind, wenigstens wahrscheinlich, viel gefährlicher für sie, als für eine ganz gesunde, und gerade für catarrhalische Erkrankungen möchte Verf. dem Salipyrin den höchsten Werth als Heilmittel beilegen. Und von diesem Standpunkt aus soll es bei drohender Diphtheritis empfohlen sein.

Hier kommt Verf. zugleich zum II. Hauptpunkt; denn ganz vor allem empfiehlt Verf. das Mittel bei Erkältung und Schnupfen. Als Verf. seine ersten Beobachtungen über Salipyrinwirkung bei Schnupfen machte, geschah es im Anschluss an Influenzabehandlung bei anderen Patienten; sie geschah mittels Salipyrins, weil Verf. in der Influenzazeit in jedem Schnupfen eine Spielart oder einen Beginn von Influenza vermuthen konnte. Inzwischen sind aber enorm viele «Erkältungsschnupfen» in influenzafreien Zeiten mit Salipyrin erfolgreichst behandelt worden, und in manchen Familien wird Salipyrin bei jedem Falle von Erkältung sofort abends eingenommen; die sonst erfahrungsgemäss längere Zeit dauernden Erkältungen sollen dadurch meist in 1—3 Tagen völlig vorüber sein, ohne je besonders lästig zu werden. Viele haben Verf. versichert, dass nach Salipyringebrauch abends die Erkältung mehr zum Ausbruch käme und stets am anderen Morgen nach einer angenehmen Nacht verschwunden sei. Erfahrungsgemäss sei es sonst bei diesen Patienten ganz anders gewesen. Aber allgemein wird beobachtet, dass sofort beim Beginn des Auftretens von Erkältungssymptomen das Mittel zu nehmen sei, wenn es wirklich so überraschend wirken solle. Wäre ganz allein die Bekämpfung des Schnupfens möglich und seine Verbreitung in die Bronchien aufzuhalten, so verdiente schon Salipyrin den grössten Dank.

In einigen Fällen von sehr chronischem Stockschnupfen, der nur auf die Nase beschränkt blieb, empfahl sich Einblasen des Salipyrinpulver mit Inflator in die Nasenlöcher.

III. stellt Verf. Salipyrin bei Behandlung gewisser Formen von Rheumatismen sehr hoch. — Unter dem Namen des chronischen Gelenkrheumatismus werden jetzt verschiedene Formen von Gelenkerkrankungen zusammengefasst, die ätiologisch gewiss sehr verschieden sind, aber wegen gleicher Symptome in gewissen Erkrankungsbezirken auch gleich scheinen. Alle diejenigen multiplen Gelenkleiden, die sich als trophoneurotische Arthropathieen erweisen, meist sehr schleichend beginnen und von vornherein durchaus chronischen Charakter haben, scheinen Verf. weniger für Salipyrinbehandlung geeignet; aber die subacut und sehr plötzlich beginnenden. — Verf.'s Klientel ist in besonderer Weise durch Gelenkleidende ausgezeichnet, und es will ihm scheinen, als ob seit dem ersten Auftreten der Influenza vor einigen Jahren diese Art der multiplen, subacut beginnenden, und doch sofort chronische Symptome zeigenden Gelenkrheumatismen recht häufig geworden sei und sich in ihrem ganzen klinischen Bilde als eine besondere Art charakterisire. — Verf. hat dabei Fälle zu verzeichnen, die bei Gebrauch von salicylsaurem Natron allein gar keine, bei Hinzunahme von abendlichen grösseren Salipyrindosen (kleine haben hier gar keinen Effect) sehr schnelle Besserung zeigen, aber bei Aussetzen von Salipyrin, selbst wenn salicylsaures Natron weiter gegeben wird, directe Verschlimmerung aufweisen. Die sonst so wohlthätige mechanische Behandlung dabei, Einreibungen, und besonders methodisch richtig ausgeübte Massage können wohl Folgezustände, Steifigkeiten, synovitische und Kapselverdickungen beseitigen, aber Salipyrin ist hierbei Souveränmittel gegen die essentielle Erkrankung, Dabei fand Verf., dass bei der geeigneten Medication profuse Schweisse eintreten, so lange der Patient noch durchseucht ist, aber trotz Medication, wenn die Krankheit erloschen ist, schweissfreie Zustände, in beiden Stadien aber bei der Medication verhältnissmässig gutes Wohlbefinden vorhanden ist.

Als auffallend muss Verf. bemerken, dass nicht alle Salipyrinpräparate gleich gute Wirkung hatten; Verf. schien das vom ursprünglichen ersten Darsteller des Mittels, RIEDEL in Berlin, herrührende stets besser zu wirken.

E. Siemerling: Ein Fall von schwerer Neuropsychose, ausgezeichnet durch kongenitale Anomalien des Centralnervensystems. (Charité-Annalen XVII. Jahrg. — Centralblatt für klinische Medicin Nr. 37, 1893.)

Ein 45 jähriger Mann, ohne hereditäre Belastung, erkrankt Anfangs Jänner 1882 mit Gürtelgefühl, leichter Schwäche der Beine und Parästhesien. 17. Jänner plötzliche Lähmung der unteren Extremitäten; Retentio urinae. Nach einigen Tagen Besserung. Im März: Status: Motilität an den unteren Extremitäten herabgesetzt, leichte Sensibilitätsstörungen an den Unterschenkeln, dem Abdomen, Fingerkuppen. Kniephänomen links vorhanden, rechts nicht. Geringer Anfangswiderstand bei passiven Bewegungen im Knie- und Fussgelenk. Paradoxes Phänomen. Retentio urinae. Augenbewegungen, Augenhintergrund frei. Sprache normal. December 1882: Beweglichkeit der unteren Extremitäten stark herabgesetzt, Stehen unmöglich. Sensibilität: an den Unterschenkeln aussen gut, innen nicht. Störung des Muskelgefühls in den oberen Extremitäten. Vasomotorische Störungen. 1883: Retentio urinae. Beweglichkeitsbeschränkung der unteren Extremitäten, Sensibilitätsstörung hält an. April 1883: Ausbruch einer Psychose (Paranoia chronica). November: Leichte Beugekontraktur in den Kniegelenken bei hochgradiger Parese, 1884: Flexionscontractur nimmt zu. Unregelmässige, an den Extremitäten sich gabelig theilende Hemianaesthesia dextra: aussen gute, innen herabgesetzte Sensibilität. Koncentrirte Gesichtsfeldeinengung. Gehör, Geruch, Geschmack beiderseits herabgesetzt. Magnetversuch ohne Erfolg, 1885: Paradoxe Contraction auch im Kniegelenk. Subcutane Hämorrhagien. Zunehmender Kräfteverfall. 1886: Kniephänomen fehlt beiderseits. Beugecontractur hat noch zugenommen. Sensibilitätsstörung stationär. Jänner 1887: Tod in Cachexie. — Section: erheblicher Hydrocephalus internus, Meningitis chronica der Convexität. Ependymitis chronica des 3. und 4. Ventrikels. — Mikroskopische Untersuchung: Congenitale Anomalie am Opticus. Im Centralnervensystem sonst negativer Befund, ebenso im sympatischen. Leichte Veränderungen einzelner peripherischer Nerven und Muskeln (Inanition). Parenchymatöse, partielle Veränderung im Tibialis posticus.

In der an die Krankengeschichte sich anschliessenden ausführlichen Epikrise hebt SIEMERLING hervor, dass eine sichere Stellung der Diagnose nicht möglich war. Anfangs glaubte SIEMERLING an ein spinales Leiden, speciell an eine Sclerose der Medulla spinalis. Später neigte er mehr der Annahme einer blossen Neurose zu, die ja auch durch die Section bestätigt wurde. Der Fall unterscheidet sich von den 2 Fällen von Neurose, die seiner Zeit WESTPHAL beschrieb, und die unter dem Bilde einer multiplen Sclerose verliefen, durch das Fehlen jeglicher Störung der Sprache, der Augen und der Gesichtsmuskulatur, durch das Erlöschen des Kniephänomens und durch die Retentio urinae. In Bezug auf das Zustandekommen des paradoxen Phänomens hält auch SIEMERLING, wie bereits andere Autoren, dasselbe nicht als den Ausdruck eines palpablen, sondern functionellen Leidens des Centralnervensystems

---

Dr. S. Goldflam: Ueber einen scheinbar heilbaren bulbärparalytischen Symptomencomplex mit Betheiligung der Extremitäten. (D. Zeitschr. f. Nerv. IV. 312.)

Auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen und der in der Literatur verstreuten Befunde zeichnet GOLDFLAM ein neues Krankheitsbild, welches grosse Aehnlichkeit mit der Bulbärparalyse (DUCHENNE) zeigt, sich aber von dieser durch seine Entwicklung, den negativen anatomischen Befund und durch die Prognose unterscheidet. Zusammenfassend führt GOLDFLAM Folgendes an:

Es erkranken vorzüglich jugendliche Individuen, ohne bestimmte veranlassende Ursachen. Sensible Erscheinungen fehlen fast vollständig. Erkrankungen des gesammten motorischen Systems. Beginn in den Cerebralnerven, Ptosis, Augenmuskelparese, gewöhnlicher Beginn mit Kau-, Schling- und Sprachstörungen. Die Affection ist symmetrisch. Rapide Entwicklung, in wenigen Wochen Höhepunkt. Constant betheiligt sind: Facialis (II., III. der obere Ast nicht constant); motorisch Trigeminus, Glossophar; Vagus-Accessorius, oft Hypoglossus. Daher oft respir. Beschwerden, Dyspnoe, Herzklopfen, Temperatursteigerung.

An den Extremitäten leiden gewöhnlich die proximalen Theile. Am Rumpfe besonders die Hals-, Nacken-, weniger die Bauchmuskeln. Die Parese ist mehr eine erschöpfbare Schwäche, durch Functionsübung steigert sich dieselbe zur vollständigen Lähmung. Daher anamnest. die Angabe, dass der Zustand Früh besser ist, Abend am schlimmsten.

Charakteristisch ist die Labilität der Erscheinungen. Remissionen!

Gewöhnlich keine Muskelatrophie, keine fibrillären Zuckungen keine Entartungs-Reaction — Sehnenreflexe sind gewöhnlich gesteigert, Hautreflexe normal. Athemnoth bis zur heftigsten Dyspnoe ist in letalen Fällen die Todesursache. In vielen Fällen günstiger Ausgang. Trotz der raschen Entwicklung kann die Krankheit lange dauern (bis 4 Jahre).

Differentialdiagnostisch kommt in Betracht gegenüber der DUCHENNE'schen Bulbärparalyse: jugendliche Individuen rasche Entwicklung, frühzeitige Betheiligung der Kaumusculatur. Augenfacialis, Mangel der Atrophie nebst fibrillären Zuckungen, Entartungs-Reaction Die Eigenthümlichkeit der Parese. Schwankungen.

Zur Erklärung der Entstehung des Krankheitsbildes denkt GOLDFLAM an eine Toxinwirkung ohne nachweisbare anatomische Veränderungen.

Die hervorragendste Erscheinung der Erkrankung ist ihre Heilbarkeit, die mit dieser Annahme gut übereinstimmt. *R. Kolisch.*

Dr. F. Eschle: Beiträge zur Casuistik der syphilitischen Dactylitis.

Zu den seltensten Affectionen, die auf specifischer, luetischer Basis zur Entwicklung gelangen, ist die zuerst von CHASSAIGNAC im Jahre 1854 beschriebene Dactylitis syphilitica zu rechnen, deren genauere Kenntniss, in weiteren ärztlichen Kreisen erst durch die eingehende Arbeit LEWIN's vermittelt wurde (Charité-Annalen IV. 1879)

Lewin konnte in einer Beobachtungszeit von 15 Jahren, bei einem Materiale von jährlich 3—4000 Kranken in der Charité nur 6 einwandfreie einschlägige Fälle beobachten und vermochte diesen, aus der Gesammtliteratur nur 27 weitere Beobachtungen beizufügen. Verfasser vorliegenden Berichtes trachtet nun die Statistik dieser seltenen Erkrankungsform, durch vier eigene Fälle zu vermehren, deren Krankengeschichte in breitester Ausführlichkeit wieder gegeben wird; gelungen dürfte ihm dies jedoch nur mit jener der Beobachtungen sein, die als vierte angeführt erscheint und sich auf ein 8 Wochen altes abgemagertes Kind bezieht, bei welchem ausser der Fingeraffection noch andere manifeste Symptome von Syphilis (Plaques auf der Zunge, Condylome am After, etc.) zu verzeichnen waren. In den drei anderen Fällen erscheint die Diagnose weder klinisch scharf genug differenzirt, noch aber anatomisch begründet; so dass die gezogenen Schlussfolgerungen: dass nicht nur gummöse Neubildungen des Knochenmarks und des Periost's, sondern auch solche der Weichtheile Anlass zu den, unter dem Namen der syphilitica zusammengefassten Veränderungen geben können und dass die Dactilitis besonders, mit Hang zur Scrophulose resp. Tuberculose behaftete syphilitische Individuen befalle — höchst bedenklich erscheinen. *Dr. G. Nobl.*

Dr. H. Roger: Ueber den nervösen Chok. (Archives de Physiologie. 1893.)

Roger fasst die Resultate seiner (unter Mitwirkung Brown-Sequard's unternommenen) Versuchen in den folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Der nervöse Chok ist der Effect einer heftigen Erregung des Nervensystems, charakterisirt durch eine Summe von Ausfallserscheinungen (actes inhibitoires), von denen nur eine Herabsetzung des Stoffwechsels constant und unerlässlich ist.

2. Der nervöse Chok stellt si h um so leichter ein, je höher entwickelt das Nervensystem ist

3. Ursachen, die die Nervenerregbarkeit erhöhen (Aufregung, Kummer) prädisponiren zum Chok; solche, welche die Nervenerregbarkeit herabsetzen. (Narkose, Winterschlaf), erschweren das Auftreten des Chok oder vermindern dessen Intensität.

4. Die auslösenden Ursachen können in zwei Gruppen eingetheilt werden, je nachdem, ob sie direct auf das Centrum wirken, (Trauma, Gift) oder ob sie indirect auf dem Wege sensorischer, sensiblen oder der Eingeweidenerven einwirken.

5. Der Chok charakterisirt sich durch eine Reihe von Erscheinungen, die sich an allen Geweben, Eingeweiden und Secreten äussern. Das Hauptsymptom ist Herabsetzung des Stoffwechsels, mit consecutiver Verminderung der Kohlensäure im venösen Blut, Veränderungen der Respiration, der Circulation und der Hautfärbung.

6. Die Therapie hat die Herabsetzung der Körperwärme zu bekämpfen und die Kohlensäureproduction zu befördern. *J. S.*

Dr. med. Paul Klemm: Indicationen zur Operation der Perityphlitis. (St. Petersb. medic. Wochenschrift, Nr. 46, 1893.)

Der Verfasser kommt zu folgenden Schlusssätzen:

Wir operiren:

1. Bei der recidivirenden katarrhalisch-ulcerösen Perityphlitis im freien Intervall, womöglich nach dem I. Recidiv. Hier machen wir die Resectio Proc vermif.

2. Bei der perforirenden abscedirenden Perityphlitis, sowie die Diagnose des Abscesses feststeht.

3. Bei der diffusen perforativen Peritonitis durch Erguss in die freie Bauchhöhle.

Wir operiren nicht:

In Fällen typischer perityphlitischer Attaquen, wie sie der ulcerös-katarrhalischen Form eigen sind und als Paradigma dieser Erkrankung dienen können. *F.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

Original-Correspondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Berlin, Ende **November** 1893.

Die Aerztekammerwahlen. — Sieg der Standesvereine.

In Verfolg unserer Mittheilungen über die Vorbereitungen zur Aerztekammerwahl berichten wir heute über den weiteren Verlauf und Ausgang derselben.

Der Verlauf stellt einen bunten, fast hartnäckigen Wahlkampf dar.

* * *

Folgende Flugblätter und Programme mögen zur Illustration dienen:

Die in der allgemeinen Aerzte-Versammlung am 30. Mai ernannte Commission zur Vorbereitung der Wahlen zur Aerztekammer hat in Gemeinschaft mit dem Geschäfts-Ausschusse der Berliner ärztlichen Standesvereine die Grundsätze festgestellt, welche die Candidaten für die Aerztekammer anzunehmen sich verpflichten sollen. Dieses Programm ist zur allgemeinen Kenntniss der Aerzte gekommen. In demselben werden verlangt wahrhaft collegiale und liberale Anschauungen. Es huldigt dem Grundsatz, dass die ärztliche Interessen bearbeitenden Vereine allen Richtungen zugänglich werden und vor Allem weder auf politischem noch auf religiösem Gebiete unduldsame Bestrebungen unterstützen. Nur auf diese Weise wird es möglich werden, eine Vereinigung aller Berliner Aerzte herbeizuführen. Eine solche Vereinigung thut noth, um unsere ohnehin schwache Stellung dem Staate, den Gemeinden und nicht am wenigsten den Verbänden gegenüber zu kräftigen. Wir freuen uns der Erfolge, die bis jetzt erzielt worden sind, wir stehen fest auf dem Boden der freien Arztwahl, deren weiteren Ausbau zu fördern alle unsere Candidaten für ihre vornehmste Pflicht erachten. Aber nicht nur die freie Arztwahl wird die Kammer beschäftigen, sondern andere hochwichtige Aufgaben hat dieselbe zu erfüllen: Der Einfluss der hygienischen Massnahmen der communalen und socialen Verbände, die Betheiligung der Kammern bei der socialhygienischen und medicinalen Gesetzgebung, und vor Allem sind unsere diesmaligen Wahlen von besonderer Bedeutung, weil wir Männer brauchen, welche bei der Entwickelung der Organisation der Aerztekammern in wahrhaft liberalem und unserenStand förderndem Sinne hinwirken sollen. Hoffentlich wird es, nachdem der Wahlkampf beendet ist, gelingen, den Zwiespalt zu beseitigen, welcher jetzt die Aerzte Berlins in mehrere Lager theilt, und es jedem Arzte möglich machen, in denjenigen Aerzteverband einzutreten, zu dem er sich, sei es durch regionäre, sei es durch freundschaftliche Rücksichten hingezogen fühlt, indem der Wahlspruch aller Vereine wird: Hebung des ärztlichen Standes durch eigene Kraft und ernste Arbeit, Beseitigung aller den Stand schädigenden Ausschliessungen und Behinderungen der freien Entwickelung des Einzelnen. Die vereinigten Wahlcommissionen der Berliner ärztlichen Standesvereine.

* * *

Die zum Berliner Aerztevereins-Bund vereinigten Standesvereine Berlins erlauben sich Ihnen beifolgend eine Candidatenliste für die bevorstehende Aerztekammerwahl zu übersenden. Die Liste ist durch eine Vorwahl aufgestellt worden und haben Collegen aller Parteirichtungen, welche in den Berliner Standesvereinen, sowie ausserhalb derselben vertreten sind, Berücksichtigung gefunden.

Der Frage der Honorirung der Kassenärzte steht der Berliner Aerztevereins-Bund vollkommen neutral gegenüber, da seine Mitglieder beiden Richtungen angehören, es auch genug andere ärztliche Vereinigungen gibt, denen die Erledigung dieser Frage füglich überlassen werden kann. Die Aerztekammer wird hierauf wenig Einfluss haben und mehr berufen sein, sich mit anderen Dingen zu befassen. Allerdings kann der Berliner Aerztevereins-Bund nicht umhin, der bisherigen Art und Weise der Agitation seine Billigung zu versagen, da es hierbei zu Vorgängen gekommen

ist, welche als moralische Schädigungen des gesammten ärztlichen Standes aufgefasst werden müssen. Als unumgänglich nothwendiges Mittel zur Abwehr solcher Gefahren ist die Erweiterung der Disciplinargewalt über die Aerzte — in einer den ärztlichen Interessen genügenden und den ärztlichen Verhältnissen angepassten Weise — für die staatlich anerkannten Vertretungen, die Aerztekammern, anzustreben. Sobald dies geschehen, wird auch der Berliner Aerztevereins-Bund der Einführung der freien Arztwahl bei gleichzeitiger Einführung der Bezahlung der Einzelleistung sympathisch gegenüberstehen.

In Betreff der übrigen Fragen, welche den ärztlichen Stand angehen, wie Reform der ärztlichen Ausbildung, ärztliches Versicherungswesen, Unfallgesetzgebung etc., steht der Berliner Aerztevereins-Bund im Wesentlichen auf dem Boden der Beschlüsse des Deutschen Aerztevereins-Bundes. Wenn die Aerztekammern bei allen diesen Fragen den berechtigten Wünschen der deutschen Aerzte bisher nicht den genügenden Nachdruck haben verschaffen können, so lag dies weniger an den Aerztekammern selber, als an dem ihnen ungenügend verliehenen Einfluss auf die übrigen staatlichen Organe. Diesen Einfluss zu erreichen und somit die sociale Stellung des Arztes zu heben und zu fördern, halten wir für die vornehmste Pflicht der Kammern, wie Jedes Einzelnen.

In diesem Sinne wollen wir an die Aerztekammerwahlen herantreten! Der Vorstand des Berliner Aerztevereins-Bundes.

* * *

Standen sich doch im Wesentlichen 2 Principien gegenüber: das liberale und exclusive Princip. Das liberale Princip, vertreten durch die numerisch stärkste Gruppe (ca. 500 Mitglieder der sogenannten Standesvereine), bezieht sich auf wirthschaftliche Dinge (freie Arztwahl u. dgl.) und ethische Fragen (Zulassung jedes unbescholtenen Arztes zu den Vereinen u. s. w.), — während das exclusive Princip vertreten durch eine Gruppe von ca. 300 Aerzten (Aerztevereins-Bund) von der freien Arztwahl nichts wissen will, noch viel weniger aber von jenem liberalen Aufnahme-Modus. — Neben diesen beiden Hauptgruppen figurirten auf der Wahlstatt der Verein zur Einführung freier Arztwahl, mit ca. 150 Mitgliedern, welchem das Verdienst zugeschrieben werden muss, die Wege für die Durchführung der freien Arztwahl mit Geschick und Energie geebnet zu haben; er ist als Bahnbrecher aufzufassen und dürfte demnächst, da das Princip der Freiwahl vollends obsiegen wird, seine Mission erfüllt haben, falls er nicht neue sociale Aufgaben sich selber stellt. In letzterem Falle würde dieser Verein allerdings hinübergreifen in die Sphäre der sogenannten Standesvereine, welche, auf dem Boden der freien Arztwahl ebenfalls stehend, sämmtliche social-ärztlichen Angelegenheiten behandeln. Ob dies zu Nutz und Frommen der Gesammtheit geschähe, bleibe dahingestellt. Jedenfalls hätte das Eintreten dieses Vereins in den Wahlkampf, den ihm und den Standesvereinen gemeinsamen Gegner, dem Aerzte-Bund, leicht Vorschub leisten können, da durch seine Candidatenliste eine weitergehende Stimmzersplitterung zu gewärtigen war. — In letzter Stunde noch erschienen auf der Arena ca. 100 angestellte Aerzte, und der neutrale Verein der Friedrich-Wilhelmstadt mit ca. 50 Stimmen; beide mit selbstständigen Candidatenlisten.

Für den Fernstehenden muss dieses Bunt befremdlich erscheinen. Und doch ist es erklärlich für den Eingeweihten.

Der Kampf ist verständlich, wenn man ihn, — was uns Aerzten im Allgemeinen zu schwer wird, weil der Kampf ums Dasein ohne eine gewisse Gesichtsfeldtrübung nicht abgeht, — im Spiegel der socialen Bewegung im Allgemeinen betrachtet. Hier wie da hat das Ausbeutesystem die Geister entfesselt. Der materielle und ethische Druck des früheren Krankencassensystems hat die Aerzte zur Besinnung gebracht und auf den Weg der besten Hilfe, der Selbsthilfe geführt. Daher die grosse Theilnahme der Collegen, besonders der jüngeren, an den Bestrebungen der freien Arztwahl. Das zweite hauptsächliche Kampfobject, die liberale ethische Auffassung in Bezug auf die Zulassung der Collegen zu den Vereinen, ist als Theilerscheinung der grossen Bewegung ebenfalls verständlich, wenn auch nicht zu billigen. Wie draussen im grossen Getriebe Verhetzungen verschiedenster Art Unfrieden säen, so sind, wie wir schon früher anerkennen mussten, Funken dieser Art leider auch in die Aerztekreise hinübergesprungen. Eine kleine Gruppe von Vereinen, die sich zu dem oben erwähnten Aerztevereins-Bund zusammengeschlossen hat, secessionirte aus dem Verbande (Central-Ausschuss) der Berliner Bezirks-Vereine, weil ihnen der Aufnahme-Modus durch Ballottement nicht zugestanden wurde, während sonst der Aufnahmemodus durch eine Aufnahme-Commission üblich war. Daher der Streit. Scheinbar harmlos, musste er doch, Angesichts gewisser Vorkommnisse, Angesichts der exclusiven Tendenz, als ein fundamentaler Punkt unseres ganzen Vereinslebens aufgefasst werden.

Handelte es sich doch um nichts Geringeres als um ein System, Collegen erster und zweiter Classe zu schaffen! Das konnte und durfte vom Standpunkte wahrer Collegialität, nicht zugelassen werden. Und das hat bei den Wahlen mitgespielt, so dass die Standesvereine jeden Pakt mit dem Bunde bei der Aufstellung der Candidatenliste von vornherein ablehnten. Die Standesvereine haben damit dem Princip der Selbstachtung entsprochen. Das war nicht intolerant, wie von mancher Seite angenommen wurde, sondern nur recht und billig. Toleranz gegen Toleranz. Intoleranz gegen Intoleranz. Toleranz gegen Intoleranz ist keine Toleranz, sondern Schwäche.

Nach Alledem ist es, Dank noch der Rührigkeit der ad hoc gebildeten Wahlagitations-Commissionen, erklärlich, dass fast auf der ganzen Linie die Standesvereinler gesiegt haben. Fast sämmtliche Candidaten sind gewählt. Das bedeutet den Sieg des Liberalismus in der Berliner Aerzteschaft.

Möge dieser Sieg reichlich ausgenutzt werden! Möge die neue Aerztekammer in diesem Sinne wirken zum Wohle und Heile der Gesammtheit! Möge sie dazu beitragen, das gelockerte Band der Collegenschaft wieder fester zu knüpfen, nachdem jene exclusiven Elemente von jenem pathogenen Bacillus, der auf politischem und confessionellem Gebiete leider so reichlichen Nährboden gefunden hat, sich vollkommen frei gemacht haben werden! *K.*

Tagesnachrichten und Notizen.

Aerztliches Vereinsleben in Wien. Am 15. d. M fand unter dem Vorsitze Hofr. Prof. Billroth in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien eine administrative Sitzung statt, in welcher verschiedene Anträge des Verwaltungsrathes zur Discussion kamen. Die wissenschaftliche Verhandlung fand unter dem Vorsitze Prof. Hofmokls statt. Prof. Paltauf macht die Mittheilung, dass Prof. Escherich ihm geschrieben, dass er die von Rg.-Arzt Dr. Kowalsky beschriebenen Spirillen bei Cholera schon früher beobachtet habe. Prof. Weichselbaum weist ebenfalls nach, dass diese Vibrionen schon von anderen Beobachtern beschrieben wurden; die Zweifel, welche Rg.-Arzt Dr. Kowalsky gegen die Resultate der von ihm untersuchten Fälle von Cholera laut werden liess, müsse er entweder als einen Angriff gegen seine Wahrheitsliebe oder gegen seine Fähigkeit, Choleravibrionen zu erkennen entschieden zurückweisen. Er könne die Angriffe Kowalsky's deshalb nicht ignoriren, da die betreffenden Untersuchungen choleraverdächtiger Kranken und Leichen von der Behörde aufgetragen wurden. Solche Zweifel, wie sie Kowalsky laut werden liess, seien aber sehr geeignet, beim Laien Misstrauen zu erwecken, die Massnahmen der Sanitätspolizei zu erschüttern und die solide Basis, auf welcher diese aufgebaut sind, zu untergraben. Er müsse daher gegen die eigenthümliche Kampfesmethode Kowalsky's entschieden Einsprache erheben. Weichselbaum demonstrirt hierauf ein Darmpräparat, bei dem sich neben einer ausgebreiteten Polypose ein dreifaches Carcinom des Darmes findet, welches aus den Polypen hervorgegangen ist. Prof. Weinlechner, welcher diesen Fall in Behandlung hatte, liefert zu demselben das klinische Bild. Dr. Gustav Singer hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber den sichtbaren Ausdruck und die Bekämpfung der gesteigerten Darmfäulniss» (Vorläufige Mittheilung), wobei der Vortragende die Mittheilung macht, dass es ihm gelungen sei, mittels Menthol einige Hautkrankheiten (besonders Urticaria), welche mit dem Darme in Zusammenhang zu bringen sind, zu heilen. Der von Dr. Latzko angekündigte Vortrag: «Einfluss der Chloroformnarcose auf die Osteomalacie, musste, ebenso wie die Discussion über die Vorträge

Hofrath Billroth's (Aneurysmen) und Hofrath Nothnagel's (Gefässschmerzen) wegen der vorgerückten Zeit verschoben werden. Der ausführliche Bericht findet sich in der nächsten Nummer.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Berlin. Dem Privatdocenten der Gynäkologie, Dr. A. Martin, wurde das Prädicat «Professor» verliehen.

— London. An Stelle Sir Andrew Clark wurde Dr. Russel Reynolds zum Präsidenten des Royal College of Physicians gewählt.

* Paris. Der «nationale Congress für freie Ausübung der Medicin», von dem wir bereits neulich berichteten, hat unter anderem folgende Wünsche formulirt:

1. Freie Ausübung der Medicin unter dem alleinigen Schutz der allgemein giltigen Gesetze.

2. Unterdrückung der Monopolisirung der Medicin, da ja die Aerzte den Kranken die Heilung nicht zusichern könnten.

Man darf wohl hoffen, dass über diese humoristische Episode in der Entwicklung der Medicin ruhig zur Tagesordnung übergegangen wird.

* Paris. Auf den berühmten französischen Arzt Gilles de la Tourette wurde, wie aus den Tagesblättern bereits bekannt, von einer Frauensperson ein Revolverattentat verübt. Es handelt sich hiebei nicht, wie ursprünglich verbreitet wurde, um die That einer Hypnotisirten, sondern um die einer an Verfolgungswahnsinn Leidenden. Glücklicherweise befindet sich der ausgezeichnete Gelehrte bereits ausser jeder Gefahr.

— Preisaufgaben. Die hygienische Akademie von Katalonien hat 5 Preisaufgaben veröffentlicht, an deren Bearbeitung sich Autoren aller Länder betheiligen können.

1. Hygiene des weiblichen Geschlechts (higiene de la mujer).

2. Welche hygienischen Massregeln sind für die Volksschulen erforderlich? (condiciones higiénicas quehon de reunir las escuelas des linadás la primera ensenunza).

3. Ueber die Verbreitungsstoffe des Typhus und den Modus der Beseitigung. (medios de propagación de la fiebre tifoidea y menera de amularlos).

4. Welche Massregeln sollen die Behörden ergreifen zur Verhütung des Tuberkelcontagium? (medidas que deben tomar los municipias para evitar el contagio de la tuberculosis.)

5. Ueber ein beliebiges Thema (asunto libre).

Jeder Preis besteht in einer silbernen Medaille mit Bezeichnung des Namens und Titels des prämiirten Autors. Die Arbeiten müssen bis zum 15. Februar eingesandt sein an Sr. Dr. J. Queraltó, Ronda de San Antonio, 25 bis, pral., Barcelona. (Revista de med. y cirurgía prácticas). (Deutsche Medicinal-Zeitung Nr. 99, 1893).

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In Galizien sind in der Woche vom 5. bis 12. December in 4 zu 4 politischen Bezirken gehörenden Gemeinden 9 Personen an Cholera erkrankt, 6 Personen (darunter 2 Kranke aus früheren Berichtswochen) gestorben. Die im Bezirke Tarnopol constatirten 5 Erkrankungsfälle sind auf eine Einschleppung aus Zalozce im Bezirke Brody zurückzuführen. Im Gerichtsbezirke Kolomea wurde die Cholera als erloschen erklärt. In der Bukowina sind keine weiteren Cholerafälle aufgetreten. Aus Ungarn wurde für die Woche vom 22.—28. November wieder eine leichte Zunahme der Zahl der Choleraerkrankungen und Todesfälle gemeldet. Die Zahl der Gemeinden, in denen Cholerafälle auftraten, hat sich zwar vermindert, von 22 auf 14, die Zahl der Neuerkrankungen ist aber von 37 auf 45, jene der Todesfälle von 21 auf 26 gestiegen. In Bosnien-Hercegowina ist in der Woche vom 16.—22. November eine kleinere Zahl von Erkrankungen, eine grössere von Todesfällen an Cholera angezeigt worden, als in der Vorwoche, die Zahl der inficirten Gemeinden, um eine gestiegen. In 17 Gemeinden waren 57 (Vorwoche 61) Personen erkrankt, 33 (Vorwoche 27) gestorben. — Deutsches Reich. In der Woche vom 26. November bis 2. December sind im Stromgebiete der Oder in Gartz a. d. O., Gollnow und in einem Orte des Kreises Ueckermünde 5 Erkrankungen, 1 Todesfall, im Kreise Niederbarnim 2 Erkrankungen an Cholera festgestellt worden. — Italien. In Palermo, wo die Cholera angeblich bereits erloschen war, sind Ende November täglich 6—7 Personen an Cholera gestorben. Einzelne Fälle ereigneten sich auch in Bagheria nächst Palermo, ferner in mehreren Orten der Provinzen Caserta und Campobasso. — Russland. In den Gouvernements Kiew und Wolhynien ist die Choleraepidemie im Zurückgehen begriffen. — Rumänien. Cholerafälle sind in Rumänien nicht mehr vorgekommen. — Türkei. Im Monate November wurde die Zahl der in Constantinopel täglich vorgekommenen Cholerafälle auf 45—50 veranschlagt.

* Influenza. Wien. Die letzte Woche ist eine sehr grosse Anzahl von Erkrankungfällen zur Beobachtung gekommen; der Percentsatz der Todesfälle ist jedoch ein weit geringerer als bei den Epidemien der vorhergegangenen Jahre.

* Todesfall. Venedig. Dr. Engel Minich, Senator des Königreichs Italien, Redacteur der Rivista Veneta di Scienze mediche, ehemaliger supplirender Professor der Chirurgie an der Universität Padua. Er vermachte sein ungefähr auf 3 Millionen Francs sich belaufendes Vermögen grösstentheils der Accademia die Scienze lettre ed arte in Venedig. — In London starb an einer in Folge einer Verwechslung ihm gereichten Chloraldosis der englische Physiker John Tyndall, 73 Jahre alt.

* Eine Monatsschrift für praktische Wasserheilkunde und verwandte Heilmethoden (Mechano- und Elektrotherapie) wird unter Mitwirkung von Professor Eulenburg-Berlin, Professor Rosenbach-Breslau, Sanitäts-Rath Barwinski-Elgersburg und einer Reihe bekannter Hydropathen demnächst unter der Redaction von Dr. A. Krüche in München im Verlag von Seitz und Schauer daselbst erscheinen. Die Monatsschrift verfolgt den Zweck, durch Austausch praktischer Erfahrungen den Aerzten in Stadt und Land genaueren Einblick in die Verwerthung dieser wichtigen Heilfactoren zu geben. — Durch jede Buchhandlung, sowie direct vom Verlag sind Probenummern kostenfrei zu beziehen.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstelle in Rozniatów (Galizien). Dolinaer Bezirk, mit 15 Gemeinden, 541 Qu.-Kilom. Flächenausmass und 20.981 Einw. Gehalt 700 fl., Reisepauschale 400 fl. Gesuche sind bis 25. December 1893 an den Bezirksausschuss in Dolina einzusenden.

Districtsarztesstelle in Weldzirz (Galizien), Dolinaer Bezirk, mit 18 Gemeinden, 935 Qu.-Kilom. und 15.857 Einw. Gehalt 700 fl., Reisepauschale 400 fl. Gesuche sind bis 25. December l. J. an den Bezirksausschuss in Dolina einzusenden.

Districtsarztesstelle für den Sanitätsdistrict Treffen (Kärnten) mit dem Wohnsitze daselbst. Mit dieser Stelle ist eine jährliche Remuneration von 700 fl. und zwar 150 fl. aus dem Kärntner Landesfonde und 550 fl. von den Gemeinden nebst den übrigen durch das Gesetz vom 9. Februar 1884, L.-G.-Bl. Nr. 7, und der bezüglichen Gebühren-Vorschrift gesicherten Bezügen verbunden. Bewerber um diesen Dienstposten, mit welchem die Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke und die Einhaltung einer zweimonatlichen gegenseitigen Kündigunsfrist, sowie die monatlich einmalige unentgeltliche Armenordination in den Gemeinden Afritz, Feld und Arriach verbunden ist, haben ihre ordnungsmässig belegten Gesuche entweder unmittelbar oder im Wege ihrer vorgesetzten Behörde bis 20. Jänner 1894 an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Villach einzusenden.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 24. December 1893.** **Nr. 52.**

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen“** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern

Die Behandlung der Blepharitis, des consekutiven Ektropium post blepharitim und Ektropium senile, s. sarcomatosum.

Von

Dr. Fukala,

Augenarzt in Pilsen.

Die Behandlung der Blepharitis ist keineswegs so einfach und leicht, wie wir es in manchen ophthalmologischen Werken lesen; neben dem Trachom gibt es keine zweite Augenkrankheit, welche so lange jeder Behandlung trotzt, wie die Blepharitis; und wenn sie auch manchmal gekeilt zu sein scheint, so ist dies — gleich wie bei Trachom — in der Regel nur für kurze Zeit, indem das Leiden bald wieder ausbricht. So schleppt sich der Verlauf der Lidrandentzündung oft durch viele Decennien, selbst durch das Lebenlang hindurch, so dass zwar eine Besserung, doch nur selten eine dauernde Heilung eintritt. Die Blepharitis ist daher, wie FUCHS in seinem Lehrbuch sich ausdrückt, eine «eminent chronische Augenkrankheit». Worin die Ursache der Hartnäckigkeit zu suchen ist, kann nicht bestimmt werden. Wenn auch die Blepharitis oft keinen erheblichen Schaden an den Augen anrichtet, so trägt sie mindestens zur Entstellung sehr viel bei, indem man schon von der Ferne an den Betreffenden die rothen Ränder und das häufige Thränenfliessen merkt.

Gegenwärtig unterscheiden wir nur zwei Arten von Blepharitis, die geschwürsfreie, squammöse und die geschwürige, ulceröse Form. Bei der ersten erscheint die Haut um die Cilien bloss geröthet, stellenweise mit kleinen Schüppchen — squamma — bedeckt; bei der letzteren wird sie wund, man sieht um die Cilien seichte oder tiefe, mit Eiter und vertrockneten Krusten bedeckte Geschwüre. Beide Formen sind nur ein und derselbe Krankheitsprocess in verschiedenen Graden und können auch in einander übergehen. Die ältere Eintheilung der Blepharitis in glandularis, ciliaris, solitäre, tylöse, etc. hat keine einheitliche Grundlage, da sie sich entweder auf die verschiedenen Phasen eines und desselben Krankheitsprocesses, theils auf die am meisten in die Augen fallenden Symptome bezieht.

Bei der Behandlung spielt die 3percentige rothe Präcipitatsalbe die Hauptrolle seit jeher und wird als ein unfehlbares Mittel gerühmt. Dem ist jedoch nicht so, denn diese Salbe kann nur eine Linderung, aber keine wirkliche Heilung erzielen. Auch von der 1percentigen weissen Präcipitatsalbe muss man dasselbe aussagen, nur wirkt sie viel milder als die rothe. Einige Autoren halten die Lidrandentzündung für Ekzem der Lidhaut und wenden daher die HEBRA'sche Diachylonsalbe an, indem letztere auf Leinwand aufgestrichen und auf die Lider aufgelegt wird. (MICHEL, Lehrbuch der Augenheilkunde.) Bessere Erfolge habe ich von Bleiwasserumschlägen gesehen, wie selbe SCHWEIGGER gebraucht; es werden 10 Tropfen vom Plumbum acet. bas. sol. in eine Tasse Wasser hineingegeben und damit Umschläge 2—3 Mal, je eine halbe Stunde auf die zugemachten Lider applicirt. SCHIESS-GEMUSEUS und SAEMISCH [1]) untersuchten die Haarwurzeln epillirter Wimpern von Blepharitiskranken und fanden die Zwiebeln angeschwollen, die Wurzelscheiden und den Haarschaft in Mitleidenschaft gezogen; daher besteht ihre Therapie im Epilliren der Cilien, ähnlich wie bei Sykosis. Dieser Befund stimmt nicht ganz mit dem von WEICHSELBAUM [2]) überein; WEICHSELBAUM fand, dass bei intensiver ulceröser Blepharitis die Haarbälge sammt den Haarpapillen in ihren tiefer gelegenen Partien stellenweise ganz intact sind und nur secundär durch Uebergreifen des Entzündungsprocesses in Mitleidenschaft gezogen werden.

Das sicherste Mittel zur Bekämpfung einer jeden Blepharitis ist der miligirte Nitras argenti-Stift. Hiezu verwende ich nur die ganz dünnen, fein zugespitzten Stangen, indem ich die entzündete Partie mit demselben bestreiche; bei Blepharitis ulcerosa müssen vorerst die eingetrockneten Krusten mit warmem Wasser aufgeweicht und sorgfältig entfernt werden. Am nächsten Tag werden die schwarzen Krusten gleichfalls aufgeweicht und neuerdings mit dem Stift touchirt; die Procedur wird so lange fortgesetzt, als sich noch Spuren von Erkrankung des Lidrandes, d. h. Röthe oder Geschwüre vorfinden. Um die Schmerzen, die der Lapisstift verursacht,

[1]) SCHIESS-GEMUSEUS, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Auges, VIRCHOW's Archiv für pathologische Anatomie. Band 27, 1. und 2. Heft, Seite 132. — PAGENSTECHER, SAEMISCH und A. PAGENSTECHER, klinische Beobachtungen aus der Augenheilanstalt zu Wiesbaden. 2. Heft.

[2]) Archiv für Augenheilkunde. XXIII, S. 367.

zu mildern oder zu beheben, kann man vorerst den Lidrand mit einer 5—8percentigen Cocainlösung bepinseln; nach dieser Behandlungsweise habe ich meist dauernde Heilung jeder Form von Blepharitis gesehen. Bei manchen Formen von ulceröser Blepharitis Erwachsener mit consekutiven Hornhautgeschwüren und intensivem Bindehautkatarrh, welche durch die erwähnte Methode nicht zu heilen waren, habe ich schnelle und dauernde Heilung durch Abtragen der äusseren Lidkante erzielt [3]).

(Fortsetzung folgt.)

Arthritismus und nervöse Diathese.*)

Von

Dr. Ménélas Sakorrhaphos, Athen.

(Fortsetzung und Schluss.)

Wir theilen somit den Gang des Arthritismus in drei grosse Perioden ein.

A. Periode der dynamischen Störungen.

Diese ist vom klinischen Standpunkte durch verschiedene leichte und flüchtige krankhafte Zustände charakterisirt, und vom pathologisch-anatomischen Standpunkte dadurch, dass sie gar keine sichtbare Spur zurücklässt. Hierher gehören die localen Spasmen, die allgemeinen Convulsionen, der spasmodische Husten, die incontinentia urinae nocturna, die leichten psychischen Störungen u. s. w.

B. Periode der grossen Ernährungsstörungen.

Diese Periode umfasst alle diejenigen Krankheiten, die Prof. Bouchard unter dem Namen der Erkrankungen durch Verlangsamung der Ernährung beschrieben hat; überdies gehört hierher die Arterio-Sclerose als die schwerste unter den Ernährungsstörungen.

C. Periode der individuellen Degeneration. (Hysterie, Epilepsie, Dementia und andere Psychosen.)

In dieser Periode trifft man hauptsächlich die reinen Nervenkrankheiten an. Der Verlauf des Arthritismus ist ein langsamer und progressiver, und er schliesst nach vielen Jahren mit der früher genannten nervösen Diathese ab, und da das Leben eines Menschen für die ganze Evolution dieser Krankheit nicht genügt, so pflanzt sich dieselbe auf dem Wege der Heredität weiter fort. Wir theilen jetzt in Kürze einige der diesbezüglichen klinischen Beobachtungen, die wir zu machen Gelegenheit hatten, mit.

Beobachtung Nr. 1: Drei Generationen. Familie Z. Der Grossvater: kahlköpfig, Rheumatiker, leidet an Hämorrhoiden und Arterio-sclerose. Die Grossmutter leidet an Adipositas. Aus dieser Ehe werden zwei Kinder geboren, von denen das eine, jetzt 55 Jahre alt, Tabiker ist; das andere, 45 Jahre alt, ist Hemiplegiker in Folge einer Hirnhämorrhagie. Der erstere litt in seiner Jugend an Epistaxis und an Migräne. Gegen das 25. Lebensjahr war er bereits kahl, gegen das 40. Lebensjahr traten bei ihm die ersten Symptome der Tabes auf. Er hatte niemals an Syphilis gelitten. Jetzt ist er vollkommen gelähmt. Seine Arteria temporalis und radialis sind geschlängelt und hart. Der Puls bietet Intermittenzen dar.

Dieser Kranke heirathete eine gesunde Dame, aber es entsprangen dieser Ehe keine Kinder. Der andere Bruder, der Hemiplegiker, der gleichfalls geheirathet hat, ist im Besitze eines Kindes, jetzt 18 Jahre alt, das in seiner Kindheit an Convulsionen litt. Jetzt ist dieser Kranke Epileptiker, und seine Intelligenz lässt viel zu wünschen übrig.

Beobachtung Nr. 2. Drei Generationen. Familie N. Von Seiten des Grossvaters keine ganz ausgesprochenen Angaben. Die Grossmutter, die vor 5 Jahren starb, litt an Migräne und an Hämorrhoiden. Später, im Alter von 30 Jahren, stellte sich Adipositas mit vorübergehender Glycosurie ein. Im Alter von 40 Jahren trat bei ihr ein Epitheliom der Brust auf, welches von Prof. Nélaton operirt wurde. Sie starb in Folge urämischer Unfälle. Diese Dame hatte zwei Kinder, von denen das eine ungefähr im Alter von 50 Jahren starb. Dieser Kranke litt in seiner Jugend an Migräne. Im Alter von 40 Jahren wurde er von allgemeiner Arterio-Sclerose mit Localisation in den Nieren und im Herzen ergriffen und er starb in Folge eines Anfalles von Asystolie. Er heirathete eine Dame, die an Obesitas und an convulsivischen Zuckungen litt, bekam einen Sohn, der während seiner Kindheit zu wiederholten Malen an Convulsionen gelitten hatte, und der jetzt, im Alter von 20 Jahren, hysterisch ist. Man beobachtet an ihm: Hysterisches Schreien, Einengung des Gesichtsfeldes, Fehlen des Pharynx-Reflexes und hysterogene Punkte, die über mehrere Gegenden des Körpers verbreitet sind.

* * *

Diese zwei Beispiele sind bemerkenswerth durch den Umstand, dass sich der Arthritismus auf eine progressive Art entwickelt hatte und nicht coupirt wurde, und zwar aus Gründen, die wir jetzt zu studiren haben werden. Wir müssen noch hinzufügen: wenn man nicht allüberall denselben progressiven Verlauf beobachtet — die langsame Evolution, die aber leider zur nervösen Diathese führt, wenn — mit einem Worte — Kinder, die von denselben arthritischen Eltern abstammen, nicht dieselben klinischen Bilder darbieten, oder sogar, wie es fast immer geschieht, ausgesprochenere Erscheinungen, als die Eltern — so kommt dies auf Rechnung anderer Momente. Dieser Umstand erklärt sich wie folgt. Wenn eine Ehe zwischen zwei Leuten geschlossen wird, welche beide in gleich ausgesprochener Art hereditär belastet sind, so wird aus dieser Combination ein Wesen resultiren, welches von seinen Eltern dasselbe klinische Bild erben wird, oder — und das ist die gewöhnliche Erscheinung — einen pathologischen Zustand, der ausgesprochener ist, als der seiner Eltern. Diese letztere Angabe wird auch durch zahlreiche klinische Beobachtungen bestätigt. Prof. Dieulafoy hat den Einfluss der Heredität auf das Hervorbringen der Gehirnhämorrhagie beobachtet. Ueberdies hat er beobachtet, dass der Abkömmling solcher Individuen von derselben Krankheit in einem viel weniger vorgerückten Alter, als seine Eltern, ergriffen werden kann. Diese treffende Beobachtung von Prof. Dieulafoy weist ganz deutlich darauf hin, dass die neue Rasse, die aus den Arthritikern hervorgeht, viel weniger den verschiedenen pathologischen Ursachen widerstehen, und dass die Vitalität der Zellen, welche den Organismus zusammensetzen, in Folge der hereditären Belastung eine geschwächte ist. Diese neue Rasse muss um so frühzeitiger altern, als der Schwächungsvorgang rapider vor sich geht, und die Schwäche macht sich durch die grossen Ernährungsstörungen bemerkbar und erreicht zumeist in Sclerosirungsvorgängen dystrophischer Art oder in psychischen Affectionen ihren Höhegrad.

Man kann den graduellen Verlauf der arthritischen Diathese verfolgen, indem man dieselbe in der genannten nervösen Diathese bei der israelitischen Rasse ihren Höhegrad erreichen sieht. Die Juden, die in Folge ihrer Religion unter einander heirathen, sind zum grössten Theile Arthritiker. Die Gicht, der Diabetes, die organischen Nervenkrankheiten, die Neurosen und Psychosen sind bei ihnen wohl bekannte Krankheiten.

Man kann dem Verlaufe des Arthritismus Einhalt thun, und zwar durch das Eingehen einer Ehe, bei welcher der eine der Eltern einen solchen pathologischen Zustand nicht aufweist, und in diesem Falle wird die neue Generation die Dystrophie nicht in demselben Grade darbieten. Hygienische Massregeln, die man frühzeitig ergreift, genügen sehr oft, um dem verhängnissvollen Verlaufe der Krankheit Einhalt zu gebieten. Die Frage betreffs der äusseren Lebensverhältnisse muss somit auch stark in Betracht gezogen werden. Bei der normalen Heredität sieht man genau dasselbe Gesetz vorherrschen, und da die normale Heredität eine Einheit darstellt, so muss auch die pathologische Heredität, da sie nur eine einfache Abweichung des normalen Typus repräsentirt, denselben Gesetzen folgen,

[3]) Siehe Schweigger's Archiv für Augenheilkunde. XXIII, S. 364.
*) Siehe »Internationale Klinische Rundschau« Nr. 51, 1893.

i. e. auch eine Einheit darstellen. Wenn ich sage, dass dieses und dieses Individuum scrophulös oder rhachitisch, arthritisch oder nervös ist u. s. w. u. s. w., so verbinde ich damit die Vorstellung der pathologischen Heredität, von der Thatsache ausgehend, dass alle diese Krankheiten hereditär sind. Wenn man nun zugibt, dass alle diese krankhaften Zustände unter einander sehr verschieden sind, so könnte man glauben, dass man sich gezwungen sieht, mehrere pathologische Hereditäten anzunehmen.

Beobachtet man doch bei den acuten Affectionen eine und dieselbe Krankheit unter sehr verschiedenen klinischen Bildern und Typen, und dennoch hat man immer die Vorstellung der Einheit.

Nehmen wir die Pneumonie zum Beispiel. Das pneumonische Fieber wird sich bei jedem Individuum verschieden entwickeln, bei einem jungen Individuum anders, als bei einem Greise, bei einem cachektischen anders, als bei einem gesunden u. s. w. u. s. w., und dennoch kann nichts an der Einheit dieser Krankheit etwas ändern Warum sollte man also in den Fällen der diathetischen Krankheiten nicht dieselben Gesetze erblicken und sagen, dass alle diese Krankheiten nichts Anderes seien, als der Ausdruck eines und desselben krankhaften Zustandes, einer und derselben Diathese? Untersuchen wir, warum dieses und dieses Individuum von Gicht, von Diabetes, von Obesitas, von Tabes oder von allgemeiner Paralyse u. s. w. u. s. w. befallen wird, so wird es, glaube ich, sehr schwer sein, eine Erklärung dafür aufzufinden. Die Klinik und die pathologische Anatomie führen uns allein zu folgendem Raisonnement. In der ersten Kategorie von Krankheiten besteht ein Ueberschuss von Materie in Folge einer Störung in der normalen Function der Ernährung; in der zweiten Kategorie findet sich eine viel eingreifendere, eine unvertilgbare Störung — die Sclerose, die überall dieselbe ist.

Mit einem Worte, wenn ein Individuum, das von arthritischen Eltern abstammt und das von Arterio-Sclerose mit Localisation in den Nieren oder im Herzen ergriffen wird u. s. w. u. s. w., als ein arthritisches Individuum betrachtet wird, so muss ein anderes Individuum, dessen Sclerose sich im Rückenmark oder im Gehirn localisirt hat, auch als solches betrachtet und nicht mit dem Namen eines «nervösen» Individuums getauft werden, wenn man mit diesem Namen die Vorstellung einer besondern Diathese verbindet. Eine entsprechende Aetiologie findet man auch beim Alkoholismus. Leute, die von Alkoholikern abstammen, sind zumeist mit Nervenkrankheiten hereditär belastet, nämlich mit denjenigen Krankheiten, die man in der letzten Periode des Arthritismus beobachtet.

Der Alkohol beschleunigt nicht blos den Verlauf des Arthritismus, sondern lässt ihn dort entstehen, wo er nicht existirte. Wir denken dabei an ein sehr schlagendes Beispiel, an einen Fall betreffend einen Arzt, 50 Jahre alt, der Alkoholiker ist. Derselbe heirathete eine gesunde Dame, er besitzt drei Kinder, darunter ein Mädchen, 14 Jahre alt, das an Migräne und Chlorose leidet und das andere Kind, ein Knabe im Alter von 10 Jahren, leidet an nächtlichem Schreck und an incontinentia urinae. Der Vater, abgesehen von seinen Excessen in Baccho, leidet an Migräne und an Hämorrhoiden.

Beobachtet man nicht bei der ärmeren Bevölkerungsclasse, wo ein Missbrauch mit Alkohol schlechter Qualität getrieben wird, wie der Arthritismus seinen graduellen Verlauf nimmt, zu den schwersten klinischen Symptomen Veranlassung gibt? Sind die Arthritis deformans, die generalisirte Arterio-Sclerose und die Krankheiten des Nervensystems in diesen Fällen keine häufigen Erscheinungen? Ueberdies kann man sagen, dass die Lungentuberkulose das natürliche Ende des Alkoholikers darstellt. Dieselbe Krankheit wurde von Professor Charcot in der Salpêtrière bei den chronischen Rheumatikern beobachtet. Dr. Lancereaux hat dieselben Beobachtungen gemacht und Dr. Grasset hat das häufige Vorkommen der Lungentuberkulose bei den Hysterischen beobachtet. Die alkoholische Diathese bietet analoge Erscheinungen wie die anderen Diathesen dar, und zwar derart, dass man sich die Frage vorlegen kann, ob diese Intoxication nicht damit endigt, dass sie zur selben Diathese wird, trotz des Umstandes, dass dies von manchen Autoren bestritten wird, von Autoren, welche behaupten, dass der Alkoholismus eine Diathese für sich, eine besondere Rasse bildet. Man kann sagen, dass der Arthritismus — und unter diesem Namen fassen wir auch die nervöse Diathese zusammen — einigermassen die menschliche Rasse in ihrem Verfalle darstellt und dass sie das Indicium des Endes der Generationen sei, gerade so wie eine acute Krankheit dem Leben eines einzelnen Individuum ein Ende bereitet.

Der Arthritismus ist nichts Anderes als eine chronische und dauernde Abweichung des normalen Typus der Ernährung. Der Organismus in seiner Gänze wird durch diese Störung in Mitleidenschaft gezogen durch eine Störung, die wenigstens im Beginne nicht stark genug ist, um das Leben eines Individuums zu zerstören. Nach und nach gewöhnt sich der Organismus an diesen modus vivendi, die Zellen, die ihn zusammensetzen — und unter ihnen die Spermatozoën oder die Ovula — gehen Veränderungen ein, und da diese Veränderung im Organismus während einer langen Zeit besteht, so wird dieselbe zu etwas Gewohnheitsmässigem und als solches pflanzt sie sich auf dem Wege der Heredität weiter fort, und da der Arthritismus überdies eine Nervenkrankheit darstellt, so ist er speciell für die Heredität geeignet.

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

(Fortsetzung und Schluss.)

Der peroneale Typus der Muskelatrophie.

Bevor ich meinen Vortrag abschliesse, muss ich noch einige Bemerkungen bezüglich gewisser Typen der atrophischen Paralyse machen, deren Stellung unter den Amyotrophien noch immer sub judice ist. Ich meine in erster Linie den klinischen Typus der Muskelatrophie, der zuerst von Charcot und Marie in Frankreich und von Tooth in England unter dem Namen des «peronealen Typus der Muskelatrophie» beschrieben wurde.

Diese Affection scheint all' die Charaktere, die zu allen Formen der Amyotrophie gehören, in sich zu combiniren. Sie ähnelt den myopathischen Atrophien durch den Umstand, dass sie eine Krankheit des Kindesalters und auch hereditär ist; sie ähnelt der neuropathischen Form durch das gelegentliche Vorhandensein von Schmerz, Krämpfen und anderen sensorischen Störungen; und sie ähnelt sowohl der neuropathischen als auch der myelopathischen Form durch das Vorhandensein von fibrillären Zuckungen und durch die Entartungsreaction in den afficirten Muskeln. Dieselbe beginnt in den untern Extremitäten — in den meisten Fällen nach Tooth in den Peronei, aber die Beobachtungen von Hoffmann [1]) und Sachs [2]) machen es wahrscheinlicher, dass der erste Beginn dieser Krankheit die inneren Muskeln des Fusses betrifft, von wo sie sich entweder auf die Gruppe der vorderen Tibialismuskeln oder auf die Muskeln der Waden ausbreitet.

Die atrophische Paralyse resultirt schnell in einem doppelten Klumpfusse, der ein so charakteristisches Zeichen dieser Krankheit bildet. Die Atrophie greift nach oben auf die Muskeln des Oberschenkels, und zu einer sehr frühen Zeit ergreift sie auch sehr häufig die inneren Muskeln der Hände und des Vorderarms, in derselben Art wie der Typus Aran-Duchenne bei der progressiven Muskelatrophie. Es stehen noch

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42–45, 48, 50, 1893.

[1]) Archiv für Psychiatrie. Vol. XX. 1889.

[2]) Brain, Vol. XII. 1889.

immer Untersuchungen nach modernen Methoden über die wirkliche anatomisch-pathologische Grundlage dieser Affection aus; aber es werden gewisse Beobachtungen von VIRCHOW und FRIEDREICH betreffend Fälle, die zu diesem Typus gehören sollen, angeführt, um darzuthun, dass es sich hier um Veränderungen in den peripheren Nerven handelt, und zwar von dem Charakter der interstitiellen Neuritis mit entsprechenden Veränderungen in den Muskelfasern; in diesen Fällen lag auch eine Degeneration der hinteren medianen Stränge des Rückenmarks vor.

In Ermangelung beweiskräftiger Thatsachen bezüglich der genauen Beschaffenheit der Vorderhörner bei dieser Affection sind wir vorderhand gezwungen, uns hauptsächlich mit Speculationen über die Pathologie dieser Krankheit zu begnügen. Der Nachweis der Veränderungen in den peripheren Nerven, als wie auch das wirkliche Auftreten von sensorischen Störungen unterstützten in hohem Grade die neuropathische Theorie, die von TOOTH vertreten wird.

* * *

Es kommen jedoch Fälle vor, wie sie von HERRINGHAM [3]), SACHS [4]) und TOOTH [5]) selbst mitgetheilt wurden, in denen die sensorischen Störungen oder irgend welche Störungen, die man gewöhnlich bei der Neuritis antrifft, gänzlich fehlen, die aber, — was die Krankheitsgeschichte und die anderen Symptome betrifft — dem in Rede stehenden Typus entsprechen. Die Art des Beginns in den kleinen Muskeln des Fusses und das successive Ergreifen der Muskeln des Beines scheint mir weniger im Einklange mit einer peripheren Neuritis, als mit einer Degeneration des untern Theiles der Lumbaranschwellung des Rückenmarks, die allmälig nach aufwärts schreitet, zu stehen. Dieses Moment wird auch durch die Art und Weise, auf welche diese Affection endlich die oberen Extremitäten ergreift, unterstützt.

Selbst, wenn die Untersuchungen in der Zukunft ergeben sollten, dass sich in den Vorderhörnern keine groben anatomischen Veränderungen vorfinden, so ist es möglich, wie HOFFMANN ausführt, dass der dynamische Zustand der Vorderhörner der primäre Factor sei, und die neuritischen Veränderungen, wie sie angetroffen werden, nur secundärer Natur seien. HOFFMANN nennt diese Krankheit «progressive neurotische Muskelatrophie». Ich neige selbst dahin, den peronealen Typus der Muskelatrophie als eine primäre hereditäre Myelopathie zu betrachten, die gelegentlich durch neuritische Veränderungen, wahrscheinlich secundären Charakters, complicirt wird. Nach dieser Ansicht könnte sie daher als eine myelo-neuropathische Amyotrophie beschrieben werden.

* * *

Arthritische Muskelatrophie.

Die letzte Form von Myopathie, die ich noch zu erwähnen habe, betrifft diejenige, welche im Zusammenhange mit Traumen oder Entzündungen der Gelenke vorkommt, nämlich die arthritische Muskelatrophie. Die Atrophie, die aus solchen Läsionen resultirt, betrifft hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliesslich, die Streckmuskeln der Gelenke.

So geht namentlich der Musculus deltoideus zu Grunde, wenn das Schultergelenk afficirt ist; ebenso der Musculus triceps, wenn das Ellbogengelenk ergriffen ist; die Extensoren des Vorderarms im Falle einer Affection des Handgelenks; die Glutaei bei Affectionen des Hüftgelenks, und der Quadriceps extensor cruris, wenn das Kniegelenk afficirt ist.

Der Schwund der Musculatur findet oft mit grosser Schnelligkeit statt, und nach Ablauf einer Woche oder zehn Tagen kann die Atrophie bereits einen ausgesprochenen Charakter haben. Die Atrophie betrifft den Muskel und nicht blos den Theil des Muskels, der sich in unmittelbarem Contact mit dem Gelenke findet. Es ist dies eine einfache, nicht eine degenerative Atrophie.

[3]) BRAIN, Vol. XI, p. 231.
[4]) Journal of Nervous and Mental Diseases. 1888, p. 726.
[5]) St. BARTHOLOMEW's Hospital Reports. Vol. XXV.

Der Muskel reagirt weniger prompt auf die faradische oder galvanische Erregung, aber es findet sich keine Entartungsreaction. Die mikroskopische Untersuchung, obgleich sie die Zeichen der Neuritis in den articulären Endigungen der Nerven ergibt, hat keine krankhaften Veränderungen in den Nerven der afficirten Muskeln oder mehr als eine einfache Atrophie der Muskelfasern nachweisen können. Die Erklärung dafür, die sich in dem ersten Augenblicke aufdrängt, geht natürlich dahin, dass die Atrophie in diesen Fällen nur eine Abmagerung in Folge des Nichtgebrauches darstellt; aber das ungewöhnlich rapide Auftreten dieser Atrophie und der Umstand, dass die Atrophie nur diejenigen der zwei Extremitäten befällt, deren Gelenk afficirt ist, obgleich beide Extremitäten in gleicher Ruhe verharren, genügen, um diese Hypothese als unzutreffend zurückzuweisen. Mannigfache andere Erklärungen wurden für das Zustandekommen dieser Atrophie vorgebracht, so z. B. der reflectorische vasomotorische Krampf (BROWN-SÉQUARD); die Myositis, fortgeleitet zu den Muskeln von den entzündeten Gelenken aus (STRÜMPELL); die aufsteigende Neuritis (SABOURIN); aber alle diese Erklärungen stehen entweder im Widerspruche mit den Befunden der objectiven Untersuchung, oder genügen absolut nicht, um die in Rede stehenden Thatsachen zu erklären.

Die Theorie, welche den grössten Anklang gefunden hat, ist diejenige, welche zuerst von PAGET aufgestellt und von VULPIAN, CHARCOT und Andern acceptirt wurde, nämlich dass die arthritische Atrophie eine Reflex-Tropho-Neurose darstellt. Der Reiz der articulären Nerven, der zu den Vorderhörnern fortgeleitet wird, regt in diesen eine gewisse dynamische Veränderung an, die zu Atrophie der diesbezüglichen Muskeln führt; viele Thatsachen sprechen auch zu Gunsten dieser Hypothese, obgleich man nicht in der Lage ist, grobe anatomische Veränderungen nachzuweisen. RAYMOND und DEROCHE [6]) haben gezeigt, und ihre Experimente wurden durch HOFFA [7]) vollends bestätigt, dass wenn man bei Thieren das Kniegelenk künstlich in Entzündung versetzt, keine Muskelatrophie eintritt, wofern die hinteren Wurzeln der diesbezüglichen Nerven vorher durchtrennt worden sind, indem so eine Fortleitung des Reizes zu den spinalen Centren hintangehalten wird.

Diese Experimente scheinen ganz und gar die Thatsache zu entscheiden, dass ein Reiz sensorischer Nerven zu trophischen Störungen führen kann; dies wird auch nicht blos bei Reizung der Gelenke beobachtet. Ich habe selbst über einen merkwürdigen Fall [8]) von Atrophie der einen ganzen Seite des Körpers berichtet, im Gefolge einer lang anhaltenden Reizung vom Stumpfe einer amputirten Hand aus, die durch eine Entzündung des Nervus radialis verursacht worden war, und es sind noch andere Mittheilungen ähnlicher Art gemacht worden.

Die Frage geht nun dahin, ob eine dynamische Veränderung, die auf diese Art veranlasst wird, genügen würde, um einen so ausserordentlichen grossen Schwund der Musculatur und ihre ungewöhnlich lange Dauer, abgesehen von der lokalen Veränderung in den peripheren Nervenfasern, zu erklären.

Offenbar müssen wir, angesichts des Fehlens irgend einer nachweisbaren Veränderung in den motorischen Nerven oder Zeichen der Degeneration in den Muskelfasern, diese Theorie als eine wirkliche Thatsache acceptiren.

Aber es entsteht dann wieder eine andere Frage. Warum sind die Extensoren der Gelenke speciell afficirt? Es kann sein, wie von DUPLAY und CAZIN [9]) angenommen wurde, dass dies auf Rechnung der anatomischen Beziehung kommt, die zwischen den Nerven, welche die Gelenkskapseln besorgen, und denen, welche Muskeln innerviren, besteht.

So erhält die Kapsel des Schultergelenks Zweige von denselben Nerven, welche auch den Deltoideus, den Supra-

[6]) Rev. de Méd 1890.
[7]) Zur Pathogenese der arthritischen Muskelatrophien. VOLKMANN's klin. Vorträge. Nr. 50. 1892.
[8]) BRAIN, Vol. V, 1882. p. 521.
[9]) Arch. Gén. de Méd. Januar 1891.

und Infraspinatus und den Teres minor versorgen, und die Kapsel des Kniegelenks bezieht ihre Nerven von dem vordern Cruralnerven, welcher auch den Quadriceps extensor curis versorgt.

All' dies jedoch erklärt nicht den Umstand, warum von allen Muskeln, welche von diesen Nervenstämmen versorgt werden, gerade die Extensoren speciell auserwählt werden sollen.

Ich neige selbst dahin, darin ein weiteres Argument für den Grundsatz, den ich bezüglich der Extensoren im Allgemeinen aufzustellen mich bemüht hatte, zu erblicken, nämlich, dass die Vitalität der Centren der Nerven für die Extensoren und dieser selbst in erster Linie durch irgend einen Zustand, der die Tendenz hat, die Vitalität der Nervencentren und der Nerven im Allgemeinen herabzusetzen, erschöpft wird.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 15. December 1893.

Zur Demonstration Reg.-Arzt Dr. Kowalsky's.

Prof. PALTAUF bemerkt in Bezug auf die Demonstration Reg.-Arzt Dr. KOWALSKY's, dass Prof. ESCHERICH bereits im Jahre 1884 diese Vibrionen beschrieben und 1885 abgebildet hat, mit der Bemerkung, dass sie mit der Cholera nichts zu thun haben.

Prof. WEICHSELBAUM betont, dass ausser ESCHERICH noch andere zahlreiche Autoren (KIRCHNER, FÜRBRINGER, LAZARUS u. A.) im Darme von Cholera nostras und asiatica, solche Spirillen, theils einzeln, theils in Büscheln angeordnet fanden, die sich nicht cultiviren liessen. Vortragender selbst hat solche Spirillen in zahlreichen Fällen gefunden, über deren Bedeutung sich nicht viel sagen lasse, ausser dass sie mit der Cholera asiatica selbst nicht viel zu thun haben. Wenn die Angabe des Vortragenden, dass er bei dem letzten choleraverdächtigen Falle, Kommabacillen gefunden habe, von KOWALSKY angezweifelt wird, so ist die Ursache darin zu suchen, dass er den Stuhl in den ersten 24 Stunden, KOWALSKY aber erst später untersuchte. Aus den Befunden einer späteren Zeit dürfe man aber keine Schlüsse auf eine frühere Untersuchung machen.

* * *

***Prof. Weichselbaum**: Demonstration anatomischer Präparate.*

Vortragender demonstrirt das Darmpräparat einer 30jährigen Frau, die an der Abtheilung des Prof. WEINLECHNER starb und an dem sich zwei pathologische Processe vorfinden. Der erste Process fand sich als ausgedehnte Polypose im Dick- und Dünndarme, der zweite Process war ein dreifaches Carcinom im Dickdarm. Polypose findet sich nicht selten im Dickdarme, am häufigsten nach Dysenterie.

Im vorliegenden Falle finden sich zahlreiche Polypen von kaum sichtbarer bis zu Kleinnussgrösse, einzelne mit glatter, andere mit drüsiger Oberfläche. Mikroskopisch untersucht zeigen sie den Bau der LIEBERKÜHN'schen Krypten, nur sind sie länger und vielfach ausgebuchtet. Die drei Carcinome sitzen am Uebergange des Coecum in das Colon transversum und im Rectum. Das Carcinom im Colon transversum hat zu einer bedeutenden Stenose geführt. Histologisch zeigen sie das Bild des Adenocarcinoms. Das im Coecum befindliche Carcinom dürfte zuerst entstanden sein, da es eine grössere Ausdehnung besitzt und mit dem rechten Leberlappen, auf den es übergegriffen hat, verwachsen ist. Die anderen zwei (jüngeren) Carcinome sind weder als Metastasen noch als Infectionen zu deuten. Dagegen dürften alle drei Carcinome aus den Polypen hervorgegangen sein, da ihre Alveolen mit den Drüsen der Polypen Aehnlichkeit haben und andererseits an den Rändern des Krebsgeschwüres polypöse Wucherungen sichtbar sind, welche bereits halb und halb in Krebs übergegangen sind.

Prof. WEINLECHNER beschreibt das klinische Bild dieses Falles. Es handelte sich um eine stark herabgekommene Frau, bei der in der Ileocoecalgegend ein harter Tumor fühlbar und im Rectum zwei kleine Polypen tastbar waren. Nachdem die im Rectum befindliche Strictur erweitert war, wurde mit hohen Irrigationen des Darmes begonnen. Dann aber traten peritonitische Reizungserscheinungen und ein Abscess oberhalb des POUPART-schen Bandes rechts auf, welcher aber mit der Zeit zurückging. Stürmische darmstenotische Erscheinungen nöthigten zur Laparotomie, bei der sich zahlreiche Verwachsungen und ein stricturirender Ring am Colon transversum vorfand. Ausschaltung des carcinomatösen Stückes. Tod nach 10 Stunden. Der bestehende Koth-Abscess dürfte dadurch entstanden sein, dass bei der Digitaluntersuchung infectiöse Stoffe durch die Darmwand durchgepresst wurden. Der Abscess hatte sich dann geöffnet und verschwand deshalb. Dies beweist, dass die Untersuchung bei Carcinom (besonders wenn es mobil ist) nicht ungefährlich ist, da durch die Finger oder Instrumente Spaltpilze durchgepresst werden können. Vortragender sah zwei Fälle von Strictur letal endigen, trotzdem die Strictur bei deren Erweiterung nicht beschädigt wurde.

* * *

***Dr. G. Singer**: Ueber den sichtbaren Ausdruck und die Bekämpfung der gesteigerten Darmfäulniss.*

Vortragender hat aus einer langen Reihe von Versuchen, die er an der Klinik Prof. KAPOSI's, sowie im chemischen Laboratorium Hofr. LUDWIG's angestellt hat, die Ueberzeugung geschöpft, dass die gesteigerte Darmfäulniss häufiger vorkommt, als man erwartet, da sie wegen Fehlens der gewöhnlichen Symptome, sowie schwerer Störungen der Darmmotilität weniger beobachtet wird. Einige krankhafte Veränderungen der Haut (acute und chronische Urticaria, Acne vulgaris, Pruritus senilis) stehen in einem Causalnexus mit der Steigerung der Darmfäulnis, indem bei diesen Erkrankungen die Zeichen für eine Vermehrung der Darmfäulniss auftreten, die wiederum mit dem spontanen Ablaufe der Hautaffection verschwinden. Andererseits ist es Vortragendem gelungen, durch Unterdrückung der Darmfäulniss mittels eines neuen Darmantisepticums Besserung, ja oft Heilung der betreffenden Hauterkrankungen zu erzielen.

Dass die Urticaria mit Störungen des Darmtractus in Verbindung steht, ist eine bereits lange gekannte Thatsache. Bei idiopathischen Fällen dieser Erkrankung lässt sich nachweisen, dass die Magenfunction intact ist und grobe Störungen von Seite der Darmfunction fehlen. Bei der Urticaria, sowie bei den anderen Processen, zeigt sich die gesteigerte Darmfäulniss in der quantitativ nachweisbaren Vermehrung der Aetherschwefelsäure und der Ausscheidung des Indicans im Harne.

Vortragendem gelang es nun durch Menthol in Gelatinkapseln (0·6—1·0 *gr* pro die) die Producte der Eiweissfäulniss wesentlich zu verringern und ohne Anwendung äusserer Mittel Besserung oder Heilung der betreffenden Hautaffectionen zu erzielen. Vortragender verschreibt:

Ol. olivar, od. amygdal. 0·25
Menthol 0·1

d. tales dos Nr. XX in caps. gelat. S. 6—10 Kapseln pro die.

Bei den Versuchen wurde, um die Beeinflussung der Haut vollkommen zu erreichen von einer localen Behandlung abgesehen. Bei starker Erregbarkeit der Hautnerven genügte die Application indifferenter Fette, um den Juckreiz zum Schwinden zu bringen. Besonders wichtig ist bei der Beurtheilung der auf Darmfäulniss zu basirenden Hautkrankheiten die Berücksichtigung der Diät. Gelinde Abführmittel sind bei complicirender Atonie von keiner wesentlichen Wirkung für die Dermatose von Seite des Darmes.

Vortragender nimmt nun an, dass die Producte der Darmfäulniss nach ihrer Resorption durch den Kreislauf in die Haut gelangen, hier entweder ausgeschieden werden oder durch blosse Reizwirkung auf leichter erregbarer Nerven und drüsige Gebilde Krankheitserscheinungen autogenen Charakters hervorrufen. SINGER betont ferner vom Standpunkte der internen Medicin, dass sehr oft nicht unerhebliche qualitative Veränderungen der Darmverdauung ohne Beeinträchtigung der motorischen Darmfunction und ohne die gewöhnlichen Symptome, welche auf Digestionsstörungen bezögen werden

müssen, einhergehen. Nach dieser Richtung hin dürften die Beziehungen zu sichtbaren Erscheinungen an der äusseren Haut, von welcher aus die Zu- und Abnahme der Fäulnissprocesse controlirt werden kann, für die Erkenntniss von Darmanomalien nützlich sein.

Dr. Em. Mandl.

Medicinische Gesellschaft in Leipzig.

Sitzung vom 26. September 1893.

Dr. Kollmann: «*Ueber die Aufgaben und Grenzen der Gonorrhöetherapie beim Manne.*»

Um in der Gonorrhöebehandlung einen sicheren Massstab für die Werthbestimmung unseres Handelns zu gewinnen, ist es zweckmässig, die Gonorrhöe ganz im Allgemeinen nach drei Gesichtspunkten einzutheilen. Wir haben somit auch zugleich drei Aufgaben, die für die Therapie zu erfüllen sind. Das erste ist die bacteriologisch-infectiöse Seite der Erkrankung, das Zweite sind die dadurch geschaffenen pathologisch-anatomischen Veränderungen und das Dritte endlich die im Verlaufe der Gonorrhöe erscheinenden functionellen Störungen.

Ehe wir auf die genauere Betrachtung dieser drei Punkte bezüglich des Mannes eingehen, zuvor kurz einige Worte über die topographische Diagnostik der Gonorrhöe in der männlichen Harnröhre! Für das Bedürfniss des praktischen Arztes ist die sogenannte Zweigläserprobe durchaus unzureichend, denn in sehr vielen Fällen, wo bestimmt die hintere Harnröhre erkrankt ist, zeigen sich die Filamente trotzdem nur in der ersten Urinportion. Die Zweigläserprobe ist also nur dann von Werth, wenn sie positiv ausfällt, während ihr negativer Ausfall absolut keine Anhaltepunkte für den Sitz der Erkrankung gewährt. Die einzig zuverlässige Methode für die erwähnte topographische Diagnostik besteht in einer Ausspülung der vorderen Harnröhre bei voller Blase, vermittelst eines elastischen, bis zum Bulbus eingeführten Katheters, und unmittelbar darauffolgendem Uriniren. Sie wurde besonders von JADASSOHN 1889 sehr lebhaft empfohlen. Ich habe die Technik JADASSOHN's in verschiedenen Punkten geändert (Fünfgläserprobe) und bin dabei zu Resultaten gelangt, die von denen JADASSOHN's beträchtlich abweichen. Bei meinen dreijährigen Beobachtungen handelte es sich nämlich in den meisten der von mir daraufhin untersuchten Fällen subacuter und chronischer Gonorrhöe nicht um eine Erkrankung der hinteren, sondern um eine Erkrankung der vorderen Harnröhre*). Sobald der Patient den Urin vollständig gelassen hat, drücke ich vom Rectum her die Prostata aus um das aufgefangene Sekret mikroskopisch zu untersuchen. Eigentlich sollte man aber auch stets noch eine mikroskopische Prüfung des Sperma vornehmen, das ebenfalls durch Druck vom Rectum her leicht zu gewinnen ist. Noch besser ist es freilich, hierzu das bei einem Coitus im Condom aufgefangene Sperma zu benutzen. Wenn es sich darum handelt, zu entscheiden, ob ein Patient heirathen darf, würde ich die mikroskopische Untersuchung des Sperma auf jeden Fall empfehlen.

Wir wenden uns zunächst zur infectiösen Seite der Erkrankung. Der hier in Betracht kommende wichtigste Mikrobe ist unstreitig der Gonococcus. Es kann heutigen Tages wohl kein Zweifel mehr darüber herrschen, dass dieser zuallermeist der Erreger der Gonorrhöe ist. In acuten Fällen ist sein Nachweis leicht zu führen, in chronischen ist dies jedoch, wie allgemein bekannt ist, und wie dies auch NEISSER selbst zugesteht, durchaus nicht immer so einfach.

Sobald man zugibt, dass der Gonococcus der eigentliche Erreger der Gonorrhöe sei, ist es aber selbstverständlich, dass die Therapie, so lange er sich im Harnröhrensekret vorfindet, hauptsächlich darauf gerichtet sein muss, ihn zu tödten. Die in dieser Beziehung am meisten zu empfehlende Behandlung der Harnröhrengonorrhöe besteht in Einspritzungen mit der Tripperspritze, oder noch besser in reichlichen Auswaschungen mit elastischem Katheter, an dem ein Irrigator oder eine grössere Handspritze von circa 80—100 *ccm* Inhalt befestigt ist, unter Anwendung folgender Lösungen: Argentum nitricum (NEISSER) oder Kali hypermanganicum (JANET) 1 : 4000 bis 1 1000 Wasser, oder 1 bis 5 proc. wässerige Ichthyollösung (NEISSER-JADASSOHN). Ganz unstreitig gibt es aber auch Fälle, wo nicht der Gonococcus, sonder andersartige Mikroben die Erreger von Harnröhrenausflüssen sind. Dies wird seit Jahren schon von mehreren Autoren anerkannt, neuerdingt vor Allem von JANET, oer die Bedeutung dieser anderen Bacterienarten hauptsächlich in den chronischen Fällen von Gonorrhöe betont. Für letztere Fälle werden von JANET Irrigationen der erkrankten Abschnitte mit einer wässrigen Sublimatlösung von 1 : 20000 empfohlen.

Die im Verlauf der Gonorrhöe entstehenden pathologisch-anatomischen Veränderungen der Harnröhre werden, abgesehen von der Untersuchung des Ausflusses und der Filamente, in der Hauptsache durch drei Prüfungen zu erkennen sein. Eine grobe Vorprüfung besteht in der Untersuchung mit Metallsonden. Stösst die Metallsonde an irgend einer Stelle auf ein anomales Hinderniss, so ist anzunehmen, dass dort eine Verengerung der Harnröhre vorhanden sei. Ungleich feiner gestaltet sich die Prüfung, wenn man ein sogenanntes Urethrometer anwendet, wie dies von WEIR und von OTIS construirt ist. Zuletzt muss sich aber unbedingt noch die endoscopische Untersuchung anschliessen. Die Methode, die das beste und hellste Licht gibt, ist die nach NITZE-OBERLÄNDER. Uebrigens ist die Urethroscopie natürlich durchaus nicht nur für die Gonorrhöediagnose, sondern auch für die Beurtheilung des Zustandes der Harnröhrenkrankheiten ganz im Allgemeinen von grosser Bedeutung. Es sei hier nur kurz darauf hingewiesen, dass vor einiger Zeit von OBERLÄNDER lediglich durch die Urethroscopie die Diagnose eines im bulbösen Theil gelegenen primären Harnröhrencarcinoms so sicher gestellt worden ist, dass daraufhin die operative Entfernung durch Einschnitt vom Damme aus vorgenommen werden konnte. Besonders heftig wird der Werth der Endoscopie für die Gonorrhöediagnose neuerdings von NEISSER bestritten. Ich glaube, dass dies wahrscheinlich nur daran liegt, dass NEISSER selbst nicht genügende praktische Erfahrungen in der Endoscopie besitzt. Die hauptsächlichsten, durch die Gonorrhöe geschaffenen und endoscopisch sichtbaren pathologischen Veränderungen der Harnröhre bestehen in Infiltraten, in dem Auftreten massenhafter Drüsenentzündungen und in Drüsenabscessen. Natürlich braucht es nicht in jedem Falle von Gonorrhöe zu derartigen Erscheinungen zu kommen; aber, wo sie vorhanden sind, und dies ist ungemein häufig der Fall, sind sie ein untrügliches Zeichen dafür, dass wirklich Gonorrhöe vorliegt. Zur weiteren Verdeutlichung des Gesagten sei bezüglich des Mannes hauptsächlich auf das neue OBERLÄNDER'sche Lehrbuch der Urethroskopie (Leipzig 1893. Georg Thieme) hingewiesen. — Bezüglich des Weibes demonstrirt der Vortragende mehrere nach Fällen seiner eigenen Praxis angefertigte bunte Tafeln, die gonorrhoische Schwellungen am Orificium urethrae darstellen, und aus solchen Schwellungen angefertigte mikroskopische Schnitte. — Wenn tiefer gehende Infiltrate vorhanden sind, so kann selbstverständlich die, heutigen Tages zumeist übliche, Gonorrhöetherapie (Einspritzungen, Irrigationen, Pinselungen, Antrophore u. s. w.) keinen wesentlichen Nutzen gewähren. Auch die Behandlung mit Metallsonden hat darin eine Grenze, dass man diese nicht über Nr. 30 Charrière hinaus ohne grössere Unbequemlichkeiten in die Harnröhre einführen kann. Das am meisten zu empfehlende Mittel besteht in den OBERLÄNDER'schen Dehnungen durch aufschraubbare Instrumente, die mit Gummiüberzügen versehen sind. Wenn diese Dehnungen in der richtigen Weise vorgenommen werden, so haben sie nicht den geringsten Nachtheil für den Patienten. Ich bin aus eigener Erfahrung zu einem Urtheile in der Sache berechtigt, da ich bis heute bereits in runder Summe 4500 solcher Dehnungen ausgeführt habe. Jedenfalls sind sie, wenn man zur richtigen Zeit mit ihnen beginnt, das sicherste Mittel, um die Entstehung der aus den chronischen Infiltraten sich hervorbildenden Striktur vollständig zu verhindern. In vielen Fällen bleiben aber, trotz längere Zeit durchgeführter Dilatationsbehandlung, noch Filamente im Urin zurück. In solchen Fällen handelt es sich sehr oft um Katarrhe von Schleimdrüsen. Man kann derartige Drüsen

*) Genaueres hierüber in meiner Veröffentlichung: «Zur Diagnostik und Therapie der männlichen Gonorrhöe.» Deutsche med. Wochenschr. XIX. 47. 1893.

endoskopisch zumeist ohne grosse Mühe auffinden und mit besonderen Instrumenten Secret oder Epithelmassen aus ihnen gewinnen. Zeigen sich darin Mikroben, vor Allem Gonococcen, so muss natürlich Alles gethan werden, um die erkrankte Drüse zu zerstören. Zu diesem Behufe empfehlen sich intraglanduläre Einspritzungen vermittels der Injectionscanüle, Spaltungen der Drüse mit dem Messer, die Behandlung mit der elektrolytischen Sonde, oder in besonders hartnäckigen Fällen mit dem Galvanokauter. Sämmtliche zuletzt genannte instrumentelle Eingriffe haben stets unter gleichzeitiger endoskopischer Controlle zu erfolgen.

Die durch die Gonorrhöe verursachten functionellen Störungen bestehen entweder in allgemeinen nervösen Erscheinungen oder in Spermatorrhöe, Prostatorrhöe und endlich in Reiz- oder Schwächezuständen der Blasenhalsmuskulatur. Für die Behandlung empfehlen sich am meisten die Einführung von stärkeren Metallsonden, die Kühlsonde, die Dilatation der Harnröhre, vor Allem aber auch Irrigationen mit dünnen Argentumlösungen (1 : 3000 bis 1 : 1000), oder endlich die örtliche elektrische Behandlung. Letztere übe ich auch unter endoskopischer Controle aus. In den Behandlungspausen ist allgemeine Hydrotherapie angezeigt.

Wenn wir uns zu den Grenzen der Gonorrhöetherapie beim Manne wenden, so ist zunächst schon darauf hinzuweisen, dass es sicher Fälle gibt, in denen wir selbst nicht einmal im Stande sind, einen sich an der Oberfläche abspielenden Katarrh für immer vollständig zum Verschwinden zu bringen. Es gibt eben derartig empfindliche Schleimhäute, die bei den geringsten Anlässen immer wieder von Neuem katarrhalische Zustände darbieten. Derartige Patienten soll man, wenn sich die hier beschriebenen Methoden als erfolglos herausgestellt haben und wenn sich keine Gonococcen im Secret mehr zeigen, am besten mit jeder Behandlung verschonen. Ebenso hüte man sich davor, jede bei der Dilatation wahrnehmbare Drüseninfiltration zum Verschwinden bringen zu wollen. Es gibt infiltrirte Drüsen, die abgekapselt schadlos in der Tiefe liegen, ohne jede Communication mit der Harnröhre. Sie verändern sich oft Jahre lang nicht und ihr Bestehen ist kein Grund, den Patienten nicht aus der Behandlung zu entlassen.

Noch begrenzter ist aber unser therapeutisches Können, wenn es sich um Katarrhe von grösseren drüsigen Organen oder Behältern von Drüsensecreten, die in die Harnröhre münden, handelt, z. B. um die COWPER'schen Drüsen, die Prostata, oder die Samenblasen. Antibacteriell auf derartige Katarrhe einzuwirken, ist fast ganz unmöglich und es bleibt nichts übrig, als antiphlogistisch oder resorbirend u. s. w., z. B. vom Rectum aus oder durch Sitzbäder u. s. w. zu behandeln, da man doch wohl nicht gut zur Exstirpation der genannten Organe schreiten kann. Natürlich ist zu gleicher Zeit aber ein etwa bestehender Oberflächenkatarrh der Harnröhre, von dem aus derartige Vorgänge unterhalten werden könnten, sorgfältig zu beaufsichtigen. Die Behandlung des gonorrhoischen Blasenkatarrh ist andererseits in derselben Weise leicht durchzuführen, wie die des gonorrhoischen Katarrhs der Harnröhre, nämlich mit Irrigationen. Enge Grenzen für unser therapeutisches Handeln sind jedoch wiederum gezogen in den Fällen, wo es sich um gonorrhoische Katarrhe des Ureters, die Nierenbeckens, des Vas deferens oder endlich um Entzündungen des Hoden- oder des Nebenhodenparenchym handelt. Auch bei allen zuletzt genannten Erkrankungen ist selbstverständlich eine örtliche antibacterielle Behandlung so gut wie ausgeschlossen.

Handelt es sich darum, zu unterscheiden, wann ein Patient aus der Behandlung entlassen werden soll, so kommt vor Allem der Umstand in Betracht, ob sich noch Gonococcen im Secret zeigen oder nicht. Ist Ersteres der Fall, so muss die Behandlung noch weiter fortgesetzt werden. Im letzteren Falle sollte man vor der definitiven Entlassung aber stets eine künstliche Reizung der Harnröhrenschleimhaut, am besten durch Einspritzung von einer dünnen Höllensteinlösung (etwa 1 : 1000 bis 1 : 500), hervorrufen. Bekanntlich zeigen sich am nächsten Morgen nach derartigen Einspritzungen selbst in Fällen, wo man sonst keine Gonococcen mehr findet, diese von Neuem. Es sind dies wahrscheinlich dieselben Fälle, in denen es sonst zu scheinbar spontanen Recidiven kommt, z. B. wenn der Patient entweder in Baccho oder in Venere sich vergeht.

In der Behandlung der Gonorrhöe nach der bacteriologischen Seite hin soll man streng sein. Hat man aber die beschriebenen Methoden bezüglich des zweiten und dritten therapeutischen Gesichtspunktes durchgeführt, ohne die vorhandenen pathologischen Zustände bis zu ihrem letzten Rest beseitigen zu können, so möge man in Fällen des dauernden Fehlens von Gonococcen den therapeutischen Eifer nicht übertreiben. Man halte sich an das Hauptsächliche, verliere sich nicht in specialistischen Kleinigkeiten.

Im Anschluss an seinen Vortrag zeigte der Vortragende sämmtliche bei der Urethroskopie und bei der Behandlung der männlichen Harnröhrengonorrhöe in Verwendung kommenden Instrumente und Apparate, vor Allem die neuen, unter Benutzung des NITZE-OBERLÄNDER'schen Urethroskops, von dem Vortragenden construirten transportablen Beleuchtungsapparate, sowie seinen neuen elektrischen Universalapparat. Letzterer dient zur Urethroskopie, zur Cystoskopie, zur Galvanokaustik, zur Galvanisation, zur Faradisation, zur Galvano-Faradisation und zur Elektrolyse; er erlaubt auch Lichtbeleuchtung und Galvanokaustik, bez. Lichtbeleuchtung und Elektrolyse oder Galvanisation u. s. w. zu gleicher Zeit.

Fernerhin zeigte der Vortragende noch sein neues photographisches Instrument für die Aufnahme des Harnröhreninneren am lebenden Menschen und eine Reihe von Photogrammen, die er unter Mitarbeiterschaft von Herrn Dr. AARLAND, Docent an der Kunstacademie in Leipzig, dadurch gewonnen hat. Die beschriebenen Apparate und Instrumente stammen sämmtlich aus der mechanischen Werkstatt von C. G. Heynemann in Leipzig.

Zum Schluss wurde die elektrourethroskopische Methode nach NITZE-OBERLÄNDER noch von dem Vortragenden an mehreren Patienten demonstrirt.

(Von dem Verfasser eingesandter Separatabdruck.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Was ist Krankheit und wie heilen wir?

Von **Dr. Franz Bachmann.**

Verlag von Hugo Steinitz. Berlin 1894.

Vorliegendes Buch darf nicht missverstanden werden, es soll nur ein Versuch sein, unsere angeblich bloss empirischen Heilmethoden wissenschaftlich zu begründen. Diesen ursprünglichen Zweck scheint aber Verfasser im Laufe seiner Darstellung wiederholt bewusst oder unbewusst ausser Acht gelassen zu haben; er zimmert eine Art neuen Systems der allgemeinen Pathologie durch geistvolle Verkettung der Thatsachen, welche die exacte Forschung liefert. In der Medicin herrscht eine grosse Abneigung gegen Systeme, denn zum Wesen derselben gehört, dass sie eine vollständige Erklärung aller Erscheinungen zu geben trachten. Da aber alle erfahrungsmässige Kenntniss unvollständig und lückenhaft ist, müssen sie diese Lücke durch Speculation ausfüllen.

Wir sind die Letzten, welche einer Ansicht huldigen, dass auch der Einzelne, der mehr oder weniger in Folge des unauslöschlichen Ursachentriebs zu einem befriedigenden Abschluss seines Denkens, zu einer Grundformel seiner Auffassungsweise zu gelangen trachtet, auf ein System verzichten müsse. Aber dies muss derzeit wenigstens, sozusagen als Privatsache betrachtet werden, und darf nicht der Forschung Ziel und Wege anweisen, um so mehr, als ein völlig vorurtheilloses und exactes Vorgehen, wie z. B. in der Physik nur selten bei medicinischen Untersuchungen erreicht werden kann. Wir geben zu, dass das Ergebniss exacter Forschung bloss ein Haufen von ungeordneten Bausteinen darstellt, aber es ist besser, als wenn die Freiheit der Forschung durch ein System beengt würde. Saxa loquuntur! Es wird die Zeit kommen, wo aus der Fülle von Thatsachen ein naturgemässes System hervorgehen wird.

Wie einseitig und gezwungen heute noch eine allumfassende Theorie ausfallen muss, beweist das geistvolle und wirklich weitblickende System des Verfassers, in welchem eine reiche Menge von Erfahrungsresultaten mit Speculation innig verquickt ist. Dasselbe stützt sich völlig und ausschliesslich auf die Bakteriologie und definirt mit Uebergehung vieler zu Geltung kommender Factoren, wie der Einflüsse des Nerven- und Gefässsystems etc., Krankheit als «Veränderung der Körperzellen und Körpergewebe, deren Ursache schädliche Stoffe sind, welche theils von aussen her in den Körper gelangen, theils erst im Körper selbst von niederen Pflanzen oder Thieren gebildet werden». Gesundheit ist daher nichts anderes als die «Fähigkeit des Körpers, alle angreifenden Mikroben zu bewältigen».

Wenn der Autor in der Vorrede bemerkt, dass er zugebe, es könnten auch Krankheiten ohne Mikroben, ja ohne Gifte entstehen, so durften die citirten Sätze nicht so allgemein formulirt werden, sonst könnte ein Dogmatiker dahin kommen, auch z. B. schwere Neurosen wie die Epilepsie auf Mikrobenwirkung zurückzuführen. Doch wir dürfen, wie schon einleitend hervorgehoben, das Buch nicht missverstehen, es soll nur eine Anregung geben, nicht etwas Fertiges, Abgeschlossenes!

Die angenehme, fliessende Darstellungsweise, die oft völlig neuartige frappirende Auffassungsart, die feine Durchführung des vom Verfasser aufgestellten Gesetzes der «Aequivalenz aller Aeusserungen der Lebenskraft» u. A. bieten eine ungemein reizvolle Lectüre trotz der durch vis comica verschärften Polemik gegen die exacte Schule.

Wie die Blumen einer bestimmten Zeit zum Blühen bedürfen, erfordern auch Gedanken gewisser Epochen, in denen sie sich so überwältigend im Bewusstsein festsetzen, dass sie Wahrheit bedeuten.

Der Verfasser kann mit seinem Systeme Recht haben, aber heute hat er es noch nicht, es fehlt zu viel zur Begründung.

Dr. Max Neuburger.

Handbuch der hygienischen Therapie.

Mit besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe.

Von **Dr. A. Kühner.**

Verlag von Seitz und Schauer. München 1893.

Der Anfänger in der Praxis, wird sich aus dem vorliegenden Buche über vieles informiren können, was ihm bei der Ausübung seines Berufes von grossem Nutzen sein wird, und worüber er weder an der Klinik, noch in den gangbaren Lehrbüchern genügend unterrichtet wird. Wir meinen da zunächst die Hydrotherapie, welche Verfasser nach allen Indicationen und Anwendungsweisen eingehendst erörtert.

Auch über das so wichtige Capitel der Diätetik bei Kranken, über die verschiedenen, in neuester Zeit so beliebten Kräftigungs- und Mastcuren, verbreitet sich der Autor eingehendst und wir können daher das Werk, an dem uns nur das Citiren von in der Wissenschaft sonst ziemlich unbekannten Grössen aufgefallen ist, dem, der sich über die eben erwähnten Capitel orientiren will, empfehlen.

A. P.

Lehrbuch der Psychiatrie.

Auf klinischer Grundlage für praktische Aerzte und Studirende.

Von **Dr. R. v. Krafft-Ebing,**

k. k. Hofrath und o. ö. Professor der Psychiatrie und der Nervenkrankheiten an der Universität in Wien.

Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1893.

In einer verhältmässig kurzen Zeit sind von diesem Lehrbuch fünf Auflagen nothwendig geworden; für ein gelehrtes Werk ein geradezu ausserordentlicher Erfolg, der nur in wirklichen Vorzügen seine Erklärung finden kann. Auf diese haben wir schon anlässlich der früheren Auflagen in breiterer Ausführung hingewiesen, und wir haben diesmal eigentlich nur das Erscheinen einer neuen Auflage zu constatiren, welche allen Erweiterungen psychiatrischen Wissens vollkommen gerecht wird.

F.

Zeitungsschau.

Aus dem pathol. Institut zu Giessen.

Dr. M. Wilms, I. Assistent am pathol. Institut: **Zur Endocarditis gonorrhoica.** (Münchener med. Wochenschr. Nr. 40, 1893.)

Verf. unternimmt es, den von Leyden in Nr. 27 der deutschen med. Wochenschr. veröffentlichten Fall von Endocarditis gonorrhoica bezüglich der Gonococcenbefunde auf Grund der Literatur über diesen Gegenstand und auf Grund eines von ihm beobachteten Falles, einer eingehenden Kritik zu unterziehen.

Er behauptet, dass der Gonococcus überhaupt nicht im Stande sei, Abscesse oder geschwürige Processe zu erzeugen (wie ja vor Allem der Harnröhrentripper und die Augenblennorrhoe keine Geschwürsprocesse seien). Periurethrale Abscesse, Bartholinitis, Salpingitis, Ovarialabscesse seien keine wahren Abscesse, sondern Ansammlungen von Leukocyten in präformirten Hohlorganen und hätte man die Gonococcen bei diesen stets nur im Abscessinhalt, nie im umgebenden Gewebe gefunden.

Wahre Abscesse im Gefolge der Gonorrhoe könnten nur (nach des Verf. Ansicht) durch Mischinfection (mit Staphylococcen, Streptococcen) entstehen.

Ebenso hält Verf. den Tripperrheumatismus trotz seiner Besonderheiten (Befallenwerden nur eines Gelenkes, längere Dauer, mangelnde Besserung auf Gaben von Salicylsäure) und trotz der vielfachen Angaben über Gonococcenbefunde nicht für ein Erzeugniss der Gonococcen, weil er meist nach Ablauf des acuten (virulenten) Stadiums der Gonorrhoe zu einer Zeit auftritt, wo die Gonococcen in der Harnröhre spärlich vorhanden sind und glaubt, dass diese Processe Folgen einer secundären Infection mit Eitercoccen sind, die durch die (im chronischen Stadium der Gonorrhoe übliche) instrumentelle Behandlung in die Schleimhaut eingeführt werden. Dasselbe gilt nach seiner Ansicht für die Endocarditis und Pericarditis als Complicationen der Gonorrhoe, die ja auch stets nach Ablauf des acuten Stadiums beobachtet wurden. Die Gonococcenbefunde bei Tripperrheumatismus und im Leyden'schen Falle von Endocarditis gonorrhoica erkennt Verf. nicht an, wenn auch die Semmelform, das Vorkommen in den Zellen, die leichte Entfärbbarkeit nachgewiesen wurde, weil angeblich von verschiedenen Autoren verschiedene Diplococcen in der gesunden und kranken Urethra mit typischer Semmelform gefunden wurden und verlangt zum sicheren Nachweis die Reincultur und die Ueberimpfung.

Nun folgt die ausführliche Mittheilung des Obductionsbefundes und der mikroskopischen Untersuchung eines selbst beobachteten Falles: Ein 26jähriger Mann starb an Endocarditis, die 3 Wochen nach seiner zweiten Tripperinfection auftrat. Es fand sich die hintere Semilunarklappe der Aorta in eine polypöse, höckerige, theilweise exulcerirte Vegetation umgewandelt; daneben kleinere und grössere Abscesse in der Herzmuskulatur. In der Klappenwucherung und in den Abscessen fanden sich Coccen mit deutlicher Semmelform, zumeist im Protoplasma der Leukocyten, die auch die charakteristische leichte Entfärbbarkeit zeigten. In der Urethra fand sich nur mehr ein Zustand der Reizung, sich durch reichliche Epithelabstossung manifestirend, kein sicherer Gonococcenbefund.

Trotz der übereinstimmenden Merkmale hält Verf. auch in seinem Falle den Beweis für die Gonococcennatur dieser Befunde nicht erbracht, weil die morphologische Differentialdiagnose nicht die genügende Sicherheit böte und glaubt nach diesen Erörterungen zu folgenden Thesen berechtigt zu sein:

1. Der Gonococcus vermag keine maligne Endocarditis zu verursachen, ebensowenig wie er andere ulceröse Processe hervorruft.

2. Die Complicationen bei dem Tripper beruhen ausser den oben genannten falschen Abscessen auf secundären Infectionen mit anderen Coccen von der Urethra aus.

B. S.

Prof. Dr. M v. Frey (Leipzig): **Einige Bemerkungen über den Herzstoss.** (Münchener medicinische Wochenschrift, Nr. 46. 1893.)

Die neuesten Erfahrungen bezüglich der graphischen Darstellung gesunder Herzstösse lehren, dass man nicht immer eine

ganz bestimmte, sogenannte typische Form der Curven zu erwarten hat, sondern dass verschiedene Gestalten möglich sind und dass demgemäss nicht alle Zacken der Curve einem bestimmten physiologischen Vorgang zu entsprechen brauchen, sondern zum grossen Theil Kunstprodukte der verschieden gestalteten Cardiographen sind.

Die Cardiogramme (nach des Verfassers Vorschlag der für die Herzstosscurven zu wählende Terminus) und zwar besonders die klinisch von der Oberfläche der Brustwand abgenommenen stellen die Bewegung nicht eines, sondern von einer Anzahl Punkten dar, welche der Reihe nach mit dem Cardiographen in Berührung treten. Da die Bewegung dieser verschiedenen Punkte von der verschiedenen Bewegung der darunter befindlichen Punkte der Herzwand und diese wieder von der Aenderung der Dicke der Herzwand, der Form, des Volumens und des Ortes des Herzens abhängt, so kann es nicht Wunder nehmen, dass nicht nur mit verschiedenen Instrumenten ausgeführte, sondern auch mit demselben Instrumente von demselben Untersucher dargestellte Curven verschiedene Formen zeigen.

Dabei ist die physiologische Deutung der Curven noch lange nicht gelöst.

Die Ansicht, dass sich die Besserung und der Schluss der Klappen durch irgend ein Zeichen auf den Curven manifestirt, ist durchaus nicht bewiesen. Im Gegentheil zeigt die genaueste, neuerdings von HÜRTHLE geübte Methode, durch mikroskopische Uebertragung der Herztöne die Momente der Klappenschlüsse auf dem Cardiogramm zu bezeichnen, dass diese Schlüsse auf Punkte der Curven fallen, welche in keiner Weise auffällig genannt werden können. Auch haben die Untersuchungen an Herzkranken mit einfachen oder combinirten Klappenfehlern ergeben, dass bedeutende Störungen der Herzthätigkeit vorhanden sein können, während das Cardiogramm anscheinend ganz normale Form darbietet, insolange diese Klappenfehler compensirt sind. Erst wenn das Herz insufficient, die Herzschläge unregelmässig werden, treten deutliche Aenderungen der Curvenform auf.

Das beweist, dass die Gestalt des Cardiogramms nicht von dem Klappenspiel, sondern vor Allem von dem Contractionsmodus des Herzens abhängt. Die Markirung der Klappenstellung an dem Cardiogramm wäre demnach wohl eine Eintheilung der Curven, aber keine Erklärung für die Gestalt derselben.

Das Problem des Herzstosses ist eben schwierig und noch nicht gelöst.

Bezüglich des Cardiogramms lässt sich bis jetzt nur negativ aussagen, dass dasselbe weder eine Druck-, noch eine Volum-, noch eine Zuckungscurve ist.

Doch besitze es nach des Verfassers Meinung grössere Verwandtschaft noch mit der Zuckungscurve der Herzkammer als mit irgend einer Pulscurve des Herzens, weil jedes Cardiogramm durch Entleerung des Herzens in ein Myogramm übergeführt werden könnte. Letzteres stelle sozusagen die Grundform dar, welche dann durch den Wechsel der Füllung und die Ortsveränderungen des ganzen Organs in einer noch nicht bekannten Weise verdeckt werde. *B. S.*

P.-A. Lop: Lähmung nach Masern. (Centralblatt für klinische Medicin. Nr. 50, 1893.)

Das Auftreten von Lähmungen nach Masern ist keine so seltene Erscheinung, als wohl im Allgemeinen geglaubt wird; zu der nicht geringen Zahl der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen fügt der Verfasser zwei Fälle eigener Beobachtung hinzu. Die Lähmungen nach Masern treten fast ausnahmslos erst in der Reconvalescenz, meist in der dritten Woche nach der Eruption des Exanthems, ganz ausnahmsweise mit demselben zugleich auf, nur in einem Falle wurde eine Lähmung schon im Prodromalstadium beobachtet. — Die morbillösen Paralysen lassen sich in ene cerebrale und eine spinale Form eintheilen. Die erstere wird bei weitem seltener beobachtet. Ihre ersten Anzeichen treten meist ziemlich unvermittelt auf und bestehen in Convulsionen, Delirien, Koma; eine allmähliche Entwicklung ist überaus selten. Im Uebrigen bieten sie keine Besonderheiten gegenüber anderen cerebralen Lähmungen. — Ein ebensowenig charakteristisches Bild zeigt die spinale Form; sie tritt meist allmählich ein und verräth sich zunächst durch abnorme Sensationen in den betheiligten Extremitäten, zu denen sich später Anomalien der motorischen Kraft, der Reflexe etc. gesellen. — Die Prognose der spinalen Form ist gut, die der cerebralen zweifelhaft; namentlich ist bezüglich der letzteren zu bemerken, dass die Aphasie stets nur sehr langsam weicht. Ueber die Pathogenese der in Rede stehenden Erkrankung ist nichts Besonderes bekannt; ihre Behandlung ist symptomatischer und diätetischer Art.

Bozzolo (Turin): **Diffuse Amyloid-Degeneration in Folge von Tuberkulose des Darmes.** (Rivista Italiana di Clinica Medica, (1893, Heft 1.)

Diesen Gegenstand hat Prof. BOZZOLO in der Academie der Medicin zu Turin und in einem klinischen Vortrage behandelt. Der Fall, der die Gelegenheit zu diesen Mittheilungen darbot, betrifft eine Arbeiterin, 16 Jahre alt, in deren Antecedentien nichts Bemerkenswerthes zu constatiren ist (Syphilis und Tuberkulose konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden).

Vor drei Jahren begann sie an Bauchschmerzen, Stuhlverstopfung und remittirenden Fieberbewegungen zu leiden. Nach abwechselnden Perioden von Unwohlsein und Wohlsein gelangte man zu Ende des Jahres 1892, zu einer Zeit, da die Abdominalschmerzen stärker wurden, an Stelle der Obstipatio alvi Diarrhoë trat, das Fieber prononcirter sich zeigte und Erbrechen auftrat. Bei ihrer Aufnahme in die Klinik findet man den Circulations- und Respirationsapparat unversehrt, die Leber in allen Durchmessern vergrössert und einen leichten Grad von Albuminurie. Der Verfasser stellte die Diagnose auf Darm- und Bauchfelltuberkulose (wiewohl in den Fäces Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden konnten) mit amyloider Entartung der Leber, der Nieren, der Milz und des Darmes.

Der hartnäckige Vomitus, der Mangel an Chlorwasserstoff im Magensaft, die Ulcerationen, die sich in den letzten Tagen am Rücken und längs den Rändern der Zunge gebildet hatten, wurden von BOZZOLO auf den Amyloidprocess zurückgeführt, der auf Magen und Zunge sich ausgedehnt hatte. Der Verfasser hebt hervor, dass eine derartige Alteration der Zunge höchst selten anzutreffen ist; indess verfügt die medicinische Literatur auf drei zweifellose Fälle dieser Art.

Die Patientin starb, eine vollständige Autopsie war jedoch nicht möglich.

Es wurde nur die Eröffnung der Bauchhöhle gestattet. Man constatirte Tuberkulose des Peritoneums und des Darmes mit ausgebreiteten Ulcerationen. Leber, Nieren, Milz wiesen deutlich die Reactionen der Amyloidsubstanz auf, eine Thatsache, die nachträglich durch die Untersuchung an den in Alkohol erhärteten Pièen bestätigt wurde. Die Diagnose in Bezug auf den Magen-Darmcanal konnte auch ihre Bestätigung finden: Hier war die Amyloiddegeneration beschränkt auf der Schleimhaut und der Zunge. Die terminalen Gefässschlingen zahlreicher Pupillen boten die charakteristischen Reactionen der Amyloidsubstanz dar. *A. D.*

W. W. Strogonow: «Bacteriologische Untersuchungen des Geschlechtscanales des Weibes in verschiedenen Lebensperioden». (Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. Nr. 6 u. 8. — St. Petersb. med. Wochenschr., Nr. 48, 1893.)

Im ersten Theil dieser fleissigen Arbeit gibt Verfasser eine ausführliche Uebersicht aller bis jetzt erschienenen Arbeiten, die Genitalsecrete der Frau während des Wochenbettes, während der Schwangerschaft und unter verschiedenen physiologischen und pathologischen Verhältnissen betreffend. Der 2. Theil macht den Leser mit der Methode bekannt, nach welcher Verfasser seine Untersuchungen angestellt hat und enthält eine durch zahlreiche Untersuchungsprotocolle ergänzte Beschreibung der Resultate folgender Untersuchungen:

Untersuchung der Scheide neugeborener Mädchen. Die Vagina Neugeborener ist gleich nach der Geburt, mithin auch während des intrauterinen Lebens steril. Die vaginale Ausscheidung ist von

schwach sauerer Reaction und enthält epitheliale Zellen. Eine Invasion der Mikroorganismen erfolgt bald nach der Geburt und sind schon gleich nach der ersten Wanne in der Scheide Mikroben nachweisbar, deren Eindringen durch das Versenken ins Wasser, durch Bestreichen der Geschlechtstheile mit Fett oder durch das Waschen der Genitalien ermöglicht wird.

Der Einfluss der Menstruation auf den Gehalt an Mikroorganismen in der Scheide und in dem Cervix.

Die Vagina enthält sowohl unmittelbar vor, während und nach der Menstruation eine Menge von Mikroorganismen. Die Quantität derselben variirt je nach der Art der Mikroben und je nach der grösseren oder geringeren Retention von Blut in der Scheide. Während der Menstruation wird die Rection der Vagina eine neutrale oder alkalische. In dem Cervix konnten in der Mehrzahl der Fälle keine Mikroben nachgewiesen werden. Die Reaction des Cervicalschleimes ist eine alkalische. In 30 Percent der Fälle wurden in den Gelatinekolben mit Vaginalsecret Mikroben nachgewiesen; das Cervicalsecret war in 90 Percent der Fälle steril.

Untersuchungen der Scheide und des Cervix alter Frauen.

Die Vagina enthält in allen Fällen bedeutende Mengen von Mikroben (Coccen, Diplococcen, Bacillen). Die hier vorkommenden Bacillen sind viel kleiner als sie bei Frauen in geschlechtsreifem Alter gefunden werden. Reaction der Scheide schwach sauer. Der Cervix wurde in der Hälfte der Fälle steril gefunden. Reaction alkalisch. Bei prolapsus uteri wurde in allen Fällen im Cervix ein Vorkommen von Mikroben allerdiegs nicht in hohem Grade nachgewiesen.

Untersuchungen der Scheide und des Cervix Schwangerer.

In der Vagina Schwangerer ist immer eine Menge von Mikroben enthalten. In normalen Fällen ist eine bestimmte Bacillenform vorherrschend, doch kommen neben derselben auch noch andere Formen vor. Mikroben, welche die Gelatine verflüssigen, werden selten gefunden. Die Reaction der Vagina während der Schwangerschaft ist eine entschieden sauere. Der Cervix enthält unter normalen Verhältnissen keine Mikroorganismen; sind solche jedoch vorhanden, so ist die Menge derselben eine äusserst geringe. Reaction alkalisch.

Der äussere Muttermund bildet somit in der Mehrzahl der Fälle die Grenze zwischen dem sterilen und dem Mikroorganismen enthaltenden Abschnitt des Genitaltractus.

Das Verhältniss des Abortes zum Bacteriengehalte der Scheide und des Cervix.

In der Vagina abortirender Frauen sind immer Mikroorganismen (Bacillen, Coccen, Diplococcen) enthalten. Die Reaction der Scheide neigt in diesen Fällen mehr zur alkalischen. Je weniger intrauterine Eingriffe vorgenommen werden und je längere Zeit nach solchen Manipulationen verstrichen ist, um so weniger Mikroorganismen werden constatirt.

In Bezug auf das Verhalten der Mikroben der Vagina und des vaginalen Bacillus zum Staphylococcus ergaben die Versuche STROGONOW's, dass die Producte der Lebensthätigkeit des Vaginabacillus auf den Staphylococcus einen vernichtenden Einfluss ausüben.

Was die Sterilität des Cervix und die dieselben bedingenden Ursachen anbetrifft, so hält sich STROGONOW auf Grund seiner Experimente für berechtigt sie durch folgende Factoren zu erklären. 1. Ein mehr oder weniger beständiges Moment — die Bacillen; die tödtende Wirkung des Cervicalschleimes und die zeitweiligen Momente; 2. die Wirkung der Menses und 3. wahrscheinlich auch der Lochien.

Die Resultate dieser umfangreichen und werthvollen Arbeit werden ohne Zweifel in Specialwerken von würdigerer Feder eine Berücksichtigung finden, wir haben dieselben nur in sofern registrirt, als sie zum Verständniss beizutragen im Stande sind, in wie reichem Masse die Natur den weiblichen Organismus vor dem Eindringen pathogener Mikroorganismen resp. des Staphylococcus und des Streptococcus geschützt hat.

In der Vagina finden die Mikroben einen ungeeigneten Nährboden, welcher die Virulenz und Lebensfähigkeit derselben vermindert, oder sie sogar in mehr oder weniger kurzer Zeit tödtet. Sie finden ausserdem in der Vagina einen Bacillus vor, welcher daselbst unter den geeignetsten Lebensbedingungen prosperirt und welcher durch Bildung von Säuren und durch andere Producte seines Stoffwechsels schädlich auf sie einwirkt. Gehen die pathogenen Mikroben dennoch nicht in der Scheide unter, sondern gelangen sie in den Cervix, so finden sie auch dort keinen geeigneten Nährboden — den Cervicalschleim. Wenn schliesslich, wie nach Analogie einiger anderer Secrete angenommen werden kann, der Schleim nur die vegetativen Formen der Mikroben tödtet, den Sporen gegenüber aber machtlos ist, so kommen dem Cervicalschleim die menstruellen Blutungen resp. die Lochien zu Hilfe, welche die Mikroorganismen auf rein mechanischem, möglicherweise aber auch auf chemischem Wege aus der Gebärmutter — resp. Cervixhöhle entfernen.

J. Simon: Herzkrankheiten bei Kindern. (Ref. nach la médecine moderne, Nr. 95, 1893.)

SIMON stellt in Kürze das Verhalten der chronischen Herzkrankheiten im Kindesalter gegenüber dem bei Erwachsenen fest. Die Unterschiede betreffen sowohl die Localisation an den Klappen, als die prognostische Bedeutung und die Symptomatologie.

So sei beim Kinde die Mitralinsufficienz im Zahlenverhältniss den übrigen Klappenfehlern noch weit mehr überlegen als beim Erwachsenen. Weit seltener als beim Erwachsenen und von viel geringerer Bedeutung sei die Aorteninsufficienz. Häufig sei die Entzündung des Endocards von Pericarditis begleitet, welch' letztere den Zustand ernster gestaltet.

Für die Diagnose wäre festzuhalten, dass die functionellen Symptome, wie Dyspnoe, bei Kindern fast immer fehlen, während die physikalischen Zeichen viel leichter zu beobachten sind als beim Erwachsenen.

Für die Fälle, wo die Herzgeräusch- Töne schwach oder intermittirend sind, wird das Verfahren von AZONLAY empfohlen, der durch Erheben der Arme und Beine des Kindes und Festhalten dieser Stellung die Kreislaufswiderstände steigert.

Die Behandlung besteht in point de feu oder Nésicatoines in der Präcordialgegend; in Verabreichung von Natr. salicyl., Digitalis, Jodkali. Coffeïn nur in den Eisenverbindungen.

Hat man mit nervösen Herzkranken zu thun, wird Bromkali gute Dienste leisten. Arsen, Hämoglobin zur Hebung des Kräftezustandes.

Strenge zu verbieten sind Seebäder, ja sogar der Aufenthalt am Meere. *Rie*

Dr. E. Monin (Paris): Ueber die Behandlung der Chlorose und des Lymphatismus. (Sociéte d'Editions scientifiques 1893.)

HAMILTON empfahl gegen die Chlorose die salinischen Abführmittel: dieser Autor hatte beobachtet, dass in den Fällen, in welchen der Darm sorgfältigst entleert wurde, die tonisch-reconstituirende Wirkung der Adstringentia und der Eisenpräparate sich rascher und vollständiger entfaltete.

Wie oft sehen wir übrigens nicht eine unvollkommene Blutbildung aus einer Asthenie des Verdauungsapparates hervorgehen? Ferner haben einige neue Beobachter, worunter wir Andrew CLARK und DUCLOS nennen wollen, gezeigt, dass die Autointoxication des Blutes in Folge habitueller Zurückhaltung der Fäces eine grosse Rolle in der Hervorrufung der pathogenen Phänomene der Chlorose, die sie zu einer Art Stercorämie machen, spielt. Anderntheils scheint es, dass man die bekannte Chlorosis fortiorum, die von WENDT (aus Berlin) beschrieben wurde, in Zusammenhang bringen müsse, sei es zu einer Congestion des Uterus, sei es zu Obstructionen der Unterleibsorgane, Zustände, bei denen die Purgirung mittels Wineralwässer vollkommen gerechtfertigt ist. Unter dem Einflusse dieser Behandlung sieht man in der That die trophischen Störungen auftreten, die an das Gangliennervensystem gebunden sind: ist die gastro-intestinale Adynamie überwunden, dann vertragen die Kranken wunderbar die Eisen- und Jodpräparate, für welche sie nur Ekel und unüberwindliche Abneigung empfanden.

Erinnern wir uns endlich, dass die Vermehrung des Blutserums ein constantes Vorkommniss bei chlorotischen Personen ist:

daher die Synonima Hydrämie oder seröse Polyämie. Nichts ist also berechtigter, um diesen Zustand falscher Plethora entgegenzutreten, als die Verabreichung der ungarischen Heilquelle in kleinen und wiederholten Dosen, die einen wahrhaftigen serösen Aderlass bewirkt. Dadurch und nicht auf eine andere Weise bekämpft man den Kopfschmerz bei Blutarmuth, die fortwährende Schlafsucht, die Ohnmachten, das Ohrensausen, die Dyspnoë, die Palpitationen, die Schlaffheit und Schwäche der Muskulatur und alle jene Symptome, die von einer serösen Stauung, von einer Pseudo-Polyhämie, die nichts anderes ist als Oligämie, herrühren. Ist einmal diese vorausgehende eliminatorische Arbeit beendet, dann wird die Wiedergeburt der Blutkörperchen gleichsam von selbst sich vollziehen, ohne Beihilfe irgend eines angeblich specifischen medicamentösen Agens — und dies nur in Folge der Steigerung der Plasticität, die eine relative Vermehrung der Blutkörperchen und eine verbesserte für das Gleichgewicht der physiologischen Functionen unerlässliche Blutbildung mit sich führt.

Wenn der Praktiker bei der grossen Zahl von abführenden Salzen und kathartischen Mineralwässern für gewöhnlich natürlichem ungarischen Hunyadi János Mineralwasser den Vorzug gibt, so geschieht dies darum, weil dieses Wasser eine unvergleichliche diluirende und antiplastische Wirkung auf den Darm und gleichzeitig eine elective tonische und wiederherstellende Wirkung auf die Blutbildung ausübt. Die Vereinigung dieser beiden Eigenschaften, die sich für gewöhnlich einander ausschliessen, erklärt sehr wohl diesen Vorzug, der bei den Aerzten raisonnirt, bei den Kranken intuitiv ist.

Hunyadi János ist ein mildes Abführmittel für den Darm, aber in eminentem Grade ein Hydragogum. Es übt vor Allem seine Wirkung auf das Duodenum, auf die Gallenwege und das venöse Absorptionsnetz aus. Diese sicher eintretende Wirkung bewährt sich bei allen acuten und chronischen Entzündungen. Wenn CULLEN die berühmte ungarische Heilquelle gekannt hätte, so würde er sie sicherlich und ohne weiters in die Classe der antiphlogistischen Abführmittel eingereiht haben, denn niemals veranlasst sie eine Irritation des Darmes, welcher Umstand die Anwendung desselben durch längere Zeit und in einem grösseren Umfange fortzusetzen gestattet, selbst bei Individuen, deren Magen die Purgirung mittels neutralen Salzen schlecht verträgt. Dies ist häufig der Fall bei chloro-anämischen und lymphatischen Personen, für die es demnach nothwendig ist, die Darmperistaltik zu steigern, die oft gestörten Secretionen des Verdauungsrohres und seiner Adnexe zur Norm zurückzuführen, den Blutkreislauf in's Gleichgewicht zu bringen, die Diurese anzuregen, den Appetit und die Ernährungsthätigkeit, die bei ihnen mit einer eusthenischen Zukunft so eng verbunden sind, zu heben.

Es ist unläugbar, dass bei dem Hunyadi János-Wasser alles zusammenwirkt, um im Haushalte diese vitale Thätigkeit der Exosmose und Endosmose zu verwirklichen.

Das Wasser wird in der Dosis von einem bis anderthalb Glas dargereicht werden, denn die Versuche AUBERT's und BURCKHEIM's haben dargethan, dass die kathartische Wirkung vor Allem von der eingenommenen Menge und nicht von dem mehr oder weniger concentrirten Zustand der Salzlösung abbängig ist. Die berühmte ungarische Quellen ist in dieser Beziehung von der Natur in wunderbarer Weise verarbeitet worden: die Natur hat aus diesem Wasser ein wahrhaftes Medicamentum ad pondus gemacht, wie es die Galenisten geträumt haben mögen.

Wenn wir das Gesagte kurz resumiren, so gelangen wir zu folgender Schlussfolgerung: Um die Hypopepsie, die Stercorämie und die Dyspepsie der Chlorotischen zu bekämpfen; um die Leukocythose zu beseitigen und die Verwandlung der Hämatoblaston anzuregen; um das verarmte Blut aufzubessern und den gastrischen Symptomencomplex zu beeinflussen, werden wir die salinischen Abführmittel fleissig anwenden, da ihnen unter den gedachten Umständen ein bedeutender Heilwerth zukommt. Vor allen anderen Mitteln jedoch wird das natürliche ungarische Mineralwasser Hunyadi János unseren Vorzug haben: derselbe ist denn auch vollkommen gerechtfertigt.

D. T.

Tagesnachrichten und Notizen.

Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 22. d. M. unter dem Vorsitze des Prof. Kaposi abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien wurde die Aufmerksamkeit der Anwesenden durch eine Reihe interessanter Demonstrationen rege erhalten. Doc. v. Hacker demonstrirte einen Fall mit aus dem Rectus abdominis gebildetem Sphincter Dr. Müller stellt hierauf drei Fälle vor, u. zw. einen Fall von Enophthalmus traumaticus, einen Fall von Cilieneinklemmung im Auge und einen Fall von Hydrops des Sinus frontalis. Assistent Dr. J. Schnitzler berichtet dann über die Beziehungen des Bacterium coli bei diabetisch gemachten Thieren zur Pneumaturie, wobei er mehrere Präparate demonstrirt. Zur Discussion über Hofr. Billroth's Vortrag «Ueber Aneurysmen» ergriff Prof. Paltauf das Wort, wobei er den Begriff der Bezeichnung «Aneurysma» genau präcisirte und auf Grund seiner reichen Erfahrungen die pathologisch-anatomischen Befunde bei den verschiedenen Aneurysmen für deren Eintheilung verwerthete. Da von den zur Discussion eingetragenen Herren die meisten fehlten, musste die Discussion abgebrochen werden, ebenso musste der von Dr. Latzko angekündigte Vortrag: «Einfluss der Chloroformnarcose auf die Osteomalacie» wegen der vorgerückten Zeit verschoben werden. Aus der administrativen Sitzung der Gesellschaft ist nachzutragen, dass der Antrag, einen Numerus clausus von 500 Mitgliedern zu schaffen, sowie die Einschreibegebühr von 5 fl. auf 20 fl. zu erhöhen, angenommen wurde. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung findet sich in der nächsten Nummer. — Der Wiener medic. Club hielt am 20. d. M. eine Plenarversammlung ab, bei welcher der Schriftführer Dr. Schlesinger ein erfreuliches Bild über die wissenschaftlichen Leistungen, sowie über das stete Gedeihen des Vereines entwickelte. Hierauf wurde eine grössere Anzahl neuer Mitglieder aufgenommen, die DDr. J. Weiss und Singer zu Revisoren und der frühere Ausschuss einstimmig wiedergewählt. — In der Sitzung der dermatologischen Gesellschaft am 16. d. M. wurde Prof. Lang zum Vorsitzenden, Doc. Dr v. Hebra zum stellvertretenden Vorsitzenden, Doc. Dr. Grünfeld zum Cassier, Dr. Nobl zum ersten, Dr. Rille zum zweiten Schriftführer gewählt.

* Vom Obersten Sanitätsrath. In der Sitzung des k. k. Obersten Sanitätsrathes vom 16. December d. J. gelangten nach mehreren geschäftlichen Mittheilungen nachstehende Gegenstände zur Berathung und Beschlussfassung. 1. Gutächtliche Aeusserung, betreffend die Erspriesslichkeit der Heranbildung eines thierärztlichen Personales niederer Kategorie durch Einführung eines thierärztlichen Unterrichtes an landwirthschaftlichen Lehranstalten. (Referent O. S. R. Prof. Dr. Polansky.) 2. Begutachtung der Betriebsanlage einer Petroleum-Raffinerie mit Rücksicht auf die Gefährdung der Fischerei und Austernzucht durch die aus derselben in das Meer gelangenden Abwässer. (Referent O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ludwig.) 3. Gutachten über die Zulässigkeit der Erzeugung und des Verkaufes der getrockneten sogenannten dürren Würste. (Referent O. S. R. Prof. Dr. Max Gruber.) Der Oberste Sanitätsrath stellte die Bedingungen fest, unter welchen die Herstellung und der Vertrieb dieses Artikels vom sanitätspolizeilichen Standpunkte statthaft erscheint. 4. Gutächtliche Aeusserung über die Statthaftigkeit einer von einer nichtärztlichen Heilperson im Auslande betriebenen Heilmethode, welche sowohl den Grundsätzen der medicinischen Wissenschaft als auch Sittlichkeitsrücksichten widerstreitet. (Referent O. S. R. Dr. R. v. Wiedersperg.) Der Oberste Sanitätsrath nahm von dieser Verhandlung Anlass, die Irreführung des unkundigen Publicums durch allerlei nichtige, den einfachsten medicinischen und hygienischen Grundbegriffen zuwiderlaufende Heilmethoden, welche in gewinnsüchtiger Absicht von unberufenen Personen angepriesen werden, der Besprechung zu unterziehen und die strenge Handhabung der diesen Gegenstand betreffenden sanitätspolizeilichen Vorschriften, sowohl in Bezug auf die Hintanhaltung der Ausübung derselben, als auch auf die Verbreitung unstatthafter Reclamevorschriften zu empfehlen. 5. Am Schlusse wurde mit Rücksicht auf die Fortschritte

in der Kenntniss der Wirksamkeit der Desinfectionsmittel in Berathung gezogen, inwiefern die gegenwärtigen für die Hebammenpraxis bestehenden Vorschriften, betreffend die Anwendung von Desinfectionsmitteln einer Abänderung zu unterziehen wären. (Referent O. S. R. Hofrath Prof. Dr. G. Braun.)

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — St. Petersburg. Docent Dr. L. Bellarminow wurde zum ausserordentlichen Professor der Augenheilkunde an der militärmedicinischen Academie ernannt.

* Der ärztliche Verein im VIII. Bezirke (Obmann Professor Schauta) in Wien ersucht uns um Aufnahme folgender Resolution: «Der ärztliche Verein des VIII. Bezirkes in Wien spricht seine Entrüstung über das die ärztliche Standesehre in so empfindlicher Weise schädigende Vorgehen des Dr. Ritscher aus, und bedauert auf das Lebhafteste, kein weiteres Mittel zu besitzen, um solch einem Unfuge ein Ende zu machen.»

* X. Oesterreichischer Aerztevereinstag. Derselbe wird am 27. und 28. April 1894 in Wien abgehalten. Tagesordnung: 1. Eröffnung des Vereinstages durch den Vorsitzenden des Geschäftsausschusses. 2. Bericht über die Prüfung der Legitimationen der Delegirten. 3. Wahl des Bureaus des Aerztevereinstages. 4. Rechenschaftsbericht des Geschäftsausschusses über seine Thätigkeit in der abgelaufenen Geschäftsperiode. 5. Cassenbericht des Verbandes und Festsetzung des Präliminars und Jahresbeitrages für die nächste Geschäftsperiode. 6. Bericht über das Unterstützungs-Institut für Witwen und Waisen und Rechnungslegung (Referent: Dr. Em. Blum-Wien). 7. Referat über die Ausgestaltung des ärztlichen Vereinswesens in Oesterreich, die Stellung der ärztlichen Vereine zu den Aerztekammern und über das Verhältniss des Aerztevereinsverbandes zu den Kammern. (Referent: Dr. Karl Kohn-Wien). 8. Referat betreffend die Rechte und Pflichten der Aerzte (Referent: Reg.-Rath Dr. Gauster-Wien). 9. Referat betreffend die Krankencassen. (Referent: Prof. Dr. Janovský-Prag). 10. Referat über den Ausbau der Sanitätsgesetzgebung in Oesterreich. (Referent: Dr. Heinrich Adler-Wien). 11. Wahl des Geschäftsausschusses für die nächste Geschäftsperiode. 12. Anträge der Vereine. 13. Anträge der Delegirten.

Die dem österr. Aerztevereinsverbande angehörigen Vereine werden ersucht, ihre Delegirten und Delegirten-Stellvertreter zum Aerztevereinstage nach § 4 der abgeänderten Statuten des Aerztevereinsverbandes zu wählen und sie dem Geschäftsausschusse bekannt zu geben. § 4 der Statuten lautet: «Jeder dem Aerztevereinsverbande beitretende ärztliche Verein erwählt mindestens einen, Vereine welche über 50 Mitglieder haben, für je 25 einen Delegirten, wobei eine 25 überschreitende Zahl als volle 50 angenommen wird. Wenn Vereine aus Sectionen zusammengesetzt sind, welche getrennten Bezirken eines Kronlandes angehören, so sind die Delegirten durch die einzelnen Sectionen in der für selbstständige Vereine festgesetzten Zahl zu wählen. Die General-Versammlung solcher Vereine kann ausserdem einen Delegirten wählen.»

Der Geschäftsausschuss des österr. Aerztevereinsverbandes:

Der Schriftführer: Dr. Karl Kohn. Der Vorsitzende: Dr. Moritz Gauster.

Budapest. Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. In der am 9. d. M. abgehaltenen Jahresversammlung wurde der Balassapreis von 400 Gulden ausgeschrieben auf eine «Studie über tuberkulöse Knochenentzündung und Knochengeschwür, in ätiologischer, bacteriologischer und hystologischer Beziehung, — und Abhandlung über deren Heilmethoden auf Grund selbstständiger klinischer und statistischer Daten.» Einsendungstermin 31 Mai 1895. — Dem vom ersten Sekretär verlesenen Jahresberichte entnehmen wir, dass im abgelaufenen Jahre 20 Vorträge und 61 Demonstrationen abgehalten wurden und dass der Verein 457 ordentliche und 167 correspondirende Mitglieder zählt. Die Vereinsbibliothek besitzt gegenwärtig 5424 Werke in 9635 Bänden; Fachzeitungen und periodische Schriften liegen 70 im neuen Lesesaal auf. Aus dem Ivanchich-Fond wurden 770 fl. an verarmte Collegen oder deren Witwen vertheilt. Neue ordentliche (hauptstädtische Mitglieder wurden 49, correspondirende 2 gewählt u. zw. Victor Horsley in London und Heinrich Fritsch in Bonn.

* Rom. Der ausgezeichnete römische Kliniker Guido Baccelli, ist als Unterrichtsminister in das Cabinet Crispi berufen worden. Baccelli war bereits 1880—84 unter der Minister präsidentschaft Cairoli's und Depretis' Unterrichtsminister.

* Spanien. Die hygienische Academie von Katalonien hat fünf Preisaufgaben gestellt, an deren Bearbeitung sich Autoren aller Länder betheiligen können.

1. Hygiene des weiblichen Geschlechts (higiene de la mujer.)
2. Welche hygienischen Massregeln sind für die Volksschulen erforderlich? (condiciones higiénicas quehon de reunir las escuelas des linadás á la primera ensenunza)
3. Ueber die Verbreitungsstoffe des Typhus und den Modus der Beseitigung. (medios de pronagación de la fiebre tifoidea y menera de amularlos.)
4. Welche Massregeln sollen die Behörden ergreifen zur Verhütung des Tuberkelcontagium? (medidas que deben tomar los municipias para evitar el contagio de la tuberculosis.)
5. Ueber ein beliebiges Thema (asunto libre.)

Jeder Preis besteht in einer silbernen Medaille mit Bezeichnung des Namens und Titels des prämiirten Autors. Die Arbeiten sind bis zum 15. Februar an Sr. Dr. J. Queraltó, Ronda de San Antonio, 25 bis, pral., Barcelona, einzusenden.

(Revista de med. y cirurgia prácticas. — Deutsche Medic.-Ztg.)

* Von der «Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften» herausgegeben von Hofrath Prof. Drasche (Max Merlin, Wien-Leipzig) ist soeben die 15., 16. u. 17. Lieferung zur Ausgabe gelangt. Dieselben enthalten die Artikel: Degeneratives Irresein von Dr. Robert Sommer (Würzburg), Dementia und Dementia senilis von Prof. Kirn (Freiburg i. B.) Dementia paralytica von Prof. v. Wagner (Wien), Diabetes mellitus und insipidus von Prof. Kraus (Wien), Diarrhoe von Prof. Schweninger (Berlin), Diphtherie von Escherich (Graz), Duodenalstenose und Dysenterie von Dr. J. Boas (Berlin), Dysarthrie, Dysgraphie, Dyslexie von Doz. Sommer (Würzburg), Dystrophia muscularis progressiva von Prim. Higier (Warschau), Eclampsia infantum von Assistent Dr. Loos (Graz), Eingeweidewürmer des Menschen von Hofrath Prof. C. Claus (Wien.) Mit der letzterschienenen Lieferung 17, zugleich das 10. Heft des Bandes «Interne Medicin und Kinderkrankheiten» schliesst der I. Halbband dieser Disciplin, reich illustrirt mit einer Farbendrucktafel und 55 einzelnen Abbildungen.

* Praetorius' österreichischer Medicinal-Schematismus, dieses längst bekannte und vorzügliche Hand und Hilfsbuch, ist für 1893—94, neu bearbeitet von Dr. E. Fischer, soeben im Verlage von Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig, erschienen. — Ein Vorzug, der das Werk von den mehrfachen Concurrenz-Unternehmungen wohl am meisten unterscheidet, besteht darin, dass das gesammte überaus reichhaltige Material (der Schematismus umfasst 41 Druckbogen) Dank der wohlwollenden und nachhaltigen Förderung des Ministeriums des Innern, auf durchaus amtlichem Wege erwirkt werden konnte. Gerade dieser so werthvolle Umstand ist es, der dem Buche ein officielles Gepräge verleiht und es zu einem unentbehrlichen Nachschlagwerke gestaltet, sowohl für die Zwecke der politischen Aemter, für öffentliche und private Verwaltungsstellen, als auch insbesondere alle zu dem Sanitätswesen in Beziehungen stehenden industriellen und kaufmännischen Unternehmungen, denen hier ein Adressenmaterial geboten wird, wie es sich in gleicher Vollständigkeit und Zuverlässigkeit sonst nirgends findet, denn neben den Adressen sämmtlicher graduirter und diplomirter Aerzte, haben auch diejenigen der Thierärzte, Apotheker und Hebammen Aufnahme gefunden und ein sorgfältig gearbeitetes Orts-Verzeichniss und Namens-Register erhöht die Brauchbarkeit des gut ausgestatteten Buches wesentlich. Der Preis von 3 fl. für das gebundene Exemplar muss ein sehr mässiger genannt werden.

* Cholera-Nachrichten Oesterreich-Ungarn. In der abgelaufenen Woche vom 12.—19. December sind in Galizien in 3 Gemeinden 8 Personen an Cholera erkrankt, 4 Personen (davon 2 Kranke aus früheren Berichtswochen) gestorben. — In Ungarn sind während der Woche vom 29. November bis 5. December in 11 Gemeinden 20 Erkrankungen und 13 Todesfälle in Folge von Cholera vorgekommen. Gegen die Vorwoche hat sich die Zahl der Erkrankungen um 25, jene der Todesfälle um 13 vermindert. — Russland. Die Cholera ist fast in allen Gouvernements im Zurückgehen begriffen.

* Influenza. Wien. Im Laufe der letzten Woche hat die Zahl der Krankheitsfälle ganz erheblich abgenommen.

* Todesfall. Der Geh. San.-Rath Dr. Guttmann, Herausgeber eines der hervorragendsten deutschen medicinischen Journale, der Deutschen Medicinischen Wochenschrift, ist am 22. d. M. in Berlin an Influenza gestorben.

* Herr Dr. H. Kümmerling hat seine massageärztliche Praxis in Abbazia aufgenommen.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in der Stadt Feldsberg, Bezirkshauptmannschaft Mistelbach in Niederösterreich, ist vom 1. Februar 1894 an zu besetzen. Jahresgehalt 250 fl., dagegen ist die Behandlung der Ortsarmen und die Todtenbeschau unentgeltlich zu leisten. Bewerber, welche Doctoren der gesammten Heilkunde sein sollen, haben ihre gehörig belegten Gesuche bis 15. Jänner 1894 an das Bürgermeisteramt Feldsberg zu richten, das auch nähere Auskünfte ertheilt. Die Stadt Feldsberg zählt 450 Häuser und über 3000 Einwohner, ist der Sitz eines k. k. Bezirksgerichtes, Steueramtes und der fürstlich Johann Liechtenstein'schen Gutsverwaltung, hat eine 6classige Volksschule und eine n.-ö. Acker-, Obst- und Weinbauschule. In nächster Nähe liegen die Ortschaften: Bischofswart, Reinthal, Kotzelsdorf, Schwattenberg, Herrenbaumgarten und Garschönthal die ziemlich gross sind und keinen Arzt haben.

Districtsarztesstelle für den District Lhota Jestřabi mit dem Amtssitze Kolin (Böhmen). Der Sanitätsdistrict Lhota umfasst 10 Gemeinden mit dem Flächenausmasse von 70·29 Qu.-Kilom. und 5964 Einw. Mit dieser Stelle, welche am 1. Jänner 1894 anzutreten ist, ist der Jahresgehalt von 400 fl. ö. W. und ein Reisepauschale von 160 fl. 58 kr. verbunden. Bewerber haben ihre mit den im § 5 des Gesetzes vom 23. Februar 1888 geforderten Nachweisen belegten Gesuche bis längstens 26. December 1893 beim Gemeindeausschusse in Kolin einzubringen.

Districtsarztesstelle in Szczurowice, Brodyer Bezirk (Galizien), mit 22 Ortschaften, 22 300 Einw. und 390 Qu.-Kilom. Flächenausmass; 500 fl. Gehalt, 400 fl. Reisepauschale. Gesuche sind bis Ende Jänner 1894 an den Bezirksausschuss in Brody zu richten.

Prosectorstelle beim allgemeinen Krankenhause in Lemberg (Galizien). 1200 fl. Gehalt; 3 Quinquennalzulagen je 200 fl. Gesuche sind bis 15. Jänner 1894 an die Direction des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg zu richten.

Districtsarztesstellen (Krain), und zwar: a) mit dem Jahresgehalte von 800 fl.; 1. in Rieg, 2. in Senosetsch, 3. in Tschernembl, 4. in Wochreiner Feistritz. b) Mit dem Jahresgehalte von 700 fl; 1. in Möttling. c) Mit dem Jahresgehalte von 600 fl.; 1. in Adelsberg, 2. in Loitsch. Bewerber um eine dieser Stellen haben ihre Gesuche bis zum 31. December 1893 beim krainischen Landesausschusse in Laibach einzubringen und in denselben das Alter, die Berechtigung zur Ausübung der ärztlichen Praxis, die österr. Staatsbürgerschaft, physische Eignung, moralische Unbescholtenheit, bisherige Verwendung und Kenntniss der slovenischen und der deutschen Sprache nachzuweisen.

Gemeindearztesstelle im Sanitätssprengel Vigo Lomaso (Tirol), polit. Bezirk Tione, bestehend aus den Gemeinden Campo, Comano, Fiavé und Lundo, mit jährlichen 1900 fl. Gesuche bis längstens 30. December l. J. an das Gemeindeamt daselbst.

Districtsarztesstelle in Weldzirz (Galizien), Dolinaer Bezirk, mit 18 Gemeinden, 935 Qu.-Kilom. und 15.857 Einw. Gehalt 700 fl., Reisepauschale 400 fl. Gesuche sind bis 25. December l. J. an den Bezirksausschuss in Dolina einzusenden.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 12 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Neue Arzneimittel, Referate, Kleinere Mittheilungen und Arzneiverordnungen, Hygiene. Pharmakologie und Toxikologie.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit **1. Jänner 1894** beginnt ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom 1. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende December erlischt, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"
Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

Radeiner Sauerbrunnen

besonders empfohlen bei (1483)

Influenza.

Depot: I. Bezirk, Fleischmarkt Nr. 8

Trikresol „Schering".

Kräftiges Wunden-Desinficiens, **übertrifft Carbolsäure** um das Dreifache an Wirksamkeit.
Zu beziehen durch die Apotheken und Droguenhandlungen.
Berlin N.
Chemische Fabrik auf Actien
(1436) **(vorm. E. Schering.)**

Neu erschienen

in der Sammlung von Abel's kurzen medizinischen Lehrbüchern im Jahre

1893

folgende 10 Bände:

Chirurgie, Specielle von Krüche. 8. Aufl. gb. M. 6.75.
Elektrotherapie von Pierson-Sperling 6. Aufl. gb. M. 6.75.
Frauenpraxis, 100 Fälle der. v. Auvard, Vorw. v. Winckel. M. 6.—.
Innere Medizin ohne Nervenkrankheiten von Dippe. gb. M. 6.25.
Krankendienst von Guttmann. brosch. M. 4.—, gebd. M. 4.75.
Nervenkrankheiten von Mobius. gbd. M. 4.50.
Nieren-Chirurgie von P. Wagner, gebunden M. 5.—.
Psychiatrie v. Prof. Kraepelin. 4. Aufl. br. M. 13.50, gebd. M. 14.25.
Sexualkrankheiten Die contagiösen, v. Freitag. 6.75.
Suggestion u. Hypnose v. Hirsch. gb. M. 3.75.

Ausführliche Prospekte kostenfrei.

Durch jede Buchhandlung zu beziehen, **wo nicht erhältlich, gegen Einsendung des Betrages direkt** von der Verlagsbuchhandlung

Ambr. Abel (Arthur Meiner) in Leipzig.

ABBAZIA Kurarzt **Dr. Szemere,** Spezialist für Brust- und Halskrankheiten. Wohnung: Villa Szemere. (1402)

Gemüths- und Nervenkranke

finden in

Dr. Svetlin's Heilanstalt

Wien, III., Leonhardgasse Nr. 1 bis 5

jederzeit Aufnahme und sorgsamste Pflege. (898)

Condurango-Wein

(dargestellt in *Schering's Grüne Apotheke in Berlin N.*) ist nach Mittheilungen des Herrn Dr. Wilhelmy in Nr. 29 der „Berl. klin. Wochenschrift" vom 19. Juli 1886 und des Herrn Dr. L. G. Kraus in Nr. 6 der „Internationalen Klinischen Rundschau" vom 9. Februar 1890 ein *ausgezeichnetes Heil-, resp. Linderungs-Mittel* bei *Magenkrebs und anderen Magenleiden.* — Zu haben nur in Originalflaschen von 500 und 250 Gramm Inhalt. — **Wien:** C. Haubner's **Engel-Apotheke; Budapest:** Josef v. Török; **Grosswardein:** Alexander Heringh und Georg Nyiry; **Arco:** A. Breuer. (1000)

Heinr. Boecker in Wetzlar

liefert in grosser Auswahl und zu civilem Preis

Mikroskopische Praeparate

aus allen Gebieten, besonders auch eine grosse Sammlung pathologischer Objecte. Katalog XVII gratis. (1430)

ARCO (Südtirol) Kurarzt (1399) **Dr. H. Wollensack.**



Dr. Hommel's Hämatogen

(Hämoglobinum depuratum sterilisatum liquidum).

Das vollkommenste aller existirenden Hämoglobinpräparate. Uebertrifft an Wirksamkeit **alle Leberthran- und künstlichen Eisenpräparate.** Ausserordentliches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene. **Energisch blutbildend. Mächtig appetitanregned.**

Die Verdauung kräftig befördernd. Grosse Erfolge bei **Rhachitis, allgem. Schwächezuständen, Anämie, Herz-** und **Nervenschwäche, Reconvalescenz,** (Pneumonie, Influenza etc. etc.)

Vorzüglich wirksam bei **Lungenerkrankungen** als Kräftigungskur.

Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern gern genommen.

Dosen: Säuglinge 1—2 Theelöffel mit der Milch gemischt (nicht zu heiss!!) Grössere Kinder 1—2 Kinderlöffel (rein), Erwachsene: 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen wegen seiner eigenthümlich **stark appetitanregenden Wirkung.**

Versuchsquanta und Prospecte mit Hunderten von ärztlichen Gutachten den Herren Aerzten gratis und franco. Dépôts in den Apotheken. Verkauf in Originalflaschen à fl. 2 ö. W.

Nicolay & Co., chem.-pharm. Labor. **Zürich.**

☛ Einige ärztliche Gutachten belieben Sie in Nr. 6 und 16 dieser Zeitschrift nachzulesen.

Schering's Piperazin,

vorzügliches Lösungsmittel für Harnsäure, Harngries und harnsaure Harnsteine. Dasselbe löst sieben Mal mehr Harnsäure als Lithion, daher von Aerzten empfohlen gegen **harnsaure Diathese und Folgezustände.**

Schering's Phenocoll. hydrochloric.

D. R. P. 59121

vorzügliches Antipyreticum, Antineuralgicum, Antinervinum. «Bewährtes Mittel bei Malaria.»

Benzonaphtol puriss.

für innerlichen Gebrauch nach Professor Ewald.

Laevulose, Zucker für Diabetiker.

Chloralamid Ph. G. III D. R. P. No. 50586, vorzügliches Schlafmittel. (Chloralamid darf nur in **kaltem** Wasser gelöst werden und ist am besten vorher fein zu zerreiben.) Brochüren über obige Präparate stehen auf Wunsch zu Diensten. Zu beziehen durch die Apotheken und Droguenhandlungen.

Formalin-Schering (Formaldehyd) ausgezeichnetes Antisepticum und Desinficiens, wirkt fast wie Sublimat und ist dabei relativ ungiftig (cfr. Pharmac. Zeitung 1893, No. 22). Anwendung in 1/2, 1 und 2%iger Lösung.
Litteratur über Formalin-Schering zu Diensten.

Jodrubidium (D. R. P. 66286).

Berlin N.

Chemische Fabrik auf Actien
(1383) (vorm. E. Schering).

SACCHARIN

300 MAL SO SÜSS WIE ZUCKER,

Indikation: Als Ersatz des Zuckers bei **Diabetes mellitus** und Fettsucht, wegen seiner gährungs- und fäulnisshemmenden Wirkung gegen Magen- und Darmkatarrhe, bei verschiedenen Mund-Affektionen, Caries der Zähne etc., **wichtiges Antisepticum,** vorzügliches **Corrigens** für alle bitter und unangenehm schmeckenden Arzneimittel (Salze, Alkaloide). (1412)

General-Vertretung bei

JULIUS JALOWETZ, Wien, II., Kaiser Josefstr. 20.

RONCEGNO

Stärkstes natürliches arsen- und eisenhaltiges Mineralwasser

empfohlen von den Herren Professoren: Albert, Benedikt, Bergmeister, Billroth, Braun, Chrobak, Drasche, Gruber, Hofmokl, Kahler, Kaposi, Krafft-Ebing, Lang, Monti, Neumann, Nothnagel, Oser, Rokitansky, Reder, Stoffela, Wiederhofer etc.

bei Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Blutleere, Malaria etc.

Die Trinkkur wird das ganze Jahr gebraucht. (1143)

Bade-Etablissement

ersten Ranges, Hydro- und Electrotherapie, Dampfbäder, Massage, Molken- und Traubenkur in Roncegno, Südtirol, 535 Meter Seehöhe, windgeschützte herrliche Lage, schattige Promenaden, lohnende Ausflüge, würzige Luft, konstante Temperatur 18—22° R., 3 Stunden von der Eisenbahnstation rient entfernt. — Saison Mai bis Oktober. — **Prospecte und Auskünfte durch die Bade-Direction in Roncegno.**

Depots in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken.

Medicinal-Weine.

Von der k. k. Landwirthschafts-Gesellschaft etc. wiederholt mit: **Staatspreis, goldene Medaille, Ehrendiplom etc.** prämirte:

Natur-Echte Oesterreicher-Weine

abgelegene, selbstgekelterte Jahrgänge der anerkannt renommirten Gebirgslagen: Hadres-Markersdorf, Mailberg, Zuckermandl

(seit 1855) empfiehlt: (seit 1855)

Thomas Krug, Weingärtenbesitzer

in Hadres-Markersdorf (bei Mailberg) in N.-Oest.

Roth- und Weissweine in Flaschen von 36 kr. per Flasche | aufwärts
Flaschenreife Weine in Gebinden von 34 kr. per Liter |

(1415) **Filialkellereien & Comptoir:**

Wien, XIX., Oberdöbling, Hauptstrasse 3.

Privat-Heilanstalt

für

Gemüths- und Nervenkranke

in Oberdöbling, Hirschengasse 71. (888)



Biliner Sauerbrunn!

hervorragendster Repräsentant der alkalischen Säuerlinge

in 10.000 Theilen: kohlens. Natron 33·6339, schwefels. Natron 7·1917, kohlens. Kalk 4·1050, Chlornatrium 3·8146, schwefels. Kali 2·3496, kohlens. Magn. 1·7157, kohlens. Lithion 0·1089, feste Bestandtheile 53·3941, Gesammtkohlensäure 47·5567, Temperatur 12·30° C.
Altbewährte Heilquelle für Nieren-, Blasen-, Magenleiden, Gicht, Bronchialkatarrh, Hämorrhoiden etc. Vortrefflichstes diätetisches Getränk.

Pastilles de Bilin

(Verdauungszeltchen).
Vorzügliches Mittel bei Sodbrennen, Magencatarrhen, Verdauungsstörungen überhaupt.
Depôts in allen Mineralwasser-Handlungen, Apotheken und Droguen-Handlungen. (1284)
Brunnen-Direction in Bilin (Böhmen).

Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten.

Brand & Co.'s Essence of Beef.

Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.

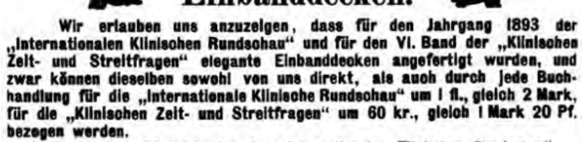
Diese Fleisch-Essenz besteht ausschliesslich aus den Säften des feinsten Fleisches, welche nur durch gelinde Erwärmung und ohne Zusatz von Wasser oder andern Stoffen gewonnen werden. Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, dass die hervorragendsten Autoritäten dasselbe seit vielen Jahren als **Stärkungs- und Belebungsmittel mit ausserordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben.**

„LANCET" brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz auf welche wir uns speciell hinzuweisen erlauben.

BRAND & Comp. Mayfair, London W.

Auszeichnungen. — **(Gründungsjahr: 1835.)** — *Preis-Medaillen.*

Depôts in Wien: Pezoldt & Süss, I., Schottenhof; **Köberl & Plentok,** I., Kärntnerstrasse 33; **A. Hagenauer,** I., Tuchlauben 4; **M. Löwenthal,** I., Heidenschuss 3; **Math. Stalzer,** I., Lichtensteg 5. (1247)



Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1893 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

MOORBÄDER IM HAUSE.



Einziger natürlicher Ersatz für Mineralmoorbäder im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Heinrich Mattoni (1115)

FRANZENSBAD, WIEN, (Tuchlauben, Mattonihof), KARLSBAD, Mattoni & Wille in Budapest.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9

VII. Jahrgang. **Wien, 31. December 1893.** **Nr. 53.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

An unsere Leser!

Vom ersten Januar 1894 an soll die seit sieben Jahren bestehende

„Internationale Klinische Rundschau"

mit einem erweiterten Programm erscheinen, welches den im Titel angedeuteten internationalen Charakter des Blattes in noch höherem Grade zum Ausdruck bringen soll, als dies bisher geschah.

Zu diesem Zwecke haben wir eine Anzahl auswärtiger Autoritäten gewonnen, welche sich nicht nur an der Mitarbeiterschaft, sondern auch an der Redaction unseres Blattes betheiligen werden, und wir haben bisher Zusagen von folgenden berühmten Klinikern erhalten: **Baccelli** (Rom), **Bassini** (Padua), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Semmola** (Neapel), **Thiry** (Brüssel).

Wir freuen uns bald Gelegenheit zu haben, Arbeiten aus der Feder dieser ausgezeichneten Geehrten und solche, die aus deren Kliniken hervorgehen, in unserem Blatte veröffentlichen zu können. Es wird weiterhin das Bestreben der «Internationalen Klinischen Rundschau» sein, in ihrer «Zeitungsschau» eine wahrhaft internationale Uebersicht über die Fortschritte unserer Wissenschaft zu bieten, und ebenso in den kritischen Referaten alle beachtenswerthen Erscheinungen einer eingehenden Würdigung zu unterziehen. Die Verhandlungen in- und ausländischer Gesellschaften und Congresse sollen nach wie vor besondere Berücksichtigung finden; die Standesfragen werden von berufener Seite entsprechende Behandlung erfahren. Die monatlich erscheinende Beilage «Therapeutische Blätter» wird unsere Leser über die Fortschritte der Heilmittellehre im engeren Sinne unterrichten. Die grosse Anzahl trefflicher Referenten, welche wir im Laufe der letzten Jahre zu gewinnen so glücklich waren, im Vereine mit den hervorragenden Autoritäten, welche vom 1. Januar 1894 an einen Theil ihrer Kraft unserem Blatte widmen wollen, wird es uns ermöglichen, die «Internationale Klinische Rundschau» zu einem Journale zu gestalten, welches, ganz abgesehen von seinem selbstständigen Werthe, auch neben jedem anderen Blatt gerade durch die Eigenart seiner Bestrebungen und seinen vorwiegend internationalen Charakter, als eine geradezu nothwendige Ergänzung wird gelten müssen.

Für die Redaction
der
„Internationalen Klinischen Rundschau"
Dr. Arthur Schnitzler.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern

Die Behandlung der Blepharitis, des consekutiven Ektropium post blepharitim und Ektropium senile, s. sarcomatosum.

Von

Dr. Fukala, Augenarzt in Pilsen.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Das Ektropium post Blepharitim.

Dieses ist neben den Ektropien nach Verbrennungen und nach Caries die häufigste Form; die Ursache der Häufigkeit liegt in dem häufigen Vorkommen der Blepharitis bei jungen und älteren Leuten. Da die Lidrandentzündung ein Leiden ist, welches der ärztlichen Behandlung hartnäckigen Widerstand leistet und besonders häufig recidivirt, begünstigt ein Uebel eine Reihe von consecutiven anderen; die Reizung der Conjunctiva trägt zur Zunahme der Geschwüre am Lidrand bei; consecutiv entwickelt sich daraus im reflectorischen Wege ein reichlicher Thränenfluss, in Folge dessen die übermässigen Thränen nicht auf normalem Wege durch den Thränensack zur Nase hin abgeleitet werden können, sondern über den Lidrand auf die Wange hinabfliessen. Ist der Zustand einmal zu diesem Grade gediehen, dann ist eine Rückkehr der unteren Lider zur Norm nicht mehr möglich.

Zwei Momente sind es, die die Entwicklung des Ektropiums in solchen Fällen befördern; vor Allem wird der untere Thränenpunkt aus dem Thränensee nach aussen hin evertirt; so, dass bald darauf die normale Thränenableitung gänzlich aufhört. Aus diesem Uebel entwickelt sich Anfangs langsam, später ziemlich rasch ein zweites: Acute Dermatitis des unteren Lides und Wange, die mit der Zeit in chronischen Zustand übergeht und nun entsteht durch die Schrumpfung der Haut am unteren Lid das Ektropium, gegen welches jede medikamentöse Behandlung vergeblich angewandt wird.

Neben Salben und Collyrien sind gegen dieses Ektropium oft auch die operativen Eingriffe ganz vergeblich; da das Uebel in der oculistischen Praxis häufig vorkommt, ist gegen selbes eine Reihe von verschiedenen Operationsmethoden angewandt worden und letzter Umstand allein beweist, dass solche Ektropien schwer heilbar sind.

Ich habe seit 2 Jahren gegen dieses Ektropium eine Methode angewandt, welche sich in jeder Beziehung vollkommen bewährt hat. Sie besteht darin, dass die Lidhaut vom Knorpel nach der bekannten v. Graefe's Weise[4]) in der ganzen Länge des Lides lospräparirt und hierauf den Rand des Knorpels sammt der an ihm haftenden Bindehaut an die Lidhaut, jedoch viel tiefer, der ganzen Länge und Fläche nach angenäht wird. Es wird nach der Lospräparirung der Haut vom Knorpel, was nur in der Narkose möglich ist, im äusseren Winkel ein dreieckiges Stück von der Haut, in derselben Weise, wie v. Graefe es angegeben hat, herausgeschnitten; dadurch soll der in der Regel verlängerte Lidrand kürzer gemacht werden und richtet sich selbstverständlich stets die Breite des herauszuschneidenden Dreieckes nach der Verlängerung des Lides. Die Nähte werden nach derselben Weise angelegt, wie bei der Snellen'schen Fadenoperation[5]); es wird nämlich zuerst die Nadel nahe vom äusseren Winkel und etwa 4 *mm* von den Wimpern nach abwärts und von aussen in die Lidhaut senkrecht, in den neugebildeten Wundraum hineingestochen und sodann in entsprechend gleicher Stelle (d. h. ebenso weit vom Lidwinkel), jedoch knapp am oberen Rand in den Knorpel gegen den Bindehautsack hineingeführt; nun wird die Nadel retour durch den Knorpel einige Millimeter nach einwärts, in gleicher Höhe nach aussen hineingeführt, sodann etwa 3—5 *mm* tiefer in die Haut nach aussen herausgestochen; Ein- und Ausstich liegen im Knorpel in gleicher Höhe; ebenso auch in der Haut; nun werden die Fadenenden über einer Perle oder Heftpflasterrolle zusammengeknüpft; durch diesen Faden wird der Knorpel an die Haut unter den Lidrand befestigt. Solche Nähte werden 2—3 nebeneinander angelegt und die Fäden 3—4 Tage liegen gelassen; sie werden ohne Reaction vertragen; Verband. Die nächste Wirkung dieser Operation ist die, dass der ektropirte Theil der Conjunctiva und des Tarsus an eine entsprechend tiefere Partie der Lidhaut adaptirt wird; und da hier zwei frische wunde Flächen sich innig berühren, muss eine dauernde Verwachsung eintreten.

Diese Operationsmethode unterscheidet sich von der von Graefe geübten darin, dass der lospräparirte Haut- und Tarsustheil je nach Wunsch des Operateurs genau aneinandergepasst werden können und in dieser Stellung vermöge der angelegten Nähte aneinanderzuwachsen gezwungen sind; bei der Methode v. Graefe's hingegen ist das Aneinanderwachsen von unangenehmen Zufällen abhängig. v. Graefe hat nämlich mittelst Fäden, die an die Stirne befestigt wurden, angestrebt, dass der Hautlappen sich nicht zurückziehen und nicht schrumpfen solle. Leider hat dies nur wenig Wirkung, da einerseits das Anspannen der Haut zumeist ein unangenehmes Gefühl von Spannung, später Schmerz verursacht, so dass die Operirten oft das Wegnehmen der Fäden verlangen; auch kann das Anziehen des Hautlappens Anschwellung und anderweitige unangenehme Folgen haben; die nachträgliche Schrumpfung zieht gleichfalls die (meist entzündete) Haut nach abwärts und bedingt einen weiteren Rückfall des Leidens; mit einem Wort, die Methode sichert vor Recidiven nicht: Auch die Samson'sche Methode, einen dreieckigen Hautlappen, mit der Spitze nach abwärts loszupräpariren und in einer höheren Lage durch Knopfnähte zu befestigen, gibt zu wenig aus, da das Ektropium vermöge der wenig veränderten Lage des Tarsus und der nachträglichen Hautschrumpfung recidivirt.

Die von mir angegebene Methode muss auch unbedingt sicherer wirken, als die Snellen'sche Fadenoperation; die Fäden haben zwar eine sehr sinnreiche Wirkung, aber die Dauer derselben kann nicht lange sein; sie sichert keineswegs vor Recidiven, da nach dem Entfernen der Fäden die alte Stellung des Lides langsam eintritt.

Es ist daher das von mir geschilderte Verfahren eine Combination der Methoden v. Graefe's und Snellen's; die Mängel der einen Methode werden durch den Vortheil der zweiten Methode wechselseitig ergänzt; bei der v. Graefe'schen Methode fehlt das Annähen der wunden Flächen und bei der Snellen'schen fehlt das Zusammenwachsen zweier wunden Flächen; und nur dann kann das Ektropium nicht recidiviren, wenn beide Factoren gleichzeitig zusammenwirken.

* * *

Ektropium senile et sarcomatosum.

Es ist dies ein Bild, welches man bei älteren Leuten und nach Trachom oder lang dauerndem Bindehautkatarrh mit stärkerer Schwellung der Gewebe auch bei jüngeren Leuten vorfindet.

Auch diese Formen sind in Folge der Erschlaffung des Orbicularmuskels schwierig zu heilen, indem das Ektropium meist nach jeder bisher angewandten Methode recidivirte.

Mit ganz gutem und sicherem Erfolge operire ich diese Formen durch Excision des ektropirten Theiles und nachträgliches Vernähen des Lidrandes mit der Conjunctiva. Diese Methode ist ganz sicher, indem ein Rückfall nicht möglich ist und hat überdies den grossen Vortheil, dass sie ganz leicht auszuführen ist; sie behindert den Lidschlag nachträglich nicht und es werden die Operirten von keinem Thränenfluss belästigt. Vorerst löse ich den Knorpel im intermarginalen Theil von der Lidhaut los, wie bei der ersten Methode ab; hierauf wird ein Schnitt durch die Binde-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 52, 1893.

[4]) Archiv für Ophthalmologie. IV., 2. Th., S. 201.

[5]) Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1872. S. 36.

haut, paralell mit dem Lidrand geführt, wodurch die Ektropiumpartie, soweit sie frei nach aussen liegt, von der Bindehaut getrennt wird; hierauf fasst man den kranken Theil und schneidet ihn mit der Scheere ab; 4—5 Knopfnähte, durch welche die Bindehaut mit dem Rande der Lidhaut vereinigt wird, beschliessen den Operationsact. Bei partiellen Ektropien wird nur der entsprechende Theil des Knorpels ausgeschnitten. Ich habe Patienten, die nach dieser Methode operirt worden sind, zwei Jahre lang beobachtet, kann daher mit dem Erfolge zufrieden sein. Die nachträgliche Narbenkontraction trägt zur Verkürzung des verlängerten Lidrandes viel bei.

* * *

Die Combination beider Methoden

Von grossem Vortheil ist schliesslich die Combination beider Methoden Ich habe nämlich zwei Mal bei der Operation nach der erstgenannten Methode den nach aussen liegenden Tarsus sammt der Bindehaut etwas zu wenig nach unten transplantirt. Die Folge dessen war, dass nachher ein sehr geringes Ektropium zurückgeblieben ist; letzteres kann hie und da vorkommen. Ich habe sodann das überbliebene partielle Ektropium nach der zweiten Methode excidirt. Der Eingriff war sehr gering und der Erfolg befriedigte vollkommen. In allen solchen Fällen erweist sich dieser Vorgang als ein sehr sicherer, einfacher und gefahrloser.

Von den systemisirten Wahnideen.

Ein klinischer Vortrag.

Von

Prof. Dr. Magnan in Paris.*)

(Fortsetzung und Schluss.)

Wir haben in unseren Krankensälen einen Paralytiker, bei dem die interstitielle Encephalitis in Remission begriffen ist, währenddem ein Verfolgungswahn sich bildet und um so deutlicher sich systemisirt, als die Besserung des genannten Processes fortschreitet. Zwei Mal hat ein Ictus die allgemeine Paralyse noch mehr erschwert und zwei Mal hat sich der systemisirte Wahnsinn eingestellt, um mit der Besserung der allgemeinen Paralyse wieder zum Vorschein zu kommen.

Diese Thatsachen dürfen nicht vernachlässigt werden, und erst letzthin war ich Zeuge eines schweren diagnostischen Irrthums in einem derartigen Falle: Eine Frau, die an einem Uterusfibrom leidet, wird der Untersuchung durch einen Chirurgen unterzogen, der sofort erkennt, dass hier ein operativer Eingriff nothwendig ist, der aber, angesichts des Vorhandenseins gewisser Hirnsymptome, die Vorsicht gebraucht, zwei Irrenärzte um ihre Meinung zu befragen. Der eine erklärt, dass die Patientin mit allgemeiner Paralyse behaftet ist, und dass man von einer Operation absehen müsse. Der zweite Irrenarzt hingegen erblickt in dem Falle nur hypochondrische Wahnideen, die von der Uterusläsion abhängen, und behauptet, dass die Abtragung des Tumors die Patientin heilen werde. Der Gatte sieht sich gegenüber den zwei entgegengesetzten Meinungen in die grösste Verlegenheit versetzt und will auch meine Ansicht vernehmen. Ich constatire vor allem das Vorhandensein von Hallucinationen mit Verfolgungswahnideen: sie wähnt ihren Mann *in flagranti* mit der Bonne getroffen zu haben; sie stösst ihn daher von sich, will ihn nicht mehr sehen und fordert ihn auf, ihr Zimmer zu verlassen. Kurze Zeit darauf setzt sie die Erzählung fort, und, da sie ihren Mann nicht mehr gewahrt, will sie einige intime Einzelheiten, ohne irgend welche Zurückhaltung in Gegenwart einer Person, die sie zum ersten Mal sieht, schildern.

Ausserdem finden sich bei ihr hypochondrische Gedanken und Gedächtnisslücken vor und seit einiger Zeit begibt sie sich in die ersten Stadtgeschäfte und macht hier ganz unnütze Einkäufe. Oft im Laufe des Gespräches kann sie viele Worte nicht deutlich aussprechen; auch besteht Ungleichheit der Pupillen.

Es handelt sich also in diesem Falle um eine allgemeine Paralyse mit Verfolgungswahnideen, d. i. mit einem systemisirten Wahnsinn. Angesichts dieser Verhältnisse liegt, wofern das Fibrom das Leben der Kranken nicht unmittelbar bedroht, die Nothwendigkeit einer Operation nicht vor.

Das sind die verschiedenen Psychosen, bei welchen Sie systemisirte Wahnideen beobachten können, und wo es nothwendig erscheint, die Diagnose genauestens festzustellen, um mit voller Sachkenntniss die Prognose formuliren zu können.

Dies vorausgeschickt, gehen wir nun daran jene Form der Wahnideen, denen man zuweilen beim chronischen Wahnsinn begegnet, und die systemisirten Wahnideen der Degenerirten zu studiren.

Der chronische Wahnsinn, der eine unheilbare Geisteskrankheit ist, einen chronischen Verlauf hat und im Allgemeinen durch einen complicirten Wahn charakterisirt erscheint, kann in gewissen Fällen die Form des systemisirten Wahnsinns annehmen. Indess, selbst dann ist die Natur der Affection leicht zu erkennen, wenn man die Besonderheiten in Betracht zieht mit denen wir uns jetzt befassen werden.

Der systemisirte oder auch nicht systemisirte chronische Wahnsinn manifestirt sich nur ganz ausnahmsweise unter 30 Jahren. Seine Entwicklung beginnt fast immer in der Periode zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre. Er entwickelt sich bei Subjecten, deren Gehirn bis zu jener Zeit vollkommen normal gewesen ist und die in keinem Abschnitt ihres Lebens irgend welche Geistesstörung gezeigt haben. Der Wahnsinn tritt nicht plötzlich auf. Während einer variablen Periode, die jedoch von einer Dauer von nicht weniger als zwei oder drei Jahren ist, zeigen die betreffenden Individuen einige Hirnstörungen, einen gewissen Grad von Trübsinn und Gleichgewichtsstörung der Geisteskräfte, jedoch nichts, was auf das Vorhandensein einer Geisteskrankheit schliessen liesse. Diese erste Periode, das Prodromalstadium, erscheint nothwendig bei der Entwicklung des Wahnsinns. In der That scheint es, dass diese so schwere Geisteskrankheit nicht mit einem Male in einem bisher gesunden Gehirn auftreten könne, und ich will besonders hervorheben, dass sie bei normalen Individuen zur Entwicklung kommt.

Nach Ablauf von zwei oder drei Jahren tritt der Wahnsinn auf, und man beobachtet in der systemisirten Form, der einzigen, die uns hier jetzt beschäftigt, den Verfolgungswahn. Der Kranke beginnt zu glauben, er sei von lauter Feinden umgeben; er glaubt ausspionirt zu werden; er meint Stimmen zu vernehmen, die ihn bedrohen.

Von da an befindet man sich gegenüber einem scharf gekennzeichneten Wahnsinn, und zwar in seiner schwersten Form, in dem Sinne, dass er nicht mehr zurückweicht, dass er endgiltig und unerbittlich sich bei dem Kranken festgesetzt hat.

Die Dinge bleiben in einem solchen Zustande mehrere Jahre lang, zehn, zwölf und noch mehr Jahre.

Nach Ablauf dieser Zeit ändert der Wahnsinn die Form, behält jedoch seinen systemisirten Charakter bei: er entwickelt sich zu einem Grössenwahn.

Diese Kranken, die sich bisher verfolgt wähnten, halten sich nunmehr für befähigt, die höchsten Stellen im Staat und Gesellschaft zu bekleiden: sie sind grosse Männer, Monarchen etc. Diese neue Form, die allmälig sich herausbildet, dehnt sich gleichfalls auf mehrere Jahre hinaus, dann tritt an ihre Stelle der mystische Wahnsinn, die Theomanie und die Daemonomanie.

Nachdem der chronische Wahnsinn unter dieser systemisirten Form lange Zeit gedauert, zuweilen 25 bis 30 Jahre, endet er mit einer hochgradigen allgemeinen Abschwächung der Hirnfunction, die bis zum Tode des betreffenden Individuums andauert.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 51, 1893.

Aus dem Gesagten ersehen Sie die Differenz der Prognose, die, wie ich bereits Eingangs erwähnte, zwischen diesem systemisirten Wahnsinn und demjenigen, den man bei einem Alkoholiker beobachten kann, besteht. Was uns die chronische Form von den übrigen Formen zu unterscheiden gestattet, ist das constante Vorhandensein beim chronischen Wahnsinn einer Vorbereitungsperiode, eines vorher vollkommen normalen Gehirnzustandes, des ersten Auftretens der Zufälle nach dem 30. Lebensjahre.

Ohne gerade sehr häufig zu sein, sind die Fälle von chronischem systemisirten Wahnsinn doch nicht so selten.

Ich zeige Ihnen hier eine Patientin, die sich auf unserer Klinik zum zweiten Male befindet und die ein bemerkenswerther und vollkommener Typus ist dieser Form des chronischen Wahnsinns.

Es handelt sich um eine Frau, die gegenwärtig 49 Jahre alt ist. Nie hat sie in ihrer Jugend irgend welche Geistesstörungen dargeboten; sie ist frei von jeder nervösen und hereditären Belastung. Sie verehelichte sich im Alter von 21 Jahren und sie wurde Mutter eines Kindes, das sie einige Jahre später verlor. Dieser Todesfall hat sie tief betrübt, ohne aber, dass es etwas abnormes in dieser Trauer gegeben hätte, ohne dass diese letztere von irgend welchen psychischen Störungen begleitet worden wäre.

Einige Jahre später, im Alter von 32 oder 33 Jahren, begann sie manche abnorme Symptome, eine intellectuelle Gleichgewichtsstörung darzubieten; kurz sie trat in das Prodromalstadium ein, welches ich weiter oben besprach.

Bei unserer Kranken scheint diese Periode, deren Beginn sehr schwer präcisirt werden kann, drei bis vier Jahre gedauert zu haben. Nach Ablauf dieser Zeit stellten sich die ersten Zeichen des Wahnsinns ein: sie sah sich von feindlich gesinnten Personen umgeben; sie hörte Stimmen, die ihr beleidigende und drohende Worte zuriefen; sie glaubte auch von Spionen umgeben zu sein.

Diese Periode des Verfolgungswahns hat elf Jahre gedauert. Während elf Jahre hat diese unglückliche Frau ihre Feinde zu fliehen gesucht; sie hat oft Wohnung gewechselt. Während dieser elf Jahren fasste sie gegen ihren Mann, mit dem sie früher sehr glücklich gelebt, einen unsäglichen Hass. In diesem Zustande wurde sie zum ersten Male im Jahre 1890 in unsere Klinik aufgenommen. Nach einigen Monaten einer relativen Ruhe wurde sie ein wenig gebessert, und sie konnte aus dem Krankenhause entlassen werden.

Vor einiger Zeit kehrte sie zu uns zurück, aber ihr Wahnsinn zeigte eine ganz andere Richtung. Sie erinnert sich der Verfolgungen, die sie so sehr gequält, aber ihr Wahnsinn strebt nunmehr einem anderen Ziele zu: sie soll zur höchsten Macht gelangen, sie wird zum Chef der Staatsverwaltung in Frankreich ernannt werden.

Welches ist die Prognose bei dieser Kranken? Im Allgemeinen nimmt die Krankheit den Verlauf, den ich Ihnen angegeben: d. h. die Patientin wird noch eine Zeitlang in diesem Zustand verharren, der dann mit Demenz enden wird, Die nächste Prognose ist viel schwerer festzustellen. Ihre Hirnfunctionen sind noch sehr thätig. Bisher hat sie nie versucht an ihren Verfolgern Rache zu nehmen, und wahrscheinlich wird es eine Zeitlang noch so bleiben. Wenn es möglich wäre, sie auf dem Lande streng isolirt leben zu lassen, dann könnte man sie wahrscheinlich ohne irgend welche Gefahren in ihrer Freiheit belassen. Wenn sie jedoch in der Stadt leben soll, so wird sie fortfahren, sich über ihre Umgebung zu beklagen, vor allem in Folge der hohen Stellung, die sie einzunehmen wähnt. Unter diesen Verhältnissen ist ihre Internirung absolut nothwendig, und sie ist dazu verurtheilt, aus einer Irrenanstalt nicht mehr herauszukommen.

Die zweite Gruppe des systemisirten Wahnsinns, die ich noch heute besprechen will, der systemisirte Wahnsinn der erblich Degenerirten, bietet ebenfalls einige besondere Charaktere dar, die ihn leicht erkennen lassen.

Bei den erblich Entarteten beobachtet man psychische Störungen im Allgemeinen früher als bei den mit chronischem Wahnsinn behafteten Individuen. Dieses frühe Auftreten des Wahnsinns hängt mit ihrer geistigen Degeneration zusammen, die sie mehr zu Wahnideen prädisponirt.

Wir haben gesehen, dass beim chronischen Wahnsinn eine Art Vorbereitung nothwendig ist, um das bis dahin gesunde Gehirn in den gewollten Zustand zu versetzen, damit der Wahnsinn sich entwickle. Bei den erblich Degenerirten findet ein Gleiches nicht statt: ihr bereits vorbereitetes Gehirn bedarf nicht der Prodromalperiode, bei ihnen stellt sich daher der Wahnsinn mit einem Male ein. Ueberdies ist der Wahnsinn bei diesen letzteren nicht die erste psychische Manifestation, die beobachtet wird. Bevor sie Wahnideen zeigen, bieten sie verschiedene Störungen, vielfache Zeichen der geistigen Gleichgewichtsstörung dar. Sehr häufig hat man bei ihnen vorher abwechselnd Zustände von Depression und Exaltation beobachtet, die unter dem Einflusse ihrer geerbten Degeneration sich bilden.

Soviel hinsichtlich der individuellen Antecedentien.

Wenn der systemisirte Wahnsinn bei einem erblich Degenerirten zum Ausbruche kommt, dann erfolgt dies immer unter dem 30. Lebensjahre. Die systemisirten Wahnideen, die man alsdann beobachtet, haben verschiedene Charaktere: bald ist es ein Verfolgungswahn, bald ein Grössenwahn, bald ein religiöser Wahn, etc.

Was das Charakteristische des systemisirten Wahnsinns bei erblilch Entarteten bildet, ist die Leichtigkeit, mit der dieser auftritt, wieder verschwindet und von neuem ausbricht. Die ersten Anfälle gehen rasch vorüber, sie kehren jedoch, sei es unter derselben Form, sei es unter einer neuen Form, mit äusserster Leichtigkeit wieder.

Die ersten Anfälle heilen ohne irgend eine Spur zurückzulassen; in dem Masse jedoch, als sie sich wiederholen, zeigt sich die Intelligenz mehr und mehr ergriffen und die betreffenden Individuen, bei welchen die ersten Krisen im Allgemeinen nicht schwer sind, verfallen schliesslich in einen Zustand wahrer Demenz. Mit einem Worte: der systemisirte Wahnsinn der erblich Entarteten lässt nur eine ernste Prognose zu, und zwar nicht betreffs des Wahnsinnsanfalls an sich, sondern deswegen, weil seine fast unvermeidliche Wiederkehr und die Demenz als Endglied zu gewärtigen sind.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 22. December 1893

Docent Dr. v. Hacker: Ein Fall von Gastrostomie mit Sphincterbildung aus dem linken Rectus abdominis.

(Autoreferat.)

Vortragender stellt einen 52jährigen Mann vor, bei dem er vor ungefähr 6 Wochen wegen impermeabler Oesophagusstrictur, bedingt durch eine auch ösophagoskopisch nachgewiesene carcinomatöse Ulceration, die Operation ausgeführt hat.

Der Fall ist deshalb interessant, da er zeigt, dass auch beim Erwachsenen ein Drainrohr allein die Fistel vollständig abschliessen kann, wenn eine reactionslose Heilung der Wunde zu Stande gekommen ist. Der Kranke ist, wie gewöhnlich in solchen Fällen, 8 Tage nach der Operation aufgestanden und schon am 12. Tage aus dem Sophienspitale entlassen worden. Das in die Fistel eingeführte Drainrohr ist durch einige Fäden an zwei parallel zur Linea alba aufgeklebte Heftpflasterstreifen befestigt.

Vortragender hat in früheren Fällen, etwa nach einer Woche, wenn die Kranken das Bett verliessen, das Drainrohr mit der als v. HACKER-SCHEIMPFLUG'sche bekannten Balloncanüle vertauscht, die den Verschluss sicher bewerkstelligt und wenn die Ballons aufgeblasen sind, dadurch von selbst in der Fistel fixirt ist. Zunächst

hat sich nun bei Kindern gezeigt, dass die nach dieser Methode ausgeführte Fistel durch die sphincterartige Rectuswirkung vollkommen durch ein eingeführtes Rohr allein abgeschlossen wird. Vortragender erinnert hier an einen im vorigen Semester in dieser Gesellschaft aus Hofrath BILLROTH's Klinik vorgestellten kleinen Knaben. Wegen einer impermeablen Laugenstrictur der Speiseröhre war von Herrn Prim. Dr. ZINSMEISTER in Troppau die Gastrostomie durch den linken Rectus abdominis angelegt worden; die Fistel wurde viele Monate lang durch ein eingelegtes Drainrohr, an welchem dort, wo es in den Bauchdecken lag, eine deutliche Einschnürung durch den Sphincter sichtbar war, abgeschlossen gehalten, bis die Magenfistel, nach ausgeführter Oesophagotomie und nach erfolgreicher Ausführung der vom Vortragenden angegebenen Sondirung ohne Ende, nicht mehr nöthig war. Die Fistel schloss sich in dem Falle, der zur vollständigen Heilung gebracht wurde, von selbst.

Einen ganz analogen Fall bei einem Knaben hat Vortragender gegenwärtig an der Poliklinik in Spitalsbehandlung. Die Gastrostomie hat Vortragender in diesem Falle im Juli 1893, gleichfalls wegen impermeabler Laugenstrictur, ausgeführt und ist die Fistel seitdem bis heute bei dem den ganzen Tag sehr lustig mit den anderen Kindern herumlaufenden und spielenden Knaben nur durch ein eingeführtes Gummirohr verschlossen. Vortragender konnte bier vor Kurzem, als er den Versuch machte, von der absichtlich etwas dilatirten Fistel aus mit dem Zeigefinger die Cardia zu tasten, was auch gelang, die einschnürende Wirkung des Rectus an seinem fast gefühllos werdenden Finger erproben.

Derselbe Abschluss kann, wie bei den Kindern, auch bei Erwachsenen erreicht werden, wie der vorgestellte Fall beweist.

Vortragender hat die Gastrostomie mit Sphincterbildung bisher in einem Viertelhundert von Fällen ausgeführt und war mit dem Resultate sehr zufrieden. Beeinträchtigt wurde dieses nur in ein paar Fällen, wo die Wunde nicht per primam heilte, und Nahteiterung auftrat. Letztere kommt dann leichter zu Stande, wenn die Kranken an heftiger Bronchitis leiden, da durch die Hustenstösse in den ersten Tagen nach der Operation die Nähte theils direct gesprengt, theils durch Herauspressen von Mageninhalt, neben dem Rohr inficirt werden können.

Ungünstig sind in dieser Hinsicht, was wohl für alle Methoden der Gastrostomie in gleicher Weise gelten dürfte, wie Vortragender an anderem Orte bereits ausgeführt hat, nach seiner Erfahrung vorgeschrittene Carcinome in der Höhe der Bifurcation der Trachea, bei denen oft schon früh Ulceration gegen die Trachea und die Bronchien mit Perforation besteht.

Vortragender macht darauf aufmerksam, dass diese Methode besondere Bedeutung für die gutartigen Narbenstenosen habe, da hier die Sondirung vom Munde durch die Fistel oder umgekehrt leicht ausgeführt werden, auch die Fistel später leicht wieder verschlossen werden kann. Vortragender wendet sie auch beim Carcinom an, da sie in allen Fällen leicht ausführbar ist, die Kranken in 8 Tagen schon das Bett verlassen können und die Resultate darnach sehr befriedigende sind.

Vortragender kommt hierauf noch kurz auf die anderen in der neueren Zeit üblichen Methoden der Gastrostomie zu sprechen.

Bei der HAHN'schen Methode, die er zwei Mal mit sonst gutem Erfolge ausführte, hat er zuerst auf die dabei vorkommende Rippenknorpelnecrose und Eiterung dadurch hingewiesen, was dann auch andere (HADRA etc.) bestätigten. WITZEL's Verfahren der Canalbildung hat er ein Mal mit nicht ganz vollkommenem Resultate ausgeführt; andere haben über damit erzielte sehr gute Erfolge berichtet.

Das neueste von FRANK mitgetheilte Verfahren, das in einigen Fällen bei Carcinom sehr gute Resultate ergab, hat er noch nicht erprobt; es setzt dasselbe wohl ziemlich normale Grössen und Beweglichkeitsverhältnisse des Magens voraus. Die Priorität dieser Methode dürfte nach erst jetzt in die deutsche Literatur übergegangenen Berichten SSABANEJEW gebühren, der dieselbe schon früher erdachte und das erste Mal darnach im Mai 1890 operirte und im September 1890 in der Gesellschaft der Odessaer Aerzte darüber berichtete.

* * *

Dr. Müller: *Drei interessante ophthalmologische Fälle* (Demonstration.)

I. Ein Bauer erlitt durch den Tritt eines Stieres schwere Verletzungen an beiden Augen. Links ein mehrfacher Bruch des Orbitalrandes, Enophthalmus, Ruptur der Sclera und Aphakie. Am rechten unteren Augenlide eine grosse Risswunde, eine kürzere am oberen Lide, Ruptur der Sclera am Limbus (gleichsam Fortsetzung der beiden Verletzungen am Lide). Dieser Fall beweist, dass nicht alle Rupturen der Sclera als Contrarupturen aufzufassen sind, und dass solche auch am Orte der einwirkenden Gewalt entstehen können. Wenn ein Fremdkörper mit grosser Endgeschwindigkeit auf den Bulbus trifft, hat der Glaskörper keine Zeit auszuweichen und es entsteht dann eine Zerreissung im Corneo-Scleralfalze.

II. Die vorgestellte Patientin, welche sich mit einer Scheere ins Auge gestossen, zeigte nach Resorption des Blutextravasates auf der vorderen Capsel eine frei liegende Cilie, deren Spitze zwischen den Wundrändern eingeklemmt war. Interessant ist, dass die Cilie mit der Zeit an die hintere Fläche der Hornhaut zu liegen kam. Die jetzige Lage der Cilie gibt eine Indication zu deren Entfernung. Vortragender berichtet über einen selbst beobachteten Fall, wo zwei Cilien durch 34 Jahre am linken Auge getragen wurden; dieselben waren ganz glatt, nicht abgeschilfert; nur hatten sie ihr Pigment verloren. In der Literatur sind bis jetzt über 120 Fälle bekannt.

III. Die dritte Patientin zeigt einen typischen Hydrops des Sinus frontalis. Stirne links bis an die Haargrenze vorgetrieben, temporalwärts eine bis zum äusseren Lidwinkel reichende Abstufung. Die Wand des Sinus rareficirt, Fluctuation zu fühlen. Nase gesund, kein periodischer Erguss von Schleim oder Eiter aus derselben. Patientin wurde bereits zwei Mal wegen eines Mammacarcinoms operirt, doch spricht die kurze Zeit des Bestandes dieser Abnormität, sowie die Form und Ausdehnung gegen eine Metastase.

* * *

Dr. Julius Schnitzler berichtet über Experimente, die er angestellt, um bei Thieren Pneumaturie zu erzeugen. Es gelang dies durch Infection der Harnblase diabetisch gemachter Thiere mit dem Bacterium coli. Auch bei einer an Pneumaturie leidenden Frau konnte SCHNITZLER dasselbe Bacterium im Urine nachweisen. (Die ausführliche Publication erfolgt später in diesen Blättern.)

* * *

Prof. Paltauf: *Zur Discussion über Aneurysmen.*

Der Begriff des Aneurysma ist bei den Chirurgen und pathologischen Anatomen kein einheitlicher. Es gibt Autoren, welche als «Aneurysma» nur die umschriebene Erweiterung des Arterienrohres, nicht aber die diffuse Erweiterung gelten lassen. Nur der Begriff der umschriebenen Erweiterung gibt eine gewisse histologische Einheit und einen gewissen fixen Punkt in der Aetiologie.

Der aneurysmatische Sack wird entweder von der ganzen Gefässwand oder nur aus einzelnen Theilen derselben gebildet. Die Grundbedingung zur Aneurysmabildung wird in allen Fällen gegeben durch eine Dehiscenz der Media elastica, welche wiederum entweder von einer angeborenen Schwäche, von Entzündungsprocessen parasitären Ursprunges oder von einem Trauma herrühren kann.

1. Das Aneurysma congenitale ist selten auf Arterien mittleren Calibers beschränkt, tritt meist multipel auf (oft 60—70), erreicht kaum Bohnengrösse, kann sich an einem Gefässe vielfach wiederholen. Die Wand derselben besteht aus der verdickten Intima und Adventitia, die Media elastica ist stets vollständig auseinandergewichen. Es findet sich schon bei sehr jungen Individuen, hat aber chirurgisch keine Bedeutung.

2. Zu den Aneurysmen parasitären Ursprunges gehört:

a) Das parasitär-embolische Aneurysma, welches von einer Herzklappenentzündung ausgehen, durch Steckenbleiben eines Propfes oder durch Anlegen eines embolischen Gerinnsels, durch Mesarteritis und Endarteritis entsteht, häufig multipel auftritt und sich oft an den Gehirnarterien vorfindet. Die Wand desselben wird durch die verdichtete Adventitia gebildet.

b) Das Arrosionsaneurysma (besonders bei tuberkulösen Herden). Die Media ist hier meist gerissen, die Adventitia arrodirt, die Intima ausgeweitet. Die Granulationen der Cavernenwand hängen dann direct mit der Adventitia zusammen. Dieses Aneurysma findet sich nur an mittelgrossen Arterien, da kleine Arterien auf diesem Wege zum Verschlusse gelangen.

c) Die von Prof. CZOKOR angeführten durch Strongylus erzeugten Aneurysmen. Die Larven dieses Wurmes bohren sich in die Gefässwand ein und erzeugen zur Nekrose führende Entzündungsprocesse. Die Media wird zerstört, die elastische Membran zerrissen, so dass die Aneurysmawand durch die Adventitia und Reste der Media gebildet wird. Beim Ausheilen des Processes kommt es zu einer Wucherung von Seite des Epithels, so dass diese Aneurysmen eine glatte Wand haben.

3. Häufig ist das Aneurysma spontaneum, doch wird dieses oft mit dem Hämatoma arteriale zusammengeworfen. Es geht meist aus einer Zerreissung der Gefässwand hervor (Media und Intima). Zumeist heilen die Arterienrisse durch Wucherung des Endothels, die Narbe gibt aber leicht nach und es kommt dann so zu einem Aneurysma. Doch liegt die Ursache dieser Aneurysmen nur selten in Entzündungsprocessen. Meist treten sie bei starken Kraftanstrengungen auf, Schmerzgefühle gehen ihnen voraus.

Sie finden sich häufiger an der Aorta ascendens als an der Aorta descendens. Hierher gehört auch das Aneurysma popliteum, das sich in Folge des erhöhten Blutdruckes bei Nephritikern und nach überstandenen Herzerkrankungen (compensirten Herzfehlern) häufig findet. Eine Prädisposition der Arterien muss nothwendigerweise angenommen werden (auffallende Dünnheit, Brüchigkeit und Schälbarkeit). Die Arteriosclerose kann nicht die Ursache sein, da diese ein Entzündungsprocess ist, welcher zur Verdichtung der Gefässe durch Granulationsgewebe führt. Auch syphilitische Erkrankungen der Arterien begünstigen die Aneurysmabildung nicht.

Die Compression der Aneurysmen ist sehr empfehlenswerth, da hier alle Momente zur Thrombose gegeben sind; es kann auch so zu einem vollständigen Verschlusse des Gefässes kommen, mit Organisation des Thrombus. Dafür spricht ein von Docent HOCHENEGG vorgestellter Fall von Aneurysma der Arteria ulnaris.

Die bei Embolie angenommene Steigerung des Seitendruckes scheint keine Ursache zur Aneurysmabildung zu sein, da sonst die bei den meningealen Arterien so oft beobachteten Embolien öfters zu Aneurysmen führen müssten.

Das Aneurysma dissecans ist von den wahren Aneurysmen gänzlich auszuscheiden.

Vortragender demonstrirt nun ein Herzpräparat, welches einem 30 Jahre alten Manne entstammt, welcher beim Heben einer schweren Last plötzlich einen Stich am Sternum verspürte und bewusstlos zusammenstürzte. Linksseitige Hemiplegie, Krämpfe in der Rumpfmusculatur, linke Hand pulslos. Die Section ergab rothe Erweichung der Rinde, gelbe Erweichung der Marksubstanz. Herz hypertrophisch, Aorta schlaff und unmittelbar über den Klappen bis auf 15 *cm* erweitert; oberhalb der rechten Klappe ein zweizeitig entstandener Riss, wodurch es zu einem Aneurysma interparietale gekommen war. Arteria subclavia links durch das ausgetretene Blutgerinnsel ganz verschlossen, ebenso die Anonyma und Carotis sinistra. Die Gefässe sind bei ihrer ausserordentlichen Zerreisslichkeit sehr elastisch. Atherom ist nicht nachweisbar.

Dr. Em. Mandl.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Ueber die Durchlässigkeit der Darmwand eingeklemmter Brüche für Mikroorganismen.

Von **Dr. Arnd** in Bern.
Aus dem bakteriologischen Laboratorium des Herrn **Prof. Tavel** in Bern.

Verlag von Carl Sallmann. Basel und Leipzig. 1893.

Vorliegende Brochure bildet das 4. Heft der »Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz« und beschäftigt sich mit einer schon von NEPVEU, GARRÉ, CLADO, BÖNNECKEN, RITTER und ROVSING studirten, aber noch immer ungelösten Frage. Es ist nämlich noch nicht entschieden, in wie hohem Grade das Gewebe einer incarcerirten Darmschlinge geschädigt sein muss, um den im Darminhalt stets vorhandenen Bacterien den Durchtritt zu ermöglichen.

Verfasser ging in der Weise vor, dass er die Incarceration durch einen Gummiring erfolgen liess; die incarcerirte Schlinge lag in einem sterilisirten Condom, wodurch es möglich war, das Bruchwasser aufzufangen.

Das Bruchwasser wurde nun nach einer bestimmten Zeit unter allen Cautelen aufgefangen und bacteriologisch untersucht, die Incarceration gelöst und nun der Darm wieder in die Bauchhöhle reponirt, um Sicherheit darüber zu erlangen, ob man aus der Beschaffenheit des Bruchwassers Anhaltspunkte für die Reponibilität des eingeklemmt gewesenen Darmes gewinnen könnte.

Nach ARND's Untersuchungen ist der Kaninchendarm schon im Zustand leichter Circulationsstörungen für Bacterien durchgängig.

Ferner findet Verfasser ein gewisses Verhältniss zwischen dem Grad der Einklemmung einer Hernie und der Menge des vorhandenen Bruchwassers. Je mehr Bruchwasser vorhanden ist, um so länger und heftiger war die Hernie incarcerirt. Es wäre also auch eine incarcerirt gewesene Schlinge um so mehr in ihrer Vitalität bedroht (und deren Reposition um so weniger angezeigt) je mehr Bruchwasser sich vorfindet.

Dr. J. Schnitzler.

Ungarisches Archiv für Medicin.

Redigirt von **Prof. Dr. A. Bokai, Prof. Dr. F. Klug, Prof. Dr. O. Pertik** und **Dr. W. Goldzieher** in Budapest.
Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

In den letzten Heften (II. Jahrgang) dieses schon mehrmals an dieser Stelle erwähnten Archives finden sich wieder eine Reihe von lesenswerthen Abhandlungen.

Prof. VELITS bringt einen Beitrag zur operativen Behandlung der Osteomalacie an der Hand eines relativ ansehnlichen Materiales. Er hat von der Castration gute Erfolge gesehen. Dr. LUMNICZER zeigt an der Hand einer Reihe genauer Beobachtungen die Schwierigkeiten, welche sich der Diagnose und Therapie der Herzverletzungen entgegenstellen. In einer zweiten Arbeit tritt Dr. LUMNICZER für die frühzeitige Massagebehandlung bei Fracturen ein. Eine ganze Reihe von Aufsätzen (von Dr. KOSSA, Dr. TAUSZK, Dr. PREISACH, Dr. MEISELS) beschäftigt sich mit der antifebrilen und anästhesirenden Wirkung des Formanilids. Prof. BOKAI theilt günstige Erfolge der Intubationstherapie bei Larynxstenosen mit und Prof. GENERSICH macht interessante Angaben über die Härte pathologischer Concretionen. Die Ausstattung ist die bekannt vortreffliche des BERGMANN'schen Verlages. *J. S.*

Zeitungsschau.

S. Engel (Berlin): **Zur Entstehung der körperlichen Elemente des Blutes.** (Archiv für mikroskopische Anatomie. Bd. 42 2. Heft. 1893.)

Die Untersuchungen wurden angestellt an Mäuseembryonen welche trächtigen weissen Mäusen zu verschiedenen Zeiten ihrer Schwangerschaft entnommen worden sind, dann an 2 Kindern mit linealer Leukämie, an einem 8jährigen Mädchen mit Purpura hämorrhagica mit secundärer Anämie, an einem früh geborenen Kinde und an jungen menschlichen Embryonen.

Die nach EHRLICH hergestellten Präparate wurden mit neutrophiler Lösung gefärbt, und wo es auf die Structur des Kernes ankam, wurden ausserdem Kernfärbmittel angewendet.

Die Untersuchung frischer Präparate brachte für Verfassers Zwecke ebensowenig Förderung wie Fixirung mit Osmiumsäure oder Behandlung mit Essigsäure. In Präparaten von einem 8 Tage

alten Mäuseembryo, welche mit Eosin-Methylenblau behandelt worden sind, findet man grosse kugelförmige Zellen, deren Durchmesser zwischen 9 und 20 μ und der des Kernes zwischen 5 und 13 μ schwankt.

Die Grössenunterschiede zwischen den einzelnen Blutkugeln, denjenigen von etwa 12—20 μ Durchmesser mit einem Kern von 6—13 μ einerseits und denjenigen von 9 μ Durchmesser und circa 6 μ Kerndurchmesser andererseits, lässt den Gedanken aufkommen, dass wir es hier mit Zellen von verschiedenem Alter zu thun haben.

Diese Annahme wird dadurch begründet, dass die Kerne der grossen Zellen fast ohne Ausnahme in Karyokinese begriffen sind, was bei kleineren Exemplaren nie der Fall ist.

Ausser diesen Zellkugeln besitzt das embryonale Mäuseblut in diesem Alter keine körperlichen Blutelemente und Verfasser zieht den Schluss, dass die grossen kugelförmigen Zellen mit einem relativ kleinen Kerne und bedeutendem Reichthum an Hämoglobin im Zellprotoplasma als die ersten Blutkörperchen der weissen Maus anzusehen sind. Aus diesen Mutterzellen (Metrocyten), wie sie Verfasser nennt, lassen sich alle körperlichen Elemente des Blutes beim Erwachsenen ableiten. Nur die Metrocyten theilen sich unter Karyokinese.

In den älteren Stadien der Entwickelung findet man keine grossen Metrocyten mehr, sondern nur Metrocyten zweiter Generation (Metrocyten-Tochterzellen), die viel kleiner sind und niemals unter Karyokinese sich theilen.

Der Kern liegt theils in der Mitte, theils am Rande des Blutkügelchens. Einige von diesen Metrocyten mit randständigem Kern sind in der Weise langgestreckt, dass der Kern ganz an einer Seite der Zelle zu liegen kommt, während der Protoplasmaleib nach Art eines Kometenschweifes nachgezogen erscheint. Derartige Zellen fand Verfasser auch in den Blutpräparaten von Menschenembryonen aus dem zweiten Monate.

In der Mehrzahl der Fälle findet man, dass sich um den Kern herum eine Art Saum von dem übrigen Zellleibe abhebt, so dass der Kern von einer faltigen Halskrause umgeben erscheint. Die Abtrennung schreitet weiter vor sich, bis aus dem Metrocyten zweiter Generation zwei körperliche Elemente des embryonalen Blutes hervorgegangen sind:

a) Kern plus hämoglobinhaltigen Protoplasmasaum = kernhaltiges rothes Blutkörperchen und

b) der Rest des kernhaltigen Metrocyten = grosses kernloses rothes Blutkörperchen, EHRLICH's Megalocyt, rothes Blutkörperchen erster Generation.

Zum Beweise, dass thatsächlich der Kern mit der hämoglobinreichen Protoplasmakrause herausgetreten ist, dient Verfasser die grosse Anzahl sehr kleiner intensiv gefärbter Kerne mit schmalem aber stark tingirtem Hämoglobinsaum.

Die ganz jungen Kerne haben einen noch unentwickelten Bau, doch lässt sich eine Vervollkommnung gegen den Kern der Metrocyten zweiter Generation schon erkennen.

Die Grösse und die zerrissene Oberfläche der zurückgebliebenen kernlosen rothen Blutkörperchen, ihre helle Orangefarbe sowie ihre unregelmässige Form unterscheidet sie von den neben ihnen liegenden kernlosen rothen Blutkörperchen, welche auch im späteren Alter persistiren.

In Präparaten aus älteren Stadien findet man also:

1. unveränderte Metrocytentochterzellen,
2. in die Länge gezogene Metrocyten,
3. Metrocyten mit frei werdendem Kern,
4. freie kernhaltige rothe Blutkörperchen und
5. Megalocyten.

Die kernhaltigen rothen Blutkörperchen erleiden noch weitere Veränderungen, indem der Kern wieder aus der Zelle austritt; es bleibt dann wiederum ein kernloses rothes Blutkörperchen — rothes Blutkörperchen zweiter Generation (Normocyt) zurück, welches sich von dem rothen kernlosen Blutkörperchen erster Generation in mancher Hinsicht unterscheidet. Sehr bald verwischen sich aber die Differenzen, so dass endlich unmöglich wird, die Herkunft der einzelnen Blutkörperchen zu diagnosticiren.

Was geschieht denn mit dem Kern nach seinem Austritte aus dem kernhaltigen rothen Blutkörperchen?

Der Kern nach seinem Austritte hat einen Durchmesser von circa 3 μ, welcher allmälig bis zu 10—12 μ heranwächst. Die herangewachsenen Kerne lassen sich von farblosen Blutkörperchen nicht mehr unterscheiden.

Zum Beweise diene, dass

1. einzelne Kerne den Leukocyten schon zum Verwechseln ähnlich, auch von den stark aufgehellten rothen Blutkörperchen umgeben sind,

2. einige wenige dieser Körperchen eine sehr feine neutrophile Körnung zeigen.

Die Blutplättchen kommen in den mit neutraler Lösung gefärbten Präparaten als violette Plättchen vor, die in Häufchen zusammenliegen. Je mehr aber die Farbe der Blutplättchen zum Blau oder Blaugrün hinneigt, um so weniger lassen sich die Plättchen von einander unterscheiden

Verfasser nimmt an, dass die Blutplättchen analog den weissen Blutkörperchen, aus den kernhaltigen rothen Blutkörperchen hervorgehen, in der Weise, dass der Kern des kernhaltigen rothen entweder zum farblosen Blutkörperchen wird, oder seine Structur verliert, die tinctorielle Eigenschaft des Kernes aber noch behält und die Uebergangsform bildet, oder drittens sowohl die Kernstructur als auch die Fähigkeit, Kernfärbemittel anzunehmen, einbüsst und zum Blutplättchen degradirt wird.

Damit im Einklange steht die Angabe von LILIENFELD, nach welcher die Blutplättchen gleich den Kernen Nuclein enthalten.

Dieselbe Mannigfaltigkeit an Elementen bietet das Blut eines menschlichen Embryos von 5 *cm* Länge.

Das Blut eines früh geborenen Kindes am 16. Lebenstage enthielt:

1. Normale rothe Blutkörperchen mit Delle.
2. Rothe Blutkörperchen ohne Delle.

Die letzteren beherbergen in sich die künftigen weissen Blutkörperchen, die «wie eine zusammengedrückte Spiralfeder» nach Zerreissung des Mantels des rothen Blutkörperchens «herausschnellen».

Zur Stütze dieser Ansicht führt Verfasser eine dritte Art von zelligen Gebilden, die weisse Blutkörperchen darstellen und die noch mit einer hämoglobinhaltigen Kappe versehen sind. Das sind eben die rothen Blutkörperchen ohne Delle, aus denen die weissen herausgeschnellt sind.

Im erwähnten Blute fand Verfasser des Weiteren:

4. Polynucleare Zellen mit neutrophiler Körnung.
5. Eosinophile Zellen.
6. Mastzellen.
7. EHRLICH's Uebergangszellen.

Blutplättchen konnten nicht nachgewiesen werden.

Bei jungen Kindern war die Zahl der Leukocyten eine auffallend geringe. Bei etwas älteren und namentlich bei solchen, die an secundären Anämien und linealer Leukämie litten, war die relative Häufigkeit von noch zusammenhängend rothen und weissen Blutkörperchen auffallend.

[Jedem, der mit der Histologie des Blutes nur einigermassen vertraut ist, müssen diese Angaben des Verfassers auffallen und Zweifel an der Richtigkeit derselben erwecken. Mir scheint, dass die Annahme nicht von der Hand zu weisen ist, dass Verfasser durch Kunstproducte getäuscht wurde. Nur dadurch wären überhaupt die auffallenden Speculationen des Verfassers erklärlich. Bei näherer Betrachtung der beigegebenen Abbildungen, bekommt man thatsächlich Gebilde zu Gesicht, die entschieden nur als Kunstproducte gedeutet werden können. So z. B. Tafel XIV, Fig. 4 a, b, g., f., Tafel XV, Fig. 5 c. Referat.] *Rosenstadt.*

H. Mende: Die sogenannte Fraktur des Penis, nebst Mittheilung eines neuen Falles. (Centralblatt für Chirurgie. Nr. 49. 1893.)

Ein 40 jähriger Arbeiter war angeblich am 24. Juli 1891 mit erigirtem Penis im Dunkeln gegen eine Stuhllehne gerannt und fühlte im Penis einen heftigen Schmerz. Wegen Anschwellung und Unmöglichkeit, Urin zu lassen, am anderen Morgen Katheterismus. Es entleerte sich jedoch nur Blut. Daher Aufnahme in die chirurgische Klinik. Penis stark geschwollen, an seinem Symphysenansatz bläulich schwarz gefärbt. Vorhaut zurückgezogen, schlangenresp. S-förmige Krümmung des Gliedes mit nach unten gerichteter Konvexität. Haupteinknickung hinter der Glans, wo Fluctuation zu fühlen ist. Das ganze Scrotum sugilirt. Katheterismus gelingt nicht. Daher am 25. Juli Boutonnière mit Einführung und Herausleitung eines Nélaton aus der Dammwunde. Darauffolgend Abschwellung des Penis. Am 30. Juli Spaltung im vorderen Theile des Penis, wo sich die Harnröhre quer durchrissen zeigt. Am 7. August Anfrischung und Naht derselben. Am 27. August Entlassung bei noch offener Boutonnière. Doch tritt definitive Heilung mit völliger Herstellung der Form und Function ein.

Verfasser referirt dann 14 in der Literatur niedergelegte Fälle und geht zum Schlusse näher auf Entstehung, Symptomatologie, Verlauf und Ausgang des Leidens ein. Der Schwerpunkt liegt immer in dem Punkte, ob die Harnröhre verletzt ist oder nicht, und danach richten sich auch die eventuell nothwendig werdenden therapeutischen Eingriffe. Bei Retentio urinae wird es sich in erster Linie, falls der Katheterismus misslingt, um Längsspaltung an der unteren Fläche des Penis handeln und Aufsuchung des centralen Harnröhrenendes. Eventuell haben später plastische Operationen zu folgen.

Aus der medicinischen Abtheilung des allgem. Krankenhauses zu Gothenburg.

H. Köster: Zur Behandlung des Erysipels. (Vorläufige Mittheilung, — Centralbl. f. klin. Medicin. Nr. 38, 1893.)

Die neue Behandlung besteht in dem Bedecken der ergriffenen Partien und eines Theiles der umgebenden gesunden Haut mittels Pinsels mit einer mässig dicken Schicht von weisser Vaseline; auf diese wird, falls im Gesicht, eine Maske aus Leinenzeug mit Oeffnungen für Augen, Nase und Mund, falls anderwärts, ein gewöhnliches Stück Leinen gelegt, und das Ganze durch unter gelinden Druck angelegte Gazebinden befestigt. Zweimal täglich wird neue Vaseline aufgestrichen und dieselbe fettdurchtränkte Maske wieder aufgelegt und aufs Neue befestigt.

Die so erzielten Resultate sind äusserst günstige, und wie Verfasser durch Vergleich mit früher ausgeführten Behandlungsserien mit Jodeinpinselung, Ichthyol resp. Sublimatlanolin constatiren konnte, vollaus eben so günstige wie mit letztgenannten Mitteln. Das Fieber fiel in den meisten Fällen kritisch binnen einiger, gewöhnlich 2—3, Tage, der Schmerz und die Spannung in den angegriffenen Theilen wurde bald geringer und Recidive kamen nicht öfter vor als nach sonst angewendeten Mitteln. In einigen Fällen war der Erfolg überraschend. Patienten, die Abend mit 40° Fieber und mehr in Behandlung kamen, waren am folgenden Tage fieberfrei und die Ausbreitung des Processes hatte aufgehört. Allerdings war das Resultat nicht in allen Fällen gleich frappant; aber wenn auch in dem einen oder anderen Falle der Process sich weiter verbreitete, in den meisten blieb derselbe auf die angegriffenen Partien beschränkt. Ganz ähnliche Erfahrungen hat Verfasser von übrigen Mitteln, jedenfalls kamen die genannten Ausnahmen nicht öfters als bei Anwendung letzterer vor.

Die Methode ist nicht nur bei erysipelatösen Processen auf glatter Haut anwendbar, sondern hat auch nach Ergriffensein der behaarten Kopfhaut, ohne dass es nöthig gewesen wäre, die Haare zu entfernen, gute Resultate geliefert.

Die Vortheile dieser Behandlungsmethode sind ohne Weiteres deutlich. Dieselbe ist einfach, völlig gefahrlos, indem in der Vaseline für den Körper schädliche Bestandtheile sich nicht vorfinden, völlig reizlos, und deshalb für den Patienten angenehmer als Jodeinpinselung, Ichthyol oder Sublimatlanolin, die oftmals brennende Schmerzen hervorrufen und auch, wie in mehreren Fällen vorgekommen, recht heftige Reizerscheinungen hervorrufen können.

E. Mendel: Die Epilepsia tarda. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45, 1893).

Die Epilepsie nimmt in der Mehrzahl der Fälle in den ersten zwei Jahrzehnten ihren Anfang.

Für die als «späte» zu bezeichnende Form stellt Verfasser im Gegensatz zu anderen Autoren nicht das 30. sondern nach seinen Beobachtungen das 40. Lebensjahr als untere Grenze auf.

Am häufigsten erfolgt der Ausbruch der Epilepsie im Alter von 11—15 Jahren, doch fallen auch noch in die Zeit zwischen 30 und 40 eine ziemlich grosse Anzahl, während erst nach dem 40. Lebensjahr eine starke Abnahme zu verzeichnen ist. (Von den 904 vom Verfasser beobachteten Fällen trat bei 53, also 5·8% die Krankheit nach dem 40. Lebensjahre auf). Es wurde jedoch bis in das höchste Alter (bis zu 80 Jahren) erstes Ausbrechen der Krankheit beobachtet.

Die Epilepsia tarda tritt beim männlichen Geschlechte häufiger auf als beim weiblichen; hereditäre Anlage lässt sich in einer erheblichen Anzahl der Erkrankungen nachweisen. (Verfasser führt aus seinen Beobachtungen 2 Fälle in Kürze an).

Als directe Ursachen für den Ausbruch der Epilepsia tarda finden wir so wie bei der Epilepsie des frühen Lebensalters Schreck, traumatische Einflüsse (Verfasser erwähnt einen Fall, wo nach Einspritzungen in's Ohr bei einem 58 jährigen Mann und einen zweiten Fall, wo bei einem 42 jährigen Mann nach Ausbrennen der Nase der erste epileptische Anfall auftrat, dem sich dann in regelmässigen Zwischenräumen weitere anschlossen).

Schwangerschaft, Entbindung und Menopause scheinen für den Ausbruch der Epilepsia tarda von keiner besonderen Bedeutung zu sein, während bestehende Epilepsie durch letztere allerdings verschlimmert werden kann.

Manchmal gehen dem Ausbruch der Epilepsie jahrelang gastrische Störungen voraus, in anderen Fällen Herzbeklemmungen ohne organische Affection des Herzens, in anderen wieder organische Herzkrankheiten.

Auffallend ist das verhältnissmässig häufige Auftreten der nächtlichen Anfälle (Epilepsia nocturna).

Während bei der in jugendlichem Alter sich entwickelnden Epilepsie nach längerem Bestehen der Krankheit die Anfälle sich meist häufen, die Zwischenräume kürzer werden, scheint dies bei der Epilepsia tarda nicht der Fall zu sein.

Auch hat die Epilepsia tarda meist nicht den verderblichen Einfluss auf Intelligenz und Charakter wie die in der Jugend beginnende Epilepsie.

Es scheint das in der Entwicklung begriffene Gehirn dem verderblichen Einfluss der Krankheit mehr zu unterliegen als das vollentwickelte.

Die Therapie ist dieselbe: Brom, Belladonna, Atropin (subcutan), Vermeidung der Alcoholica, vegetabilische Kost. *B. S.*

Dr. R. Hatschek: Zur Behandlung der Prurigo mit Massage. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. Sonder-Abdruck.)

Hatschek unterzog 11, meist jugendliche (14—21 Jahre) Patienten der Klinik Prof. Kaposi, von denen 7 mit Prurigo agria, 4 mit Prurigo mitis behaftet waren, der von Murray in Stockholm (1889) empfohlenen Massage-Behandlung und konnte in allen Fällen constatiren, dass sie die symptomatische Indication der Beseitigung des Juckreizes, in eminentem Grade zu erfüllen im Stande ist. In Anwendung kam die einfache Effleurage, mit welcher an den dem Rumpfe zunächst liegenden Extremitätentheilen begonnen und allmälig gegen die peripheren Enden der Extremitäten vorgerückt wurde; die Richtung derselben war natürlich stets eine centripetale.

Bei den meisten Patienten war nach 2—4 Massage-Sitzungen an den massirten Körpertheilen das Jucken völlig verschwunden,

bei anderen dauerte es zur Erzielung dieses Erfolges länger, es ergab sich dabei auch, dass die Raschheit der Einwirkung der Massage auf den Juckreiz nicht ganz parallel ging mit der Schwere der Erkrankung; setzt man mit der Behandlung völlig aus, so treten wieder Recidiven aus.

Zum Verständniss der Massage-Wirkung hat schon MURRAY die ganz plausible Erklärung gegeben, dass dieselbe auf einem mechanischen Wegdrücken des die Knötchen bildenden und auch die Papillen umgebenden Exsudates beruhe.

Unmittelbar nach der Massage erscheinen die Knötchen allerdings zwar förmlich geschwellt, geröthet, treten sehr distinct hervor, schwellen aber sofort wieder ab. *Dr. G. N.*

P. J. Möbius: Ueber Tabes bei Weibern. (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. IV. Bd. 1893.)

Vor 9 Jahren hat Verfasser über Tabes bei Weibern geschrieben und hat 18 Krankengeschichten mitgetheilt. Es handelte sich darum, darzuthun, dass die Verhältnisse bei den Weibern nicht nur nicht gegen die ursächliche Beziehung zwischen Syphilis und Tabes sprechen, sondern dass gerade aus ihnen sich neue Gründe für diese Beziehung ergeben.

Der Verfasser gibt nun Auszüge aus 39 Krankengeschichten. Unter all diesen ist kein Fall zu finden, in dem die Syphilis unwahrscheinlich wäre. Gäbe es Tabes ohne Syphilis, so müsste doch, sagt Verfasser, die »tabische Jungfrau« auffindbar sein.

Das Alter der Erkrankten betrug im Mittel 37 Jahre (min. 28, max. 52 Jahre). Früher hatte ich als Mittel 32 Jahre gefunden. Aus allen 39 Fällen ergeben sich als Mittel 34·5 Jahre.

Das Intervall zwischen Infection und Tabesbeginn liess sich diesmal bei 18 annähernd bestimmen; es betrug im Mittel 9 Jahre (min. 5, max. 20 Jahre). Das frühere Mittel war 7 Jahre. Aus beiden Reihen ergeben sich also als Mittel 8 Jahre. *F.*

Dr. J. Heitzmann: Zur Anwendung der Mattoni'schen Moorextrakte in der Gynäkologie. (Sep.-Abdr. M. Ch. Ch. Bl. 1893.)

HEITMANN empfiehlt auf Grund eigener Erfahrungen die genannten Präparate, und zwar sowohl das feste (Moorsalz), als auch das flüssige (Moorlauge). Im letzteren überwiegt saures, schwefelsaures Natrium und Chlornatrium, in ersterem schwefelsaures Eisenoxydul. 1 *kg* Moorsalz oder 2 *kg* Moorlauge sind die als Zusatz zu einem Vollbad erforderlichen Dosen. Die Temperatur der Bäder möge 27—28° R. betragen, ihre Zeitdauer zuerst 10, später bis zu 25 Minuten erreichen. Die Bäder sollen nicht öfter als 2—3 Mal wöchentlich gebraucht werden. Meist genügen 10—15 Bäder, nur in besonders schweren Fällen (grosse Exsudatmengen) sind bis zu 30 Bäder erforderlich. Als Indikation für den Gebrauch der Bäder bezeichnet HEITZMANN: Anämie, Chlorose, chronische Metritis, Subinvolutio uteri, chronisch entzündliche Prozesse der Adnexe und des Uterus, insbesondere Residuen von peri- und parametritischen Exsudaten. Neben den Bädern sind auch Kataplasmen mit demselben Mittel empfehlenswerth. Endlich empfiehlt Verfasser noch für Erosionen etc. pulverisirtes Moorsalz, das er ebenfalls mit gutem Erfolge angewendet hat.

Dr. Aufrecht (Magdeburg): **Die Heilung der Pleuritis, insbesondere der Pleuritis acutissima (Fräntzel).** (Therapeutische Monatshefte. 1893.)

Schon vor 10 Jahren hat AUFRECHT das Acidum salicylicum zur Behandlung der Pleuritis empfohlen und hat diese Therapie bis jetzt stets eingehalten, da die Resultate vorzügliche waren. Es werden zunächst für die ersten 2—3 Tage — 6 *gr* täglich in Dosen zu 1 *gr* verabreicht, später kann die Dosis auf 3—4 *gr* herabgesetzt werden. Diese Menge soll durch 8—10 Tage weiter gegeben werden. Durch diese Behandlungsmethode wird das Heilungspercent der Pleuritis wesentlich gesteigert, die Behandlungsdauer bedeutend herabgesetzt.

Sollte diese Therapie nach 8 Tagen keine Verringerung des Exsudates bewirkt haben, so thut man gut daran, die Salicyldarreichung für die Dauer von zwei Tagen zu unterbrechen, dann aber in der angegebenen Weise nochmals durchzuführen. Die Wirkung der Salicylsäure fasst AUFRECHT in der Weise auf, dass es nicht als Diureticum wirke, sondern direct die Resorption befördere. Auf welche Weise dies erfolgt, kann AUFRECHT allerdings nicht erklären. Er weist nur auf das analoge Verhalten beim Gelenksrheumatismus hin. Schlägt die Salicyltherapie fehl, so tritt die Entleerung des Exsudates in Kraft. Zur Ausführung derselben empfiehlt AUFRECHT seinen Heberapparat. Eine eigene Besprechung widmet AUFRECHT der sogenannten Pleuritis acutissima (FRÄNTZEL). Es ist dies eine unter dem Bilde einer schweren Infectionskrankheit auftretende enorm rasche Exsutation in die Pleurahöhle. Früher gingen die meisten von dieser Krankheit ergriffenen Menschen zu Grunde und waren auch Punktionen stets erfolglos. AUFRECHT hat nur in zwei solchen Fällen sehr früh — am 3. resp. 5. Krankheitstage — schon die Rippenresection ausgeführt und beide Patienten gerettet. Er empfiehlt daher zur Behandlung der Pleuritis acutissima die möglichst frühzeitige Rippenresection. *J. S.*

Dr. Alfred Staub (Posen): **Ueber Pemphigus puerperalis und Pemphigus neonatorum.** Vorgetragen auf dem II. internat. dermatol. Congress am 10. September 1892. (Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 49, 1893.)

Verfasser fand bei seinem Studium über den Pemphigus neonatorum eine gewisse ätiologische Beziehung dieser Erkrankung zu dem Zustand der Mutter des Neugeborenen. Er beschreibt folgenden Fall.

Eine Wöchnerin in der 3. Woche des Puerperiums lag in Folge offenbaren Verschuldens der Hebamme, die alle Regeln der Aseptik und Antiseptik in unverantwortlichster Weise vernachlässigt hatte, an einem schweren Puerperalfieber darnieder. Es bestanden neben hochgradigster Anämie Schüttelfröste, hohe Temperaturen, Diarrhoen, multiple Schwellungen der Gelenke. Daneben zeigte sich zuerst auf den Glutaeen, später auch an anderen Körperstellen eine Anzahl bis wallnussgrosser, mit hellem Serum gefüllter Blasen, die aus der gesunden, unverletzten, nicht gerötheten Haut emporgeschossen waren. Aehnliche Blasen fanden sich auch auf der Conjunctiva des rechten Auges. Das neugeborne Kind zeigte in reichlicher Menge ganz ähnliche, nur etwas kleinere Blasen in den verschiedensten Stadien der Entwickelung. Auf der Schleimhaut der Lippen, des Mundes und des Rachens fanden sich auch zahlreiche theils circumscripte, theils confluirende Erosionen. Dabei bestand keine Temperatursteigerung und war der Zustand des Kindes ein recht befriedigender und führte auch bald unter indifferenter Salbenbehandlung zur Heilung. Die Mutter genas nach schwerem, mehrwöchentlichen Krankenlager nach reichlicher Anwendung von Bädern und Analepticis.

Der infectiöse Ursprung dieses Blasenausschlages war in die Augen springend. Die Infection musste entweder intra partum durch den noch bestehenden Placentarkreislauf oder bald nach der Geburt von der Nabelschnur aus erfolgt sein.

In der Literatur finden sich zahlreiche Angaben über Epidemien von Pemphigus neonatorum (KAPOSI, HENOCH, ZECHMEISTER u. A.). Die Krankheit verlauft meist gutartig, doch fallen ihr auch manche Kinder zum Opfer. Oefter wurden solche Epidemien in der Praxis einer Hebamme beobachtet, die nach Suspendirung derselben erloschen.

Der Blaseninhalt wurde mehrfach bacteriologisch untersucht. SRELITZ hält den Staphylococcus pyogenes aureus für den Krankheitserreger.

Wie der oben beschriebene und andere Fälle (Verfasser führt noch 2 Fälle an, wo Kinder von an Puerperalfieber erkrankten Müttern den charakteristischen Blasenausschlag zeigten) beweisen, sind auch die einzeln vorkommenden Erkrankungen aller Wahrscheinlichkeit nach auf bacillären Ursprung durch puerperale Infection von Seiten der Mutter zurückzuführen. Der Pemphigus der Wöchnerinnen kann verchiedene Ursachen haben, doch sind auch hier in vielen Fällen bacterielle Einflüsse nicht zu bezweifeln.

Verfasser ermahnt schliesslich die praktischen Aerzte bei jedem Fall von Pemphigus neonatorum nach der Infectionsquelle (Hebamme) zu suchen, um weiteren Infectionen, sei es von neugeborenen Kindern, sei es von Wöchnerinnen, vorzubeugen. *B. S.*

Giovanni Cucco: Phenokoll. hydrochloric. gegen Malaria (Separat-Abdruck).

Das Phenocoll. hydrochloric. ist ein weisses Pulver (klein crystallinisch) von neutraler Reaction, löslich in $16^1/_2$ Theilen Wasser von 17° C. etc. etc.

Nachdem Professor PIETRO ALBERTONI, Bologna, die antipyretische Wirkung des Phenocolls constatirt hatte, kam er zuerst auf den glücklichen Gedanken, dieses Heilmittel gegen Malaria zu probiren, gegen welche Krankheit sich dasselbe als äusserst wirksam zeigte. Weitere Versuche damit stellten Dr. PRATI, Bergamo, Dr. NOVI, Alfonsine, Dr. VENTURINI, Cinigiano, auf den Vorschlag des Professors ALBERTONI hin, an und letzterer berichtete in der Academia Medico-Chirurgica zu Bologna in der Sitzung vom 4. December 1891 über 29 Fälle von Malaria, von denen 22 mit bestem Heilerfolg behandelt wurden.

Dr. CRISCIMANNO spricht sich sehr lobend über die Wirksamkeit des Phenocolls aus, in 5 Fällen von Sumpffieber heilte er 3 mit vorzüglichem Erfolg. — Verfasser selbst behandelte eine grosse Anzahl Malaria-Kranker.

In der Verabreichung hat Verfasser sich an die classische und rationelle Richtschnur des Gebrauches von Chininpräparaten gehalten. Verfasser verordnete vorzugsweise, dass das Heilmittel wenige Stunden vor Auftritt des Fiebers eingenommen wurde, weil Verfasser die Dauer von 12 Stunden zur Entfaltung der Wirksamkeit des Präparates im Organismus für nothwendig hielt. Zu wiederholten Malen hat Verfasser Versuche bei einer und derselben Person, andererseits an verschiedenen Personen, mit Chinin und Phenocoll., angestellt. — Verfasser muss gestehen, dass er gerade in diesem Jahre klinische Formen von Malaria angetroffen habe, die ausserordentlich beharrlich waren, leicht nach wenigen Tagen recidivirten und die sich auch gegen Chininbehandlung äusserst hartnäckig erwiesen.

Verfasser glaubt, dass auf diese Personen die schlechten hygienischen Verhältnisse einwirken, in denen sich ein grosser Theil seiner Patienten befand, — Verhältnisse, herbeigeführt durch Ueberanstrengung, Armuth und aussergewöhnlich missliche Umstände aller Art, welche oft die Entfernung der progressiven Zerstörung der rothen Blutkörperchen verhindert, durch welche die unnatürliche Beschaffenheit des Blutes veranlasst wird.

Von 84 Malariafällen hat sich Phenocoll. hydrochloric. als äusserst wirksam in 52 Fällen gezeigt; 21 waren von zweifelhafter Wirkung, in 4 Fällen war es ohne Wirkung. Ueber die weiteren 7 Fälle kann Verfasser bislang noch kein Urtheil fällen, da er mit seinen Beobachtungen noch nicht am Ziele ist.

Verfasser verordnet das Phenocoll in Dosenvon 1 bis $1^1/_2$ *gr* pro die und $^1/_2$ *gr* pro dosi, ohne dass Störungen verursacht wurden. Bei einer Person, welche sich in den letzten Jahren durch den Gebrauch von Chinin eine Chininvergiftung (nach TOMMASELLI) zugezogen hatte, wurde das Phenocoll mit vorzüglichem Erfolg, ohne jegliche Störung zu hinterlassen, angewendet. Verfasser glaubt bestimmt, dass das Phenocoll. hydrochloric. das beste Ersatzheilmittel für Chinin ist. — In verschiedenen Fällen genügte eine einmalige Eingabe von Phenocoll. um das Fieber zu beseitigen.

Der Gebrauch dieses Heilmittels in Dosen von $^1/_2$ *gr* jeden 7. Tag ist das probateste Mittel gewesen, um die Krankheit abzuschneiden.

In Fällen, in denen Phenocoll. von zweifelhafter Wirkung sich zeigte, desgleichen Chinin, habe er diese beiden Präparate in Gemeinschaft gegeben, mit Erfolg angewendet.

Bei schwachen Personen hat Verfasser oft grosse Schweissabsonderung, Schlaftrunkenheit und grössere Depression beobachtet, selbst nachdem das Fieber beseitigt war.

Von Kindern wird Phenocoll. gern eingenommen, da sich der Geschmack leicht durch Zugabe süsser Mittel beseitigen lässt.

Unter dem Vorbehalt, dass Verf. die Fortsetzung seiner Arbeit in wenigen Monaten folgen lasse, kann er heute schon mit bestem Gewissen bezeugen, dass das Phenocoll. sich in den meisten Fällen von Malaria als wirksam, ohne Gefahr und ohne Beschwerden zu hinterlassen, erprobt hat. Sicherlich ist Phenocoll das beste Ersatzmittel für Chinin.

Dr. Carl Beck, (New-York): **Ueber Darmresection bei gangränösen Hernien.** (New-Yorker Med. Monatsschr., Juli, 1892.)

Verfasser gelangt auf Grund klinischer Erfahrungen und seiner im Jahre 1878 publicirten Thierversuche zu folgenden Schlüssen:

1. Bei gangränverdächtigem Darm ist derselbe vor die Bauchwunde zu ziehen, dort in geeignetes Verbandmaterial zu hüllen (Salicylgaze), um ihn zu controlliren und nach ein bis zwei Tagen zu reponiren oder reseciren. Dasselbe Verfahren findet bei schon eingetretener Peritonitis statt.

2. Bei positiver Gangrän, welche sich durch blauschwarz verfärbte Stellen und in meisten Fällen durch den Geruch manifestirt, ist eine ausgedehnte Darmresection auszuführen, welche selbst durch eine bereits bestehende Perforation nicht contraindicirt ist, vorausgesetzt, dass das anliegende Peritoneum noch ein gesundes Aussehen hat.

3. Das Haupterforderniss eines Erfolges liegt in der sicheren Behinderung jeglicher Infection.

Dieselbe wird erreicht.

a) Durch gründliche Desinfection der Umgebung.

b) Durch sorgfältige Vermeidung des Austrittes von Darminhalt in die Bauchhöhle.

4. Die Resection darf nur in gesundem Gewebe stattfinden, so dass man solche Wundflächen erhält, welche zu einer primären Verklebung geneigt sind.

5. Die Blutzufuhr vom Mesenterium muss auf das Sorgfältigste erhalten bleiben und ist deshalb keine Keilexcision vorzunehmen.

6. Zur Verhütung des Kothaustrittes sind die RYDYGIER'schen Compressoren zu verwenden.

7. Zur Enterorraphie ist die einfache LEMBERT'sche Naht nicht zuverlässig genug, wesshalb die CZERNY'sche Naht vorzuziehen ist.

8. Zum Nähen ist die Jodoformseide dem Catgut als einem zu nachgiebigen Material vorzuziehen.

9. Die Bauchhöhle muss während der Operation mit antiseptischer Gaze abgeschlossen werden, so dass das Operationsterrain vollständig extraabdominal gehalten ist.

10. Der Bruchring ist möglichst ausgedehnt zu dilatiren.

11. Die Desinfection des ausserhalb liegenden Darmstückes hat mit einer 2 pro mille Sublimatlösung zu geschehen, welcher eine Nachspülung mit Thiersch'scher Solution folgt.

12. Die Darmnahtstelle ist zur Sicherheit am Bruchring mit einigen Catgutnähten zu befestigen, damit sie leicht gefunden wird, falls die Symptome der Separation auftreten und die Bildung eines anus praeternaturalis nicht mehr zu vermeiden ist.

Dr. Clayton Parkhill: Lineare Craniotomie bei Mikrocephalie.

Dr. CLAYTON PARKHILL berichtet (Intern. Med. Magazine, November 1893) über zwei Fälle von Mikrocephalus, in denen er die lineare Craniotomie ausführte. In einem dieser zwei Fälle handelte es sich um einen 4 Jahre und 8 Monate alten Knaben, den der Autor als einen «hoffnungslosen Idioten» bezeichnet. Sein Kopf war ausgesprochen mikrocephal und konisch in Folge der mangelhaften Entwicklung der Tubera frontalia und parietalia. Unter antiseptischen Cautelen wurde zur rechten Seite der Medianlinie ein Stück Knochen entfernt, so dass die Oeffnung $6^1/_2$ Zoll in der Länge und $^3/_4$ Zoll in der Breite betrug. Am achten Tage trat Heilung per primam intentionem ein. Innerhalb von 24 Stunden nach der Operation wurde der Gesichtsausdruck des Kindes ein besserer und es verlor die Unruhe, die für dasselbe früher so charakteristisch gewesen war. Nach Ablauf einer Woche spielte es fortwährend mit seinen Spielsachen und unterhielt sich stunden-

lang mit seinem Bilderbüchlein. 11 Wochen nach der ersten Operation wurde auch die linke Seite in einer ähnlichen Art operirt, mit Ausnahme des Umstandes, dass diesmal noch eine zweite Knochenincision, 1 1/2 Zoll lang und 1/2 Zoll breit, gemacht wurde, die sich nach abwärts gegen das Ohr hin erstreckte, und zwar von der Mitte der langen Knochenwunde aus; diese zweite Oeffnung wurde mit der Absicht gemacht, ihm das Sprachcentrum frei zu halten. Die Heilung per primam intentionem war am 10. Tage eine vollständige. Das Resultat der Operation war, dass aus dem kindlichen Idioten innerhalb dieser wenigen Monate ein ziemlich intelligentes Kind wurde. Das Kind entwickelte sich auch doppelt so schnell, als es sonst bei einem Durchschnittskinde unter normalen Verhältnissen der Fall ist.

In dem anderen Falle handelte es sich um ein 5 Jahre und 9 Monate altes Mädchen, das nicht im Stande war, auch nur ein einziges Wort auszusprechen, und das gar keine Zeichen der Intelligenz darbot. Der Schädel des Kindes hatte eher ein megalocephalisches als mikrocephalisches Aussehen; es stellte sich jedoch heraus, dass dies auf Rechnung der Dicke des Knochens kam, der im Bereiche des Operationsfeldes eine Dicke von 1/4 bis zu 1/2 Zoll zeigte. Der Knochen war so compact, dass die Platte der Zange während der Operation in ihrer Mitte gebrochen wurde. Die Incision in den Knochen mass volle 8 Zoll in der Länge und an Breite betrug sie ebensoviel wie in dem ersten Falle. Am 13. Tage, als die Wunde untersucht wurde, fand man sie vollkommen geheilt. Zur Zeit der Berichterstattung über diese Fälle war einige Besserung in den intellectuellen Fähigkeiten des Kindes eingetreten, und das Kind schien sich in einem ausgezeichneten physischen Zustande zu befinden. — Dr. PARKHILL bemerkt jedoch, dass es noch verfrüht sein würde, zumal wenn man erwägt, dass nur eine Seite operirt wurde, irgend eine bedeutende Besserung in diesem Falle zu erwarten. Verfasser meint, dass die Operationsmethode, die er befolgt hat, nämlich den Schädel in zwei grosse Knochenlappen zu theilen, die beste Methode für solche Fälle sei. *L. L.*

Franco (Neapel): **Klinischer Beitrag zur Pathogenese und Therapie des acuten Rheumatismus.** (Gazz. degli Ospedali, 16. Dec. 1893.)

In der Sitzung vom 29. November 1893 der «Società Medico-Chirurgica» in Neapel hat Prof. FRANCO über drei Fälle von acuter Polyarthritis berichtet. Im ersten Falle war das Fieber sehr hoch und es bestanden multiple Gelenksschmerzen.

Da die gewöhnlichen Mittel von keinem Nutzen gewesen sind, so wandte Verfasser die trockene Hitze an. Die Patientin genas nach fünf Applicationen. Dasselbe Resultat erzielte Verfasser in zwei anderen Fällen.

Die Anwendung der Hitze erfolgt durch einen eigens hiezu construirten Ofen, den der Verfasser für sicher wirkend und frei von jeder Gefahr hält. Die trockene Hitze wirkt besser als das Salicylnatron und besitzt die Nachtheile dieses letzteren nicht. Sie wirkt sicher bei den acuten Formen, bevor noch Alterationen sich eingestellt haben.

Aus diesem curativen Factum lässt sich die Pathogenese der fraglichen Affection ableiten. Der Vortragende tritt nämlich für die schon von CARDARELLI ausgesprochene Anschauung ein, wonach es nicht richtig sei, bei der Entstehung des Rheumatismus der cutanen Perfrigeration jede Bedeutung abzusprechen und die Krankheit als eine parasitäre Infection aufzufassen. Die Zurückhaltung von in den Geweben verarbeiteten toxischen Principien in Folge einer Erkältung muss als die erste Ursache der Affection betrachtet werden. *A. D.*

Massalongo und **Bonatelli** (Verona): **Ein Fall von pneumonischer Hemiplegie.** (Gazzetta d. Ospit. 1893, Nr. 55.)

Die pneumonischen Lähmungen treten entweder im Verlauf der Pneumonie oder später auf. Die pneumonische Hemiplegie ist die gewöhnlichste unter den Formen, die sich im Verlaufe der Krankheit zeigen, und man unterscheidet drei Arten: die der Alten, die der Erwachsenen und die der Kinder. Erstere hat als Ausgang den Tod infolge der Hirnerweichung; die zweite lässt eine günstige Prognose zu, sie geht rasch zurück, sie hat aber eine dunkle Pathogenese. Der von den Autoren beobachtete Fall gehört eben zu dieser Kategorie. Die Paralyse trat ohne Sensibilitätsstörungen auf, es gingen ihr Vomitus und Delirien voraus, auch ging sie mit Pulsus rarus und mit Anfällen von JAKSON'scher Epilepsie einher. Nach wenigen Tagen verschwand sie ohne irgend welche Folge zurückzulassen. In Bezug auf die Pathogenese acceptiren die Autoren keine der aufgestellten Theorien, ausgenommen diejenige, die eine toxische Ursache supponirt (vergleichbar mit derjenigen der urämischen Hemiplegie.) *A. D.*

Tiraboschi (Neapel): **Ueber einen seltenen Fall von Lebercirrhose.** (Giornale Internaz. d. Scienze Medice, Heft II, 1893.)

TIRABOSCHI beschreibt einen nicht gewöhnlichen Fall von vulgärer Cirrhose, sei es wegen des Verlaufs (Dauer circa 7 Jahre, während welcher Zeit 346 Paracentesen vorgenommen wurden), sei es wegen einiger Symptome (zu Beginn Hämatomesis, Hypertrophie des linken Leberflügels etc.), die vom Autor in eingehendster Weise besprochen wurden. Wenn man auch mit den Erklärungen und Deutungen, die der Verfasser den einzelnen Symptomen gibt, nicht durchwegs einverstanden sein kann, so verdient doch die sorgfältigst durchgeführte Arbeit TIRABOSCHI's eine ganz besondere Beachtung, und zwar nicht allein weil sie reich an Bemerkungen und Betrachtungen über die Aetiologie und Pathogenese der Lebercirrhose ist, sondern auch weil in ihr einige Experimente enthalten sind, die Anregung zu weiteren Untersuchungen über den so wichtigen Gegenstand geben können. Mit vollkommeneren Mitteln, als es die sind, über welche ein praktischer Arzt verfügt, könnte man vielleicht zu praktisch wichtigeren Ergebnissen gelangen. *A. D.*

Sheridan Delepine (Manchester): **Ueber künstlich erzeugte Tuberkulose und ihren diagnostischen Werth.** (Medic. Press, 1840).

Die Methode der künstlichen Ueberimpfung von Tuberkulose, zu diagnostischen Zwecken zuerst von VILLEMIN in die Medicin eingeführt, gerieth fast in Vergessenheit, seitdem es KOCH gelungen war, den Tuberkelbacillus selbst mittels seiner Tinctionsmethode in den ergriffenen Geweben nachzuweisen. Schon vorher hatte KOCH auf die Irrthümer hingewiesen, denen man bei der Ueberimpfungsmethode sowohl in Folge blos zufälligen Auftretens von Tuberkulose an den Versuchsthieren, als auch in Folge unsorgfältiger Manipulation bei Anstellung des Experimentes ausgesetzt ist. Gleichwohl macht die Schwierigkeit, mit der es oft verbunden ist, in Geweben oder in Excreten, welche nur wenig Bacillen enthalten, diese letzteren nachzuweisen, es wünschenswerth, wieder auf die alte Methode zurückzugreifen, um so mehr, als in solchen Fällen wohl ein positives Resultat der Untersuchung unumstösslichen diagnostischen Werth besitzt, einem negativen Befunde dagegen keinerlei Beweiskraft zukommt, in letzterem Falle vielmehr immer wieder von Neuem mit dem grössten Aufwande von Mühe und Geduld der Nachweis von Bacillen versucht werden muss.

Die Impfversuche wurden von DELEPINE unter allen antiseptischen Cautelen an 28 Meerschweinchen angestellt. Eine geringe Menge des suspecten Sputums oder einer daraus gewonnenen Reincultur wurde den Meerschweinchen an der Innenseite des Oberschenkels nahe dem Kniegelenke unter die Haut gespritzt. Die auf diese Weise behandelten Thiere wurden in verschiedenen Zeitperioden getödtet und die bis dahin entstandenen Veränderungen durch die Section festgestellt.

I. Dabei zeigte sich, dass sich Einimpfung von etwa dem 20. Theile einer nur 1 *mm* im Durchmesser haltenden Reincultur*) nach 12 Tagen die linken Kniegelenksdrüsen, die oberflächlichen Drüsen der linken Inguinal die linke Sublumbardrüse deutlich infiltrirt war. Die Milz und die Drüsen unterhalb der Leber zeigten Veränderungen geringeren Grades.

*) Die dazu verwendeten Culturen waren sehr virulent, der Bacillus war ausserhalb des Körpers durch mehr als 1 Jahr gezüchtet worden u. zw. durch 6 Monate auf Glycerin-Agar-Agar.

Nach 20 Tagen waren die genannten Organe noch deutlicher, zum Theile käsig infiltrirt. Dazu gesellte sich Affection der Leber, der Mediastinal- und Bronchialdrüsen.

Nach 26 Tagen Infiltration der Subscapula- und der tiefgelegenen unteren Cervicaldrüsen, beginnende Veränderungen in den Lungen.

Nach 30 Tagen sicher zu constatirende Affection der Lungen beginnende Infiltration der rechten Inguinaldrüsen.

Nach 62 Tagen Uebergang der Infiltrate in käsige Nekrose in den meisten der früher genannten Organe, auch in Leber und Milz.

Nach 74 Tagen leichte Schwellung der rechten Sublumbardrüse, die rechten Kniekehlendrüsen zeigten sich noch intact.

Auffällig ist das späte Ergriffenwerden der Lymphdrüsen der anderen unteren Extremität (rechtes Bein), sowie der tiefer unten gelegenen Drüsen der rechten Körperhälfte. Eine Infiltration der rechten Poplitere und Inguinaldrüsen fand DELEPINE nach 97, ja nach 106 Tagen eben erst angedeutet. Hier befindet er sich im Gegensatze zu ARLOING (Congress pour l'Etude de la Tuberkulose 1888), der schon am 60. Tage nach geschehener Impfung Verallgemeinerung der Tuberkulose über den ganzen Körper angibt.

II. Nach der Impfung mit tuberkulosem Sputum traten ähnliche Veränderungen auch dann auf, wenn dasselbe Bacillen blos in sehr geringer Menge enthielt. Wenn die erhaltenen Resultate in manchen Einzelheiten auch nicht die absolute Constanz, wie nach Einimpfung von Reinculturen zeigten, so gelang es doch auch hier, diagnostisch werthvolle Momente festzustellen.

In der 2. Woche nach der Impfung (wieder am linken Beine), krankten sämmtliche Lymphdrüsen derselben Körperhälfte unterhalb des Zwerchfelles und die Milz.

Während der 3. Woche Leber, Mediastinal- und Bronchialdrüsen. Während der 4. Woche die Lungen, Cervical- und Capillardrüsen. Nach der 4. Woche zeigten sich die unterhalb des Zwerchfelles gelegenen Lymphdrüsen der rechten Seite in geringem Grade und langsam fortschreitend afficirt. Die Popliteal- und Inguinaldrüsen rechts entgiengen der Infiltration durch lange Zeit.

In zwei Fällen, wo zur Ueberimpfung Sputa von so geringem Bacillengehalte verwendet wurden, dass ihr mikroskopischer Nachweis zweifelhaft blieb, brach bemerkenswerther Weise sehr rasch Tuberkulose in grosser Ausbreitung aus. In einem dieser Fälle konnte aus der Milz des getödteten Thieres schon 3 Wochen nach der Impfung eine Reincultur von typischen Tuberkelbacillen gewonnen werden.

Dagegen war in anderen Fällen die Ueberimpfung von Sputis, die von Bacillen strotzten, von einer relativ milden Tuberkulose gefolgt.

Daraus schliesst DELEPINE, dass den Tuberkelbacillen in gewissen Fällen oder in gewissen Stadien der Entwicklung eine ganz besondere Virulenz eigenthümlich sei, worüber die Färbemethode nicht im Stande sei, Aufschluss zu geben. Für diese Fälle zeigt sich VILLEMIN's Methode in bemerkenswerther Weise überlegen.

DELEPINE kommt zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. Die Methode der Ueberimpfung von Tuberkulose gibt diagnostisch unzweideutige Resultate.

2. Die durch sie erhaltenen negativen Resultate besitzen gleiche Beweiskraft wie die positiven Resultate.

3. Die positiven Resultate geben über den Charakter der Erkrankung genaueren Aufschluss, als der mikroskopische Nachweis von Bacillen zu bieten im Stande ist.

4. Die Resultate können leicht in 2—3 Wochen erhalten werden. *W. Sch.*

Dr. Emanuel Kahn: Menstruationsanomalien in Folge von Botriocephalus latus und Einiges zu dessen Symptomatologie. Vortrag, gehalten am 12. October 1893 in der mediz. Gesellschaft zu Wilna. — (St. Petersb. medic. Wochenschr. Nr. 47, 1893.)

Das Ei des Botriocephalus latus entwickelt sich im süssen Wasser zum Embryo, der von Fischen namentlich Hechten (zuerst von Prof. BRAUN 1885 experimentell nachgewiesen) verschluckt und durch den Genuss derselben namentlich im rohen, gesalzenen Zustand auf den Menschen übertragen wird. Die Erkrankung an diesem Parasiten ist vor dem 10. Lebensjahre, wo Ascaris lumbricoides vorherrscht, ziemlich selten, nimmt jedoch von da mit dem wechselnden Alter zu und findet sich von der Art der Ernährung der Bevölkerung abhängig, besonders zahlreich in gewissen Gegenden wie Russland, Ostpreussen, Schweden, Schweiz, Japan etc.

Verfasser hatte in seiner Praxis in Narwa Gelegenheit zahlreiche Fälle zu beobachten, von denen er besonders folgenden wegen seines auffallenden Symptomencomplexes hervorhebt.

Es handelte sich um eine 19jährige Virgo, die bis Juni 1892 vollständig gesund und regelmässig menstruirt gewesen, von dem genannten Zeitpunkt angefangen jedoch an starken, bald nach 2, bald nach 3 Wochen unregelmässig sich wiederholenden, bis 8 Tage dauernden, mit heftigen Schmerzen verbundenen Blutungen litt, wobei auch einmal eine Fiebertemperatur von 39° beobachtet wurde. Patientin war blass, hatte ein leichtes anämisches Geräusch am Herzen, der Uterus (per anum untersucht) zeigte sich leicht vergrössert, in seiner Consistenz erweicht, bei Druck schmerzhaft. — Eisentherapie ohne Erfolg. Ol. Ricini wegen hinzutretender Stuhlbeschwerden gereicht, hatte den Abgang von einem ½ Meter langen Botriocephalus zur Folge, der durch 4 *gr* Extr. Filic. mar. in seiner ganzen Länge (6½ Meter) sammt dem Kopfe abgetrieben wurde. Von da an schwanden sämmtliche Beschwerden, sowohl Menstruations- als Magen- und Darmstörungen der Patientin, um nicht wiederzukehren.

Von den verschiedenen Autoren werden als Symptome des Botriocephalus latus angegeben: nagender Schmerz in der Nabelgegend, Pupillenerweiterung, Unregelmässigkeiten im Stuhlgang, Erbrechen, verschiedenartige Krampfzustände (Chorea, Epilepsie, hysterische Krämpfe). REYHER, RUNEBERG, DEHIO u. A. beschreiben Fälle von progressiver perniciöser Anämie als Folge von Botriocephalusinvasion.

Verfasser beobachtete in seinen Fällen die oben erwähnten nagenden Schmerzen in der Nabelgegend, Gefühl von Völle und Druck im Mesogastrium, hie und da Pupillenerweiterung, bei nervösen, anämischen Personen Krampferscheinungen (in einem Falle bei einem 28jährigen Mädchen traten sogar maniakalische Anfälle mit folgenden hysterischen Weinkrämpfen auf, die nach Abtreibung des Parasiten vollständig schwanden) und schliesslich bei weiblichen Patienten stets Menstruationsanomalien, so dass er in Gegenden, wo Botriocephalus latus häufig vorkommt, bei Menstruationsstörungen zur genauen Untersuchung der Stuhlentleerungen auffordert. *B. S.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Amsterdam. Dr. Salomonson hat sich als Privat-Docent für Neurologie und Elektrotherapie habilitirt.

— Belfast. Dr. W. H. Thompson wurde mit der neu gebildeten Professur für Physiologie am Queens-College bekleidet. An demselben College ist Dr. John W. Byers an Stelle des verstorbenen M. F. Dill zum Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie ernannt worden.

— New-York. Dr. B. H. Wells wurde zum Professor der Gynäkologie an der New-York Policlinic and Hospital ernannt.

* Der 22. deutsche Aerztetag soll am 29. und 30. Juni 1894 in Eisenach abgehalten werden.

* Der für April 1894 in München vorausgesehene Congress für innere Medicin soll mit Rücksicht auf den vom 29. März bis 5. April 1894 tagenden internationalen Congress zu Rom in diesem Jahre ausfallen und auf die Osterferien 1895 verlegt werden.

* Paris. Die Akademie hat in ihrer letzten Sitzung ein Titularmitglied für die therapeutische Section gewählt. Laveran erhielt 59 von 79 Stimmen. Huchard erhielt 12, Blanchard 4, Ferrand 3 Stimmen.

* Rom. Die medicinische Ausstellung, welche in Rom gelegentlich des XI. Internationalen medicinischen Congresses stattfinden soll, wird vom 20. März bis 30. April dauern.

* Todesfälle. In Wien Dr. Adolf Heider, Privatdocent und Assistent am hygienischen Institute, 47 Jahre alt. — In Baden hat der Generalstabsarzt Dr. v. Mülleitner im Alter von 74 Jahren durch Selbstmord geendet.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Seit 17. December ist in Galizien weder ein Erkrankungs- noch ein Todesfall an Cholera constatirt worden. Die Gesammtzahl der seit 3. August bis 17. December in Galizien vorgekommenen Erkrankungen an Cholera asiatica beläuft sich auf 1448, von denen 848 mit Tod endeten. Die aus Ungarn vorliegenden Nachrichten lassen eine fortdauernde Abnahme der Zahl der Cholerafälle entnehmen. In der Zeit vom 6. bis 16. December sind in je 1 Gemeinde aus 4 Comitaten und in der Stadt Budapest zusammen 17 Erkrankungen und 8 Todesfälle an Cholera angezeigt worden. Auf die Stadt Budapest entfielen 4, auf eine Gemeinde im Comitate Bacs-Bodrogh 9 Erkrankungsfälle. — Türkei. In Constantinopel erkranken täglich circa 100 und sterben 30—40 Personen an Cholera.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle auf der Insel Solta (Dalmatien) mit 3200 Einw. nächst Spalato. Jahresgehalt 2000 fl., Gemeindepferd zur Verfügung. Hausapotheke unentbehrlich. Kenntniss der kroatischen oder einer slavischen Sprache nothwendig. Nähere Auskünfte ertheilt das Gemeindeamt Solta, an das die gehörig instruirten Gesuche zu richten sind.

Districtsarztesstelle in Toporów, Brodyer Bezirk (Galizien), mit 12 Gemeinden, 14.134 Einw. und 247 Qu.-Kilom. Flächenausmass. Gehalt 500 fl., Reisepauschale 300 fl. Gesuche sind bis Ende Jänner 1894 an den Bezirksausschuss in Brody zu richten.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätssprengel Völs-Tiers des polit. Bezirkes Bozen (Tirol) mit 2280 Einw. Bezüge: 600 fl. Wartgeld, 40 fl. Quartiergeld und 50 fl. Beitrag von einem Privaten, überdies freie Benützung eines Gartens. Der Arzt ist verpflichtet, seinen Wohnsitz in Untervöls zu nehmen, eine Hausapotheke zu halten und zwei Tage in jeder Woche in Tiers zu ordiniren, ausserdem in beiden Gemeinden den Sanitätsdienst im Sinne der Dienstes-Instruction für Gemeindeärzte (L.-G. und V.-Bl. Nr 8 ex 1885) auszuüben. Gehörig belegte Competenzgesuche sind bis längstens 31. Jänner 1894 an die Gemeidevorstehung in Völs zu richten. Auskünfte ertheilt Dr. Foppa, k. k. Bezirksarzt in Bozen.

Gemeindearztesstelle in der Stadt Feldsberg, Bezirkshauptmannschaft Mistelbach in Niederösterreich, ist vom 1. Februar 1894 an zu besetzen. Jahresgehalt 250 fl., dagegen ist die Behandlung der Ortsarmen und die Todtenbeschau unentgeltlich zu leisten. Bewerber, welche Doctoren der gesammten Heilkunde sein sollen, haben ihre gehörig belegten Gesuche bis 15. Jänner 1894 an das Bürgermeisteramt Feldsberg zu richten, das auch nähere Auskünfte ertheilt. Die Stadt Feldsberg zählt 450 Häuser und über 3000 Einwohner, ist der Sitz eines k. k. Bezirksgerichtes, Steueramtes und der fürstlich Johann Liechtenstein'schen Gutsverwaltung, hat eine 6classige Volksschule und eine n.-ö. Acker-, Obst- und Weinbauschule. In nächster Nähe liegen die Ortschaften: Bischofswart, Reinthal, Kotzelsdorf, Schwattenberg, Herrenbaumgarten und Garschönthal die ziemlich gross sind und keinen Arzt haben.

Districtsarztesstelle in Szczurowice, Brodyer Bezirk (Galizien), mit 22 Ortschaften, 22 300 Einw. und 390 Qu.-Kilom. Flächenausmass; 500 fl. Gehalt, 400 fl. Reisepauschale. Gesuche sind bis Ende Jänner 1894 an den Bezirksausschuss in Brody zu richten.

Prosectorstelle beim allgemeinen Krankenhause in Lemberg (Galizien). 1200 fl. Gehalt; 3 Quinquennalzulagen je 200 fl. Gesuche sind bis 15. Jänner 1894 an die Direction des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg zu richten.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 10 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Ueber die Sonnenäther-Strahlapparate und deren therapeutische Verwerthung". Von Dr. Rudolf Lewandowski in Wien.

Mit nächster Nummer versenden wir das Inhaltsverzeichniss der «Internat. Klinischen Rundschau», Jahrgang 1893.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit **I. Jänner 1894** beginnt ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- U. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom I. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende December erlischt, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"
Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Verlag der „Internationalen Klinischen Rundschau."

Klinische Zeit- und Streitfragen.

Bisher sind erschienen:

I. Band.

1. Heft: **Weichselbaum.** Der gegenwärtige Stand der Bakteriologie
2. » **Obersteiner.** Der Hypnotismus.
3.–4. » **v. Basch.** Die cardiale Dispnoe.
5. » **v. Zeissl.** Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Therapie
6. » **Glax.** Die Neurosen des Magens.
7.–10. » **v. Pfungen.** Die Atonie des Magens. (513)

II. Band.

1. Heft: **Neudörfer.** Gegenwart und Zukunft der Antiseptik und ihr Verhältniss zur Bakteriologie.
2. » **Fischl.** Ueber Antipyrese.
3.–4. » **Steinbach.** Die Sterilität der Ehe.
5. » **Ehrendorfer.** Leitung der Geburt und des Wochenbettes.
6. » **Löwenfeld.** Der gegenwärtige Stand der Therapie der chronischen Rückenmarkskrankheiten.
7.–8. » { **Goldzieher.** Die chronisch-infektiösen Bindehauterkrankungen. **Fukala.** Ueber Blepharitis papillaris.
9. » **Herz.** Ueber Lungentuberkulose im Kindesalter
10. » **Maydl.** Ueber Darmchirurgie.

III. Band.

1.–2. Heft: **Oertel.** Die diätetisch-mechanische Behandlung der chronischen Herzmuskelerkrankungen.
3. » **Albert.** Die Lehre vom Hirndruck.
4. » **Fellner.** Die Thure-Brandt'sche Behandlung der weiblichen Sexual-Organe.
5. » **Neumann.** Die Prophylaxis der Syphilis.
6. » **Hofmokl.** Klinische Beiträge zur Chirurgie der Pleura und der Lungen.
7.–8. » **Grünfeld.** Ueber Cystoskopie.
9.–10. » **Feuer.** Das Trachom in der österr.-ungar. Armee.

IV. Band.

1.–2. Heft: **v. Hebra.** Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten.
3. » **Neumann.** Die Regelung der Prostitution vom juridischen und medizinischen Standpunkte.
4. » **Sokolowski.** Ueber die larvirten Formen der Lungentuberkulose.
5. » **Rosenbach.** Ueber funktionelle Diagnostik und die Diagnose der Insufficienz des Verdauungs-Apparates.
6. » **Peyer.** Die Spinalirritation und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane. **Adamkiewicz.** Ueber den pachymeningitischen Prozess des Rückenmarkes.
7.–8. » **Temesváry.** Ueber die Anwendung der Elektrizität bei Frauenkrankheiten. Mit einem Vorworte von **Prof. Apostoli** in Paris.
9. » **Neudörfer.** Von der Antiseptik zur Aseptik. Der gegenwärtige Standpunkt in dieser Frage.
10. » **Weiss.** Kefir, kaukasischer Milchwein (Kuhmilch-Kumiss). Seine Anwendung und Wirkung.

V. Band.

1.–4. Heft: **Wick.** Die Tuberkulose in der Armee und Bevölkerung Oesterreich-Ungarns.
5. » **Hofmokl.** Zur Frage der chirurgischen Behandlung des Pyothorax mit besonderer Berücksichtigung der Bülau'schen Operationsmethode.
6. » **Lang.** Elektrolytische Behandlung der Strikturen der Harnröhre und einiger Dermatosen. Klinischer Vortrag.
7.–8. » **v. Hebra.** Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten. Uebersichtliche Darstellung der Fortschritte in der Dermo-Therapie im letzten Dezennium. II. Theil.
9.–10. » **Wick.** Der gegenwärtige Stand der Tuberkulosen-Therapie.

VI. Band

1.–2. Heft: **Kühner.** Ueber Erfolge und Misserfolge in der medizinisch-chirurgischen Praxis. Eine kritische Studie über ärztliche Kunstfehler.
3. » **Benedikt.** Ueber Neuralgien und neuralgische Affektionen und deren Behandlung.
4. » **Wichmann.** Die Heilwirkung der Elektrcität bei Nervenkrankheiten.
5.–6. » **Hofmokl.** Klinische Mittheilungen über Darmocclusionen.
7. » **Schiff.** Die Krankheiten der behaarten Kopfhaut.
8.–9. » **Wagner.** Beiträge zur Kenntniss der Geschosswirkung des kleinkalibrigen Gewehres.
10. » **Feuer.** Die Beziehungen zwischen Zahn- und Augenaffektionen.

VII. Band.

1.–2. Heft: **Neudörfer.** Rückblick auf ein Vierteljahrhundert Antiseptik
3. » **Lorenz.** Ueber Transformation der Knochen mit besonderer Berücksichtigung der Orthopädie, zugleich eine Kritik des Wolff'schen Transformations-Gesetzes.
4., 5. u. 6. » **Mayer.** Die Tuberkulose und deren heutige Behandlung in Sanatorien und Asylen, dargestellt in ihrer medizinischen und socialen Bedeutung.
7. » **Ekstein.** Zur Reform des Hebammenwesens in Oesterreich.
8. » **Luther.** Ueber Chloroform, seine Wirkung und Folgen
9. » **Loewy.** Die Typhusepidemie in Fünfkirchen verursacht durch Infection der Wasserleitung.
10. » **Lewandowski.** Ueber die «Sonnenäther-Strahlapparate» und deren therapeutische Verwerthung.

Preis für jedes Heft 1 Mark.

Pränumerationspreis für den Band von 10 Heften 8 Mark.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Arztenstelle erledigt.

Die **Stadt Jaispitz bei Znaim** in Mähren in Verbindung mit der Herrschaft Jaispitz, nebst 5 Gemeinden mit über 3000 Einwohner, sucht einen Arzt, welcher Hausapotheke zu halten hat. Gehalt jährlich 1000 fl., wofür Behandlung der Armen, sowie herrschaftlichen Angestellten zu erfolgen hat. Bewerber müssen der deutschen und böhmischen Sprache mächtig sein und wollen mit Nachweis bisheriger Thätigkeit Gesuche in deutscher Sprache einreichen an die Direction der **Herrschaft Jaispitz in Wien, I., Ballhausplatz 4.** Antritt sogleich. (1438)

RONCEGNO

Stärkstes natürliches arsen- und eisenhaltiges Mineralwasser

empfohlen von den Herren Professoren: Albert, Benedikt, Bergmeister, Billroth, Braun, Chrobak, Drasche, Gruber, Hofmokl, Kahler, Kaposi, Krafft-Ebing, Lang, Monti, Neumann, Nothnagel, Oser, Rokitansky, Reder, Stoffela, Wiederhofer etc.

bei Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Blutleere, Malaria etc.

Die Trinkkur wird das ganze Jahr gebraucht. (1148)

Bade-Etablissement

ersten Ranges, Hydro- und Electrotherapie, Dampfbäder, Massage, Molken- und Traubenkur in Roncegno, Südtirol, 535 Meter Seehöhe, windgeschützte herrliche Lage, schattige Promenaden, lohnende Ausflüge, würzige Luft, konstante Temperatur 18—22° R., 3 Stunden von der Eisenbahnstation rient entfernt. — Saison Mai bis Oktober. — Prospecte und Auskünfte durch die **Bade-Direction in Roncegno.**

Depots in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken.

Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten.

Brand & Co.'s Essence of Beef.

Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.

Diese Fleisch-Essenz besteht ausschliesslich aus den Säften des feinsten Fleisches, welche nur durch gelinde Erwärmung und ohne Zusatz von Wasser oder andern Stoffen gewonnen werden. Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, dass die hervorragendsten Autoritäten dasselbe seit vielen Jahren als **Stärkungs- und Belebungsmittel** mit ausserordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben.

„LANCET" brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz auf welche wir uns speciell hinzuweisen erlauben.

BRAND & Comp. Mayfair, London W.

Auszeichnungen. — (**Gründungsjahr: 1835.**) — *Preis-Medaillen.*

Depôts in Wien: **Pezoldt & Süss**, I., Schottenhof; **Köberl & Pientok**, I., Kärntnerstrasse 33; **A. Hagenauer**, I., Tuchlauben 4; **M. Löwenthal**, I., Heidenschuss 3; **Math. Stalzer**, I., Lichtensteg 5. (1247)

---

25 Medaillen I. Klasse, 9 Ehrendiplome!

Empfehle meine als vorzüglich anerkannten

(1139) **Maximal-** und gewöhnliche

ärztl. Thermometer

zur Bestimmung der Körpertemperatur.

Urometer nach **Dr. Heller** und **Dr. Ultzmann**, **Bade-** und **Krankenzimmer-Thermometer** etc., sowie alle Arten **Thermometer**, **Barometer** und **Instrumente** für Bade- und Heilanstalten. **Meteorologische Wetterhäus'chen** für Curorte,

Heinrich Kappeller

Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9.

Illustr. Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.



Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1893 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Wichtig für Sanatorien und Krankenhäuser.

Solide einfache Teppiche, Möbelstoffe, Portièren, weisse und ecru Vorhänge, Tisch- und Couvert-Decken, Flanell-decken, Laufteppiche in Wolle, Jute und Cocosfaser, Angorafelle etc. etc. bekommt man in den Filialen von

Philipp Haas & Söhne

Wien, VI., Mariahilferstrasse 75 (Mariahilferhof) und IV., Wiedener Hauptstrasse 13 zu Original-Fabrikspreisen.





Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07997 4070

